

Autores e autoras

Equipo de Agadea

Lucía Fandiño Viqueira
Traballadora Social
Colexiada nº 2196

Laura Rodríguez Bouza
Educadora Social
Colexiada nº 4906

Taida Sánchez Rego
Neuropsicóloga
Colexiada nº G-6732

Jose Porto Janeiro
Auxiliar de enfermería

Alba Iglesias Aldrey
Psicoxerontóloga
Colexiada nº G-6701

Manuela Campos Vrucinic
Auxiliar de enfermería

Eduardo Jaime Porta Viú
Avogado
Colexiado nº 2007
ICA (Ilustre Colexio da Avogacía)

Antonio Fernández Maira
Persoa coidadora e Membro de
Xunta Directiva de AGADEA

Pablo Mirás Sánchez
Psicólogo e Membro da Xunta
Directiva de AGADEA

Autora foto portada e contraportada:
Beatriz S. Saá

Depósito legal. C 870 - 2024



Índice

1. Introducción	Páx. 6
2. Que é a demencia	Páx. 8
2.1. Definición	
2.2. Deterioro Cognitivo Leve	
2.3. Tipos de Demencia	
2.4. Sinais de alarma, primeiros síntomas e fases da enfermidade	
2.5. Sintomatoloxía xeral	
3. A persoa cuidadora	Páx. 22
3.1. Persoa cuidadora formal e informal	
3.2. Rol da familia e efectos da enfermidade na familia	
3.3. Sobrecarga da persoa cuidadora	
3.4. Ferramentas de autocoidado para prever a sobrecarga	
4. Pautas e estratexias de actuación	Páx. 34
4.1. Como comunicarse coa persoa con demencia	
4.2. Manexo nas actividades básicas da vida diaria	
4.3. Manexo das alteracións condutuais	
5. Recursos	Páx. 44
5.1. Réxime xurídico das medidas de apoio ás persoas con discapacidade	
5.2. Recursos de apoio da persoa cuidadora	
6. Asociacións na comunidade galega	Páx. 54
7. Preguntas e respostas	Páx. 56
8. Bibliografía	Páx. 62

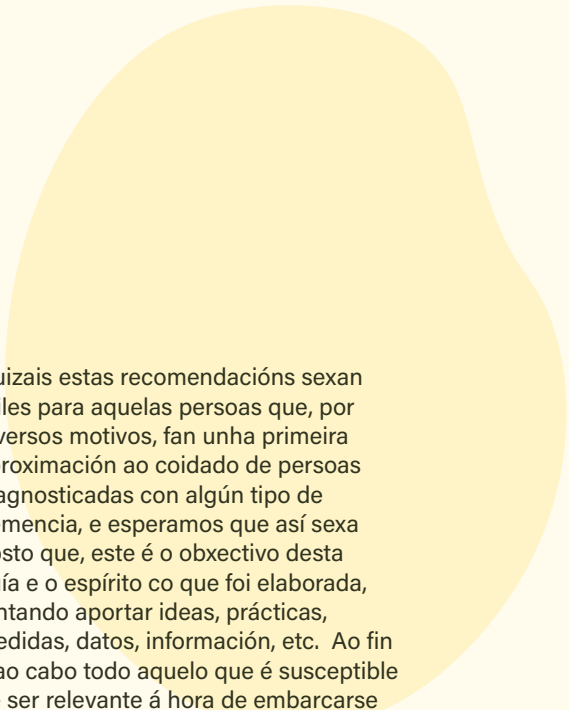
Presentación

E se o intentamos? O traumatólogo díxome que non ía volver camiñar e que se quedaría inmovilizada para sempre... Ao final, tras pelexar e loitar conseguín que dera tres pasos mentres lle suxeitaba as mans. É duro ver como cambia a persoa á que amas, non vou dicir que non, é unha situación dramática, si que o é... pero tras nove anos con esta enfermidade vexo que agora estamos nunha situación moito mellor do que eu pensaba que íamos estar. Dentro do malo, estamos felices, ten un humor fantástico, sorri e está ben.

R.N.T marido dunha persoa con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer.

"Creo que aprendemos, co paso do tempo, a levala. É moi importante que as persoas coidadoras e coidadoras principais teñan moito apoio, non só da familia senón de persoas externas á familia. É confuso porque non sabes moi ben con quen falar, os recursos que hai na comunidade... Eu sentín soidade, non sabía a que porta chamar. Creábame moita angustia pensar en que ía chegar un día no que miña nai non se acordaría de min, pero agora que está pasando, estouno levando con deportividade"

L.G.C., familiar dunha persoa con diagnóstico de demencia.



Quizais estas recomendacións sexan útiles para aquelas persoas que, por diversos motivos, fan unha primeira aproximación ao coidado de persoas diagnosticadas con algún tipo de demencia, e esperamos que así sexa posto que, este é o obxectivo desta guía e o espírito co que foi elaborada, tentando aportar ideas, prácticas, medidas, datos, información, etc. Ao fin e ao cabo todo aquilo que é susceptible de ser relevante á hora de embarcarse na sempre complicada, e algunhas veces denostada ou polo menos infravalorada tarefa de coidar.

Máis consideramos que esta guía non estaría completa sen a aportación e a testemuña daquelas persoas que conviven dalgunha forma con estas doenzas, para todas elas o noso agarimo e o noso recoñecemento pola labor que levan a cabo e, sobre todo, o noso agradecemento por deixarnos aprender e aportarnos os seus coñecementos e as súas vivencias....

1. Introducción



No ano 2022 8M de persoas en España tiñan máis de 65 anos

Nas últimas décadas produciuse un aumento da esperanza de vida e un descenso da natalidade, o que propiciou que no ano 2022, aproximadamente 8 millóns de persoas en España tiveran máis de 65 anos, alcanzando un máximo histórico.

No último século, España é un dos países que mostrou máis cambios a nivel sociodemográficos, sobre todo no relativo á esperanza e ás condicións de vida. Concretamente en Galicia, no ano 2021 rexistráronse 14.787 nacementos e 32.853 defuncións, indicativo de que se está a producir unha inversión na pirámide poboacional. Á súa vez, **existe un incremento na prevalencia das enfermidades neurodexenerativas asociadas ás persoas con idade avanzada**, de tal modo que, se está a propiciar un cambio a nivel social, económico, xurídico, asistencial e sanitario.

Cabe mencionar que **a maior parte das enfermidades neurodexenerativas producen demencia**. A forma máis común é a Enfermidade de Alzheimer, representando entre un 60-80% dos casos. Actualmente, máis de 55 millóns de persoas no mundo presentan esta enfermidade; e máis do 60% viven en países con ingresos baixos e medios. Cada ano diagnóstícanse aproximadamente 10 millóns de casos novos.

2.

Que é a demencia?

2.1. Definición

A demencia é un **síndrome de natureza crónica ou progresiva, caracterizado polo deterioro cognitivo dunha función, e este non se considera unha consecuencia do envellecemento normal.**

Esta enfermidade neurodexenerativa afecta ás funcións cognitivas superiores como a memoria, a linguaxe, a orientación, o cálculo, a capacidade de aprendizaxe ou o razoamento. A conciencia nos primeiros estadios da enfermidade non se ve alterada e, normalmente, o deterioro dunha función cognitiva vai acompañado, e en ocasións é precedido, polo deterioro do control emocional, comportamental ou social.

Existen consecuencias físicas, psicolóxicas, sociais e económicas, non só para as persoas que padecen a enfermidade senon tamén para as persoas cuidadoras, familias e a sociedade en xeral. A miúdo existe falta de conciencia e comprensión da enfermidade, o que pode causar unha estigmatización e supoñer un obstáculo para o seu diagnóstico.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

2.2. Deterioro cognitivo leve (DCL)

O deterioro cognitivo leve (DCL) é un declive das capacidades cognitivas dunha persoa respecto ao seu nivel previo.

Dita alteración das funcións cognitivas non afecta á capacidade da persoa para desempeñar as actividades da vida cotiá de maneira independente. **Normalmente, pero non sempre, o DCL precede ao diagnóstico de demencia.**

Síntomas máis frecuentes

- Perder cousas con frecuencia. Esquecer asistir a citas importantes.
- Ter dificultade para expresar palabras.



2. Que é a demencia?

2.3. Tipos de demencia

Demencia por Enfermidade de Alzheimer

A enfermidade de Alzheimer (EA) é unha alteración neurodexenerativa, de inicio insidioso, curso progresivo e de etioloxía descoñecida. Gran parte dos expertos consideran que **se produce pola interacción de factores xenéticos e factores externos**, como os problemas cerebrovasculares ou os traumatismos craneais.

O progreso da enfermidade asóciase a cambios complexos que ocorren no cerebro. As neuronas deixan de funcionar perdendo conexións entre elas dando lugar á morte neuronal que se manifesta a través de alteracións cognitivas.

Asemade, **os primeiros signos, con frecuencia, obsérvanse a nivel afectivo e de conduta**, os cales xeran un sufrimento na persoa que padece a enfermidade e tamén nos seus familiares

En canto **ó compoñente hereditario non é determinante**. Existe unha porcentaxe reducida de casos (1-5%) que presentan unha herdanza dominante, polo que na súa maior parte, a Enfermidade de Alzheimer é esporádica, e o compoñente

hereditario actúa como un máis. A gran maioría dos doentes non conta con antecedentes familiares, aínda que existen perfís xenéticos que favorecen a aparición da enfermidade. Sen embargo, o feito de que unha persoa teña familiares con Enfermidade de Alzheimer non significa que vaia a sufrila. Ademais, as persoas con EA hereditaria deben ter varios antecedentes de familiares de primeiro grao afectados pola enfermidade a unha idade máis temperá do habitual (antes dos 65 anos).

Demencia frontotemporal

A demencia frontotemporal engloba un conxunto de trastornos caracterizados pola dexeneración progresiva dos lóbulos frontais e temporais do cerebro. Estas rexións cerebrais xogan un papel moi importante na modulación da personalidade e da conduta, na toma de decisións, no procesamento das emocións e na linguaxe.

Este tipo de enfermidade supón entre 8 e un 10% das demencias. **Caracterízase, sobre todo, por ser unha demencia prenil; a idade media de aparición é antes dos 60 anos.**

Segundo a súa sintomatoloxía máis predominante, distínguense:

- **Demencia frontotemporal variante condutual:** prodúcense cambios insidiosos no comportamento. Por exemplo, obsérvanse cambios de personalidade, condutas inapropiadas, impulsividade, apatía, perda de empatía e comportamentos repetitivos ou compulsivos.
- **Demencia frontotemporal variante temporal:** caracterizada pola

alteración da linguaxe. A afasia progresiva primaria, a demencia semántica e a afasia agramática progresiva considéranse demencia frontotemporal. Os problemas causados por estas afeccións inclúen por exemplo, dificultades para empregar e entender a linguaxe escrita e falada (dificultade para atopar a palabra axeitada, nomear cousas, non saber o significado das palabras, etc.).

En canto aos dominios cognitivos preservados neste tipo de demencias son os perceptivos-motrices (esquema corporal, temporalidade, equilibrio, coordinación...), a aprendizaxe e a memoria.

Síntomas máis frecuentes

Variante condutual:

- Cambios no comportamento (Personalidade, conduta, apatía, perda de empatía, etc)

Síntomas máis frecuentes

Variante temporal:

- Alteración da linguaxe

2. Que é a demencia?

2.3. Tipos de demencia

Demencia con Corpus de Lewy

A Enfermidade de Corpus de Lewy é unha **enfermidade dexenerativa de inicio insidioso e unha progresión gradual**, caracterizada clínicamente por un deterioro cognitivo flutuante, especialmente, acusado na atención e nas funcións executivas, parkinsonismo e rasgos psicóticos.

Os seus principais síntomas son as flutuacións do estado cognitivo e nivel consciencia, déficits nas funcións executivas, planificación, memoria a curto prazo, resolución de problemas, atención e inhibición de información relevante; alteracións visoespaciais, alucinacións visuais recorrentes e ben formadas, rasgos motores espontáneos de parkinsonismo (bradicinesia, rixidez, postura en flexión...), caídas repetidas e síncope con perda absoluta do nivel de consciencia.

Ademais, pode manifestarse un trastorno do comportamento do sono REM (con movementos violentos durante o sono, pola perda da atonía muscular característica do sono REM) e sensibilidade neuroléptica grave.

Síntomas máis frecuentes:

- Deterioro cognitivo flutuante, especialmente acusado na atención e nas funcións executivas.
- Parkinsonismo.
- Rasgos psicóticos.
- Caídas repetidas e síncope.
- Trastorno do comportamento do sono.

Demencia por enfermidade de Parkinson

A Enfermidade de Párkinson é un **trastorno dexenerativo do sistema nervioso central, de causa descoñecida**. Segundo os diferentes datos clínicos, existe un alto porcentaxe de persoas diagnosticadas de Enfermidade de Párkinson que poden chegar a sufrir unha demencia.

As alteracións producidas no cerebro das persoas afectadas pola enfermidade son provocadas por microscópicos depósitos anormais compostos pola proteína alfa-sinucleína.

O diagnóstico clínico baséase principalmente nos signos motores (tembror, rixidez, bradicinesia e inestabilidade postural), pero **conforme vai avanzado a enfermidade poden observarse outro tipo de alteracións cognitivas**, dando lugar a un agravamento da sintomatoloxía podendo terminar nunha demencia denominada demencia por Enfermidade de Parkinson.

Este tipo de demencia caracterízase polo síndrome disexecutivo (dificultade para manter a atención, iniciar e manter plans de acción e planificar), alteracións visoespaciais, e cadros psicóticos (con alucinacións visuais e ideas delirantes).

Síntomas máis frecuentes:

- Tremor, rixidez, bradicinesia e inestabilidade postural.
- Alteracións cognitivas (Demencia por Enfermidade de Parkinson).



2. Que é a demencia?

2.3. Tipos de demencia

Demencia vascular

A demencia vascular pode deberse a lesións cerebrais, tanto hemorráxicas como isquémicas, que dan lugar a unha sintomatoloxía diversa segundo a localización da lesión e sempre en ausencia de calquera outra alteración capaz de causar unha demencia.

Pode iniciarse bruscamente como ocorre nalgúns casos agudos de accidentes cerebrovasculares ou de maneira lenta e insidiosa en forma de deterioro cognitivo leve, sobre todo cando a alteración se produce nos pequenos vasos cerebrais. Esta afectación deriva en síntomas asociados co deterioro da atención, velocidade de procesamento e función executiva.

Demencia mixta

Algunhas persoas poden sufrir a coexistencia da Enfermidade de Alzheimer e unha enfermidade cerebrovascular. Dita patoloxía denomínase Trastorno neurocognitivo maior de tipo mixto.

Algúns doentes con Enfermidade de Alzheimer presentan pequenos infartos cerebrais, chamados infartos silenciosos, debido a que pasaron desapercibidos, podendo ter ou non unha repercusión na súa situación clínica.

A forma clínica máis frecuente é a persoa que padece unha sintomatoloxía típica de Enfermidade de Alzheimer e empeora de forma brusca coincidindo con un ictus. Actualmente non está claro se a demencia mixta é un exemplo de que a demencia vascular e a Enfermidade de Alzheimer poden ser o resultado dun complexo patolóxico común ou de se son dúas patoloxías diferentes pero que se potencian mutuamente cando coexisten.

Outros tipos de demencia

Outras afeccións que poden causar demencia ou sintomatoloxía similar á demencia son:

- Demencia por Enfermidade de Huntington
- Demencia por príóns
- Demencia causada por un traumatismo craneoencefálico, ICTUS, abuso de alcohol, tumor cerebral, etc.



2. Que é a demencia?

2.4. Sinais de alarma, primeiros síntomas e fases da enfermidade

Sinais de alarma

A detección dos primeiros síntomas en etapas temperás é crucial para iniciar un tratamento orientado a ralentizar o proceso dexenerativo e minimizar o impacto dos síntomas.

Por isto, é importante non pasar por alto certos síntomas cando existe a sensación de que algo “non vai ben”.

É frecuente que o que para o entorno do doente poida ser un cambio repentino forme parte dun conxunto de cambios que levan acontecendo dende fai tempo.

É por isto, que compre prestarlle moita atención aos despistes que se producen na realización de actividades que a persoa levaba a cabo perfectamente ou aos erros na asociación de conceptos.

Importante

- Detección en etapas temperás.
- Non pasar por alto certos síntomas “Algo non vai ben”.
- Prestarlle moita atención aos despistes ou erros na asociación de conceptos.

Primeiros síntomas

Os síntomas máis frecuentes son os despistes, especialmente de accións cotiás e ben aprendidas.

En canto a linguaxe, obsérvanse problemas á hora de denominar elementos (afasia nominal), expresar palabras (afasia de expresión) ou de comprendelas (afasia de comprensión). Asemade, as persoas que padecen a enfermidade tamén poden desorientarse en tempo e espazo, presentar dificultades na toma de decisións e perder o interese ou a motivación.

Normalmente, existe unha negación por parte do doente ante a presenza destes síntomas o que pode dar lugar alteracións no seno familiar, polo que será importante asistir a unha consulta de neuroloxía, médico de familia ou psicoloxía.

Síntomas máis frecuentes:

- Despistes nas accións cotiás.
- Problemas co linguaxe.
- Desorientación no tempo e espazo.
- Dificultades na toma de decisións, perder a motivación etc, ...



2. Que é a demencia?

2.4 Sinais de alarma, primeiros síntomas e fases da enfermidade

Fases da enfermidade

Créese que a patoloxía neuronal podería comezar anos antes de que se manifeste a sintomatoloxía clínica. A enfermidade de Alzheimer acostuma dividirse en diferentes fases, aínda que en ocasións é difícil situar a unha persoa nunha específica porque, con frecuencia, superpóñense.

Ademais, é importante destacar que non tódolos síntomas se manifestan igual en tódalas persoas, por iso, coñecer cada unha das fases e a súa sintomatoloxía axudará á persoa cuidadora a comprender mellor a enfermidade

Fase 1

Etapa/Estadio temperá

- A persoa aínda é independente.
- En ocasións pode esquecerse de cousas puntuais como a denominación de palabras ou onde deixou algún obxecto. Ben é certo, que comezan a notarse certas dificultades sobre todo na memoria e na concentración.
- Ademais, a persoa pode amosar dificultades para planificar ou organizar e realizar tarefas sociais.



Fase 2

Etapa/Estadio medio

É a etapa máis longa, e tamén pode denominarse estadio moderado. A persoa comeza a precisar máis apoio e atención.

Os síntomas máis característicos deste estadio son:

- Confusión de palabras, comportamentos inesperados ou que están fora de contexto; esquecer citas importantes ou información persoal.
- Alteracións na orientación espacial e temporal, problemas de incontinencia e alteracións no sono.
- Cambios de personalidade, comportamentos repetitivos ou aparición de delirios.



Fase 3

Etapa/Estadio final

Caracterízase por ser a etapa máis grave.

- A persoa non é capaz de controlar certos movementos, manter unha conversación ou responder ao seu entorno.
- Aínda que pode dicir palabras ou frases sinxelas, existen dificultades na comunicación, cambios na personalidade e un alto grado de dependencia.
- Normalmente precisa axuda para realizar actividades da vida cotiá e coidados persoais.



2. Que é a demencia?

2.5. Sintomatoloxía xeral

As persoas con enfermidade de Alzheimer poden presentar síntomas de tipo cognitivo e condutual. Todos eles afectan ao ámbito funcional daquelas persoas que padecen a enfermidade, é dicir, sobre as súas actividades da vida cotiá.



Alteracións cognitivas

- Memoria
- Linguaxe
- Atención/Concentración
- Habilidades visoespaciais
- Pensamento
- Funcións executivas
- Funcións motoras
- Erros de cálculo



Alteracións condutuais

- Deambulación
- Axitación
- Agresividade verbal e/ou física
- Queixas continuas
- Desinhibición
- Intentos de fuga
- Negativismo
- Alteracións do sono
- Alteracións na alimentación



Alteracións afectivas

- Cambios de personalidade
- Labilidade emocional
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Apatía
- Comportamentos desinhibidos e inaxeitados
- Delirios
- Alucinacións



Alteracións funcionais

- Alteracións nas actividades básicas da vida diaria
- Alteracións nas actividades instrumentais da vida diaria
- Perda da autonomía.

3.

A persoa cuidadora

3.1. Persoa cuidadora formal e informal

O coidado da persoa ca enfermidade é, necesariamente, unha responsabilidade compartida que non debe recaer só nunha persoa. A enfermidade pode ser moi longa e pode supoñer un desgaste importante, polo que este esforzo, se é repartido, faise máis levadeiro.

As persoas cuidadoras informáis son aquelas que ofrecen axuda de forma desinteresada, adoitando ser familiares da persoa dependente ou persoas moi próximas ao núcleo familiar. Porén, **a medida que a enfermidade avanza faise máis necesaria a axuda de cuidadores formáis.**

O coidado da persoa ca enfermidade non debe recaer só nunha persoa



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

3. A persoa cuidadora

Persoa cuidadora informal

O papel da persoa cuidadora informal é incuestionable, xa que son aquelas que **ofrecen cariño e dedicación de forma desinteresada.**

En numerosas ocasións, son os convivintes ca persoa con enfermidade de Alzheimer **os primeiros en detectar as dificultades nas actividades no día a día**, os problemas de memoria, ou os cambios de carácter.

A enfermidade pode producir a realización de comportamentos repetitivos que poden chegar a ser molestos, comentarios fóra de lugar, falta de colaboración, incluso cambios na libido nas relacións sexuais.

Consecuentemente, **é posible que emerxan situacións de intolerancia e conflitos na familia que antes non existían.** Por este motivo, é importante que as persoas cuidadoras informáis coñezan ben e a través de fontes fiables, o que representa esta doenza, e todos os tipos de síntomas que esta pode ocasionar tanto na actitude como no comportamento e cognición do seu ser querido.

A medida que a enfermidade progresas, é cada vez máis necesaria a actuación das persoas cuidadoras formáis. Deste xeito, nas fases máis avanzadas da enfermidade é preferible contar cunha maior especialización para levar a cabo os cuidados, e deixar que persoas especialistas axuden nas diferentes tarefas **para aliviar, en parte, a gran carga de traballo que supoñen os cuidados dunha persoa dependente e para garantirlle a mellor atención posible.** Delegar certas actividades a un especialista, non debe entenderse como un abandono por parte da persoa cuidadora informal, nin que o seu papel rematara, senón que debe concibirse como unha atención conxunta e de calidade para a persoa con demencia.

3. A persoa coidadora

3.1. Persoa coidadora formal e informal

As asociacións traballan para que, persoas enfermas, familiares e coidadores, teñan a mellor calidade de vida posible.

Persoa coidadora formal

As persoas coidadoras formáis son **os profesionais formados para o coidado dos pacientes**. Unha ampla variedade de profesionais teñen un papel importante no tratamento deste tipo de enfermidades, **dende psicólogos/as, enfermeiros/as, doutores/doutoras, traballadores/as sociais...** Esta heteroxeneidade dos equipos de traballo facilita un enfoque da enfermidade dende diversas perspectivas e prismas, o que axuda a ter unha visión completa da situación e abordar esta dende tódolos ángulos posibles, adoptando a mellor solución dispoñible en cada caso particular.

Cabe destacar o papel das asociacións de personas enfermas nas cales a participación das persoas usuarias e dos seus coidadores é moi beneficiosa. As asociacións defenden aos pacientes ante responsables sanitarios, reivindicando recursos, expoñen dificultades e completan a información que os médicos lles ofrecen nas primeiras consultas.

Encárganse de ofrecer servizos e de levar a cabo un seguimento da persoa afectada durante gran parte da traxectoria da enfermidade, así como de realizar as intervencións e a estimulación cognitiva que precisan as persoas con demencia.

Tamén ofrecen ás familias e ás propias persoas enfermas información sobre a patoloxía, co obxectivo de que coñezan todo o que ela implica e que se sintan acompañados no proceso, que será cambiante a medida que a enfermidade avanza. En definitiva, as asociacións de persoas enfermas traballan para que tanto estes, como os seus familiares e persoas coidadoras, teñan a mellor atención e calidade de vida posible.



3.2. Rol da familia e efectos da enfermidade na familia

Antes de ser diagnosticada a enfermidade, a persoa enferma de Alzheimer adoita levar unha vida relativamente normal, aínda que convive con esquecementos, fallos e frustracións, ata ese momento é unha persoa independente e integrada na familia.

Cando as dificultades vólvense máis frecuentes e incapacitantes, é tamén cando adoita chegar o diagnóstico. A persoa precisa de máis axuda, supervisión e coidados, polo que paulatinamente vai perdendo a súa autonomía, ata que se volve unha persoa dependente que a familia debe atender.

O seo familiar experimentará unha serie de cambios. A nivel estrutural, os roles familiares varían, xa que alguén pode ter que asumir as tarefas que antes realizaba a persoa dependente, ou pode converterse en coidador un fillo que até o de agora non tiña responsabilidades dese tipo.

3. A persoa cuidadora

3.2. Rol da familia e efectos da enfermidade na familia

A distribución da carga das tarefas reestrutúrase e isto pode levar apareado **un impacto positivo ou negativo**, segundo se a familia actúa como ente conxunto ou de xeito desligado.

A nivel emocional, en cada individuo poden aflorar unha serie de sentimentos ou síntomas relacionados coa ansiedade, a depresión, os medos ou a frustración.

As características persoais previas de cada un, así como as relacións familiares xa establecidas, poden influír no afrontamento da enfermidade por parte de cada familiar.

Dende a perspectiva da familia, tamén se pode distinguir o afrontamento da enfermidade segundo a fase na que se atope:

1. Afrontamento nas fases leves

Nas fases máis leves, os familiares amosan incredulidade polo diagnóstico e incerteza respecto ao futuro. Adoitan pensar que poderán con todo o que a enfermidade supoña porque se senten fortes para o afrontamento; conforme pasa o tempo, vólvense máis realistas e conscientes de que precisarán axuda.

2. Afrontamento nas fases moderadas

Nas fases moderadas, dáse a aceptación da enfermidade, a adaptación da estrutura familiar a ela e comeza a

actuación, buscando información e recursos. É a fase máis longa e complexa, xa que se observa o empeoramento cognitivo e condutual paulatino que a persoa coa doenza vai experimentar. Cómpre nestes momentos ofrecer un maior apoio emocional ás familias.

3. Afrontamento nas fases graves

Nas fases graves, o desgaste das persoas cuidadoras é grande, xa que a persoa se volve moi dependente para a realización de todas as actividades básicas da vida diaria.

Como se comentou anteriormente, a presenza da enfermidade leva asociados certos cambios condutuais e comportamentais na persoa. Estes cambios poden supor unha dor nos familiares polo feito de ver como un ser querido cambia o seu comportamento ou vai esquecendo certos recordos que foron significativos para a formación de vínculo persoal.

É necesario lembrar que estes feitos non significan que os sentimentos ou a historia en común con esa persoa deixen de ser importantes ou de ter valor, senón que todo isto é causado pola enfermidade, que fai que a forma de expresión mude.

Importante:

É fundamental que a persoa con demencia sexa autónoma o maior tempo posible ou, canto menos, que potencie as súas capacidades preservadas sempre que poida.



Debe terse en conta que a enfermidade irá avanzando e **deberemos adaptar as actividades que realice ao seu estado**, máis é necesario que a familia faga partícipe á persoa de tódalas tarefas e **lle permita que realice por si mesma todo o que sexa capaz de facer, aínda que lle leve máis tempo**. Do mesmo xeito, é convinte facer ás persoas enfermas partícipes das conversas e asuntos familiares. Estar inmerso na rutina da familia é moi importante para que a persoa manteña a sensación de pertenza ao núcleo familiar.

Efectos da enfermidade na familia:

Fase leve

- Incredulidade e incerteza polo diagnóstico.
- "Podo con todo".
- Conforme avanza a enfermidade, máis realismo.

Fase moderada

- Aceptación, adaptación e busca de información e recursos.
- A máis longa e complexa.
- As familias necesitan un maior apoio.

Fase grave

- Desgaste das persoas cuidadoras (pola maior dependencia da persoa enferma).
- Dor e tristeza por ver os cambios na persoa querida.

3. A persoa cuidadora

3.3. Sobrecarga da persoa cuidadora

A sobrecarga da persoa cuidadora fai referencia ao **esgotamento mental, físico e emocional que experimentan as persoas que dedican a maior parte do seu tempo ao coidado dunha persoa afectada pola enfermidade de Alzheimer**

Isto pode desembocar na denominada **síndrome da persoa cuidadora “queimada”**, entendido este como o desgaste inadecuado das reservas psicolóxicas e físicas como consecuencia da sobrecarga desmedida ante o coidado dunha persoa enferma. Prodúcese polo estrés crónico, por tarefas monótonas ou repetitivas e por sensación de falta de control.

Ademais, a este feito **engádese o agravante emocional de ir vendo como un ser querido vai cambiando e perdendo a súa esencia.**

Todo é moi difícil de xestionar e pode provocar variadas alteracións na persoa cuidadora, tales como:

- Síntomas físicos, como dor muscular.
- Síntomas psicolóxicos, como a tristeza.
- Cambios no seu rol social ou illamento.

Moitas veces, aínda estando a persoa cuidadora sobrecargada, esta non quere que ninguén de fóra da súa contorna realice o seu traballo de coidados, polo que se volve sobreprotectora, agravando máis a situación xa que non descansa, nin desconecta da tensión e da preocupación constante.

A persoa cuidadora chegará á situación de estrés constante, desencadeado por situacións ou condicións que se perciben de maneira consciente ou inconsciente, como unha dificultade ou ameaza.

Con respecto ao ámbito do coidado, os factores non son en si mesmos a fonte principal de estrés, senón que **é o procesamento individual que realiza cada persoa o que dá lugar á situación estresante.** Os estresores están asociados a un concepto negativo no que a persoa que ofrece coidados percibe unha ameaza e non se sente capacitado para afrontala. Tras levar a cabo esta avaliación de incapacidade, desenvolve emocións negativas que poden activar reaccións fisiolóxicas ou condutuais, as cales poden contribuír á aparición dalgún trastorno físico ou psicolóxico.

Por outra parte e **de forma menos frecuente, os estresores poden ser interpretados de forma positiva pola persoa cuidadora**, o que á súa vez pode impulsar a realización de respostas fisiolóxicas ou conductuais positivas.

Diversos estudos fan referencia ás denominadas ganancias da persoa cuidadora, entendidas estas como os **cambios positivos derivados da súa relación coa persoa dependente**.

Con todo, a fatiga e o empeoramento da saúde non representan unha sensación subxectiva, pero cando persoa cuidadora se sente capaz de identificar a presenza destes síntomas, así como de poder verbalizalos con total liberdade dentro do seu núcleo, poderá adoptar mellor as medidas que conveñan en cada caso e sobrelevar dunha forma máis sinxela a carga que supoñen os cuidados.

Síndrome da persoa cuidadora “queimada”

- Síntomas físicos, como dor muscular.
- Síntomas psicolóxicos, como a tristeza.
- Cambios no seu rol social ou illamento.
- Non querer que ninguén de fóra realice os cuidados, agravando máis o desgaste e a falta de descanso.
- Situación de estrés constante.
- Sensación de non sentirse capacitado para afrontar determinadas situacións.
- Aparición dalgún transtorno físico ou psicolóxico.

É moi importante que a persoa cuidadora sexa capaz de identificar a presenza destes síntomas, así como de poder verbalizalos con total liberdade dentro do seu núcleo para adoptar as medidas que conveñan.



3.4. Ferramentas de autocoidado para previr a sobrecarga

O autocoidado da persoa cuidadora é tan importante como os cuidados que se ofrecen á persoa enferma, posto que así melloran as súas propias capacidades e poden cubrir de mellor maneira as demandas esixidas polas diversas situacións.

Autocoidar abarca numerosos aspectos tales como unha boa alimentación, un bo descanso, delegar tarefas cando se necesita, ou pedir axuda. A sobrecarga non é saudable nin asumible a longo prazo.

Moi relacionado co autocoidado está tamén a evitación do illamento, cultivar relacións sociais pracenteras e non abandonar actividades cás que soemos disfrutar; en resumo, tratar de manter amizades, hobbies e afeccións.

As características ou circunstancias persoais poden favorecer un afrontamento positivo do coidado que brinde as ferramentas para realizar un coidado gratificante e satisfactorio.

Coidar a unha persoa dependente pode transformarse nunha experiencia gratificante e da que sexamos capaces de desfrutar e aprender. Para iso **pode axudar o exercicio de repetirse e a un mesmo algunha das frases seguintes:**

- “ Fágoo o mellor que podo”
- “Non son perfecto e non ten nada de malo”
- “Non podo controlar algunhas das cousas que pasan”
- “Ás veces só necesito facer o que funcione no momento”
- “Desfrutarei do tempo que esteamos xuntos”
- “Os problemas de conduta son culpa da enfermidade, nin miña nin do meu familiar”

Importante

Claves do autocoidado:

- Unha boa alimentación.
- Un bo descanso.
- Delegar tarefas cando se necesita ou pedir axuda.
- Evitar o illamento e cultivar relacións sociais pracentearas.
- Manter hobbies e aficións.
- Tentar afrontalo de maneira positiva.



3. A persoa cuidadora

3.4. Ferramentas de autocoidado para evitar a sobrecarga

As persoas cuidadoras necesitarán un tipo de axuda ou outro en función da fase na que se atope a persoa dependente.

Tipos de axuda

Nas fases leves

O respiro familiar que ofrecen algunhas das Terapias non Farmacolóxicas vai dirixido ás persoas cuidadoras, familiares de persoas enfermas que se encontran na fase inicial ou moderada da enfermidade.

Nas fases avanzadas

Mentres que o soporte asistencial e a axuda a domicilio van máis encamiñados a axudar ás persoas cuidadoras de personas enfermas en fase avanzada da enfermidade ou que se atopan en situacións de gran dependencia funcional para as actividades da vida diaria.

Ademais, **non hai que esquecerse que tanto a información como o asesoramento son necesarios en todo momento ao longo da enfermidade**, xa que iso permitirá dotar ás persoas cuidadoras de estratexias axeitadas para o coidado dunha forma anticipada. Do mesmo xeito, **a asistencia psicolóxica debe ser un recurso dispoñible ao longo de toda a enfermidade**, xa que o diagnóstico da enfermidade adoita producir un gran impacto emocional e cambios importantes na dinámica previamente establecida.

Algunhas veces as persoas cuidadoras teñen sentimentos encontrados sobre o seu rol como persoa cuidadora en canto a súa valía na execución das tarefas de coidado que exerce.

Algúns consellos para poder convivir coa enfermidade dunha maneira máis levadeira, son os seguintes:



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)



Consellos para o autocoidado

- Acceder a toda a información dispoñible ao teu alcance.
- Afrontar a nova situación e os cambios que se van a producir na dinámica familiar dun xeito eficaz.
- Compartir a tarefa de coidar con máis persoas para previr sobrecarga ou estrés.
- Pedir axuda ou acepta que necesitas axuda ante determinadas situacións.
- Participar nos grupos de axuda mutua das asociacións.
- Realizar exercicios que favorecen tanto a saúde física como psíquica.
- Aceptar que o familiar irá adquirindo unha maior dependencia a medida que avanza a enfermidade e que as necesidades de atención e coidado van cambiando.
- Facer uso da comunicación non verbal coa persoa que padece a enfermidade.
- Planificar o día a día dun xeito ordenando e implanta rutinas.

4.

Pautas e estratexias de actuación

4.1. Como comunicarse coa persoa con demencia

Unha boa comunicación coa persoa con enfermidade de Alzheimer é moi importante para garantir o entendemento con ela.

Conforme avanza a enfermidade, as persoas do seu entorno **deben adaptar a súa linguaxe ao nivel de deterioro da persoa coa doenza**, de forma que se favoreza a súa comprensión e se lle ofrezca un espazo para que se exprese.

Na seguinte táboa ofrécense exemplos e recomendacións xerais que poden ser útiles respecto ao que cómpre e non cómpre facer cando nos comunicamos coa persoa coa doenza.

Destácanse algúns erros que adoitamos cometer, moitas veces inconscientemente, e propóñense alternativas que poden facilitar o acto comunicativo na seguinte páxina.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)



Que NON facer:

- Gritar ou utilizar xestos rudos ou imprevistos.
- Falar con ton de voz demasiado elevado.
- Criticar o comportamento ou falar do enfermo diante del como se non nos puidera entender.
- Tomar de forma persoal as acusacións ou insultos que poida realizar (son froito da enfermidade).
- Discutir e tratar de razoar con argumentos lóxicos.
- Non manter a coherencia entre o discurso verbal e as expresións faciais.
- Empregar diminutivos e palabras melosas.
- Formular preguntas sen opción de resposta.
- Facer uso do plural sociativo ("imos poñer a chaqueta").
- Empregar pronomes ("podes coller iso?").
- Facer preguntas que poñan en evidencia as súas dificultades de memoria ("Non te acordas da túa curmá Milagros?").



Que SI facer:

- Axudar a encontrar a palabra correcta cando se detecta dificultade para atopala.
- Asegurar que a persoa está atenta cando se lle vai falar, mirándolle os ollos.
- Contar o que estamos a facer para integralo na actividade.
- Axudar a exteriorizar sentimentos.
- Empregar frases breves e sinxelas, organizando os pensamentos un a un.
- Coidar a comunicación non verbal.
- Usar o nome do obxecto cotián sen diminutivos e chamar por nomes de pila.
- Formular preguntas con opción de resposta.
- Falar coa persoa como individuo independente ("axúdoche a que te poñas a chaqueta").
- Empregar palabras específicas ("podes coller o vaso?").
- Ofrecer a información para que se oriente mellor ("Ela é a túa curmá Milagros").

4. Pautas e estratexias de actuación

4.2. Manexo nas actividades básicas da vida diaria

Conforme avanza a enfermidade, unha das características máis destacables da enfermidade de Alzheimer (ademais do deterioro cognitivo) é a perda progresiva na realización das actividades básicas da vida diaria (ABVD), tales como a alimentación, a hixiene, o sono ou a toma da medicación, sendo estes feitos un dos motivos que producen máis frustración e tensión tanto nas persoas afectadas como nas persoas coidadoras.



Medicación

A toma correcta da medicación é algo fundamental para garantir un bo curso da enfermidade.

Por iso, **a persoa coidadora tanto formal como informal, debe supervisar** que o doente tome a medicación nas pautas nas que ésta foi establecida, e en caso de que se detecten dificultades de diversa índole, deberá asumirse progresivamente un maior control.

Ante cambios bruscos no seu estado comportamental ou cognitivo, pode ser recomendable acudir de novo ao médico especialista para que, se o considera preciso, se faga un **reaxuste da medicación**.

En calquera caso, non se pode retirar ou aumentar nunca un fármaco sen consentimento, senón que debe ser **pautado polo persoal profesional**.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

Alimentación

As persoas con Alzheimer xeralmente non requiren dunha dieta especial excepto nas etapas máis avanzadas, nas que poden necesitar dieta túrmix. É importante que a **dieta sexa o máis variada posible**.

É interesante que a persoa teña unhas rutinas, por ende a comida pode pautarse **sempre á mesma hora e no mesmo lugar da casa e da mesa**.

Á hora da comida é moi importante para a persoa afectada, porque intégra o contexto familiar. É desexable que a persoa enferma estea na mesa durante a comida. Hai que prestar unha especial vixilancia aos coitelos ou a calquera utensilio inseguro. Débese adaptar a comida ao seu estado e vixiar a temperatura da mesma.

Se nalgún momento a persoa se mancha, non hai que enfadarse, usaranse babeiros ou servilletas. Se a persoa ten fame e pide algún alimento entre horas, as opcións máis saudables son iogur ou froitas. Hai que recordar que o café soe intranquilizar e o alcol é unha sustancia depresora, por iso, nos pacientes que presenten ditas características de por si, estas sustancias poden agrávalas, de modo que se deben evitar.

Importante

- Dieta variada.
- Seguir rutinas é moi recomendable: mesma hora e lugar.
- Comer coa familia.
- Vixilancia de utensilios perigosos.
- Adaptar a comida a seu estado.
- Non enfadarse se a persoa se mancha. Usar babeiros, etc.
- Evitar bebidas excitantes e o alcol.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

4. Pautas e estratexias de actuación

4.2. Manexo nas actividades básicas da vida diaria

Hixiene

As persoas con demencia teñen tendencia a evitar o baño e a hixiene persoal porque non se sinten seguros, porque se lles esquece ou porque non o consideran necesario, polo cal pode ser imprescindible motivalos para a realización de ditas actividades. Tamén é convinte converter en rutina esta actividade.

Nas fases máis avanzadas, se a persoa non pode entrar na ducha por si soa, sempre está a opción de realizar a hixiene de pé, apoiado no lavabo ou mesmo na cama.

É preferible utilizar a ducha á bañeira e hai que tratar de evitar que no baño exista material que aumente o risco de sufrir accidentes. Pódense instalar barras para que se apoie e así diminuír o risco de caída. Cando a persoa é incontinente cómpre utilizar cueiros ou dispositivos similares.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

Adaptación da vivenda

Co avance da enfermidade é necesario ir adaptándose á mesma.

É posible que isto implique ter que realizar cambios progresivos no lugar de residencia que faciliten a convivencia, a seguridade e a independencia na vivenda, tanto para a persoa coa doenza como para os seus familiares e persoas cuidadoras.

Algunhas recomendacións ao respecto son as seguintes:



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)



Recomendacións

- Eliminar aquel mobiliario que obstaculice ou impida a deambulación, ou que poida supor un perigo, creando un espazo cómodo e seguro.
- Ter a vivenda ben iluminada para facilitar a orientación e evitar tropezos. Isto inclúe unha iluminación nocturna artificial que favoreza a orientación se a persoa coa enfermidade se levanta, e unha axeitada iluminación diúrna natural (ou artificial, de non ser posible) que facilite manterse espertos e activados.
- En casos máis avanzados, establecer como norma para toda a familia ter as portas de saída á rúa ou ao balcón correctamente pechadas con chave.
- Poñer sinais ou pictogramas que permitan identificar as diferentes estancias e “utilidades” da casa para facilitar a súa orientación.
- Cambiar a bañeira por un prato de ducha para facilitar o aseo dunha forma máis segura e comfortable.
- Poñer seguros en portas e fiestras.
- Se a vivenda ten chanzos, en casos máis avanzados dispoñer dalgún dispositivo que impida ou bloquee o acceso a estas, co fin de evitar accidentes.
- Colocar un reloxo grande con números facilmente visibles.
- Empregar barras na ducha e no inodoro que axuden á persoa enferma a sentarse e levantarse.
- Fixar todos aqueles elementos que se poidan caer con facilidade, por exemplo a mesiña de noite, a lámpada da mesiña...
- Retirar os espellos innecesarios fóra dos aseos.
- Gardar convenientemente os coitelos, chisqueiros, tesoiras... en definitiva, todas aquelas ferramentas que sexan susceptibles de provocar un accidente.
- Ter cadeiras con respaldos e repousabrazos para asegurar unha boa posición corporal.
- Luces con sensor de movemento.
- Colocar detectores de gas e fume.

4. Pautas e estratexias de actuación

4.2. Manexo nas actividades básicas da vida diaria

Sono

Tanto para a persoa enferma como para a persoa cuidadora, o descanso nocturno é fundamental para poder estar activos ao día seguinte.

Nas fases moderadas ou avanzadas da enfermidade, a persoa con demencia terá tendencia a durmir durante o día e estar esperto pola noite. Este feito débese de evitar para tratar de manter unha boa rutina e un axeitado ritmo social. Para conseguir este fin pódense propoñer actividades ou distraccións que manteñan á persoa activa; cando isto non sexa posible, débese consultar co médico a mellor opción para cada caso.

É aconsellable establecer unha rutina de actividades antes de durmir, como por exemplo, tomar un vaso de leite ou lavar os dentes, para así facilitar a creación dun hábito e poder mellorar a hixiene do sono.

O descanso nocturno é fundamental, tanto para a persoa enferma como para a persoa cuidadora.

Deambulación errática ou vagabundeo

A deambulación errática ou vagabundeo dáse nas **fases intermedias e avanzadas da enfermidade.** Existen diferentes tipos de deambulación: inicialmente, adoita responder á busca de obxectos ou da persoa referente; máis adiante chega a non ter unha finalidade concreta.

Sempre e cando a deambulación sexa segura, non se debe forzar á persoa a estar quieta nin a sentarse, senón que **é máis aconsellable acompañala e redirixir** ao lugar ou a actividade pouco a pouco.

Do mesmo xeito, a deambulación pode responder a unha sensación de inactividade ou aburrimiento, polo cal a **realización de actividade física (acorde ás capacidades) pode axudar a reducir dita conduta.**



4.3. Manexo das alteracións condutuais

Tal e como se mencionou no primeiro apartado, a enfermidade de Alzheimer non cursa só con sintomatoloxía cognitiva, senón que tamén pode dar lugar a diferentes alteracións condutuais e afectivas na persoa afectada.

A aparición deste tipo de síntomas leva aparellada unha serie de reaccións ou comportamentos que a persoa non presentaría se non tivese este deterioro, polo cal é necesario recordar, unha vez máis, que estes feitos están condicionados pola enfermidade, e non se trata de cambios de personalidade ou carácter por vontade propia da persoa.

Pode acontecer que en fases avanzadas da enfermidade non recoñeza aos seus fillos, familiares ou amigos o que, lxicamente, pódelle xerar desacougo e inqueda. Nestas situacións, debemos ter en conta que **os nosos seres queridos sofren unha doenza que cursa co esquecemento como síntoma característico, e que nada ten que ver coa falta de amor e agarimo que teñen por nós**. Recoméndase falar a miúdo de quen somos nós e cal e a nosa relación coa persoa afectada, así como ter fotos a fácil alcance para favorecer a súa orientación.

Da man dun trastorno neurocognitivo maior **tamén pode aparecer certa sintomatoloxía psicótica na persoa, como os delirios** (por exemplo, crer que os veciños a espían) e as alucinacións auditivas ou visuais (por exemplo, ver persoas onde non as hai).

Nestes casos, recoméndase:

1. Asegurarse de que non hai ningún estímulo real que poida estar confundido á persoa.
2. En segundo lugar, tentar de calmala a través de contacto verbal ou físico, e empregar distraccións. Empregar a lóxica para razoar neste tipo de situacións non é eficiente, pois a persoa está vivindo como real ese delirio ou alucinación.

Por último, a enfermidade tamén pode cursar con **episodios de agresividade, tanto verbal como física**. Ante todo, cómpre recordar de novo que estas situacións están desencadeadas pola patoloxía, polo que non se debe culpar á persoa coa doenza.

A primeira recomendación é tentar identificar os signos previos que anteceden a unha conduta agresiva (inquietudanza das extremidades, mirada fixa, negativa constante, golpe na mesa...), para dese xeito, poder anticiparnos á situación e intentar controlala dende o primeiro momento.

Tamén é importante identificar as causas que a provocan; tal vez a persoa ponse sempre agresiva ante un mesmo estímulo ou situación que, coñecéndoo, podemos evitalo ou reaxustalo para previr a escalada agresiva.

Cómpre empregar unha fala serena e sen grandes xesticulacións. De ser necesario, haberá que facer unha contención á persoa que está agresiva, xa que o primeiro ten que ser garantir a súa seguridade e a da persoa coidadora.

É interesante tamén investigar sobre que estímulos relaxan á persoa para botar man deles en situacións de descontrol.

Alteracións máis frecuentes

1. Esquecementos por ouvido.
2. Delirios e alucinacións auditivas ou visuais.
3. Episodios de agresividade verbal e física.

Recomendacións

1. Fronte ao esquecemento

- Falar a miúdo de quen somos nós e cal é nosa relación.
- Ter fotos a fácil alcance.

2. Fronte aos delirios e alucinacións

- Asegurarse que non hai estímulo real que poida confundir.
- Tentar de calmar empregando distraccións.

3. Fronte á agresividade

- Intentar controlar dende o primeiro momento. (identificando signos previos).
- Identificar as causas que a provocan.
- Fala serena.
- Só se é necesario, contención para garantir a súa seguridade e a da persoa coidadora.
- Atopar os estímulos que relaxen á persoa enferma.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

5.

Recursos

5.1. Réxime xurídico das medidas de apoio ás persoas con discapacidade

Lei 8/2021 de reforma da lexislación procesual e civil para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica.

Principios xerais da nova regulación

A lei prevé a adopción de medidas para as persoas maiores de idade ou menores de idade emancipadas que precisen de apoio para exercer axeitadamente os seus dereitos e obrigas.

As medidas que se adopten axustaranse concretamente ás áreas nas que a persoa con discapacidade psíquica necesite axuda e deberán inspirarse no respecto á dignidade da persoa e na tutela dos seus dereitos fundamentais, procurando sempre respectar os desexos, vontades e preferencias da persoa discapacitada.

Clases de medidas de apoio

A Lei establece tres tipos de medidas: (1) con carácter preferente, as previstas voluntariamente pola persoa con discapacidade psíquica; (2) cando estas non existan ou non resulten eficaces, as legais (gardador de feito); (3) e cando non existan ou non se apliquen eficazmente as anteriores medidas de carácter voluntario ou legais, as medidas de apoio adoptadas xudicialmente.

1. Medidas de apoio de carácter voluntario

A nova regulación legal das medidas de apoio á discapacidade prevé a posibilidade de que as persoas poidan acordar en escritura pública notarial, ou a través dun contrato de mandato ou por medio dun testamento medidas relativas á súa persoa e bens cando resulte previsible que vaian necesitar medidas de apoio nun momento futuro.

En concreto poderán establecer:

- Subsistencia de poderes: esta figura consiste en que os poderes notariais realizados en favor de terceiras persoas manteñan a súa vixencia aínda cando no futuro as persoas que os outorgaron precisen de medidas de apoio por parte de terceiros por sufriren unha discapacidade psíquica.

- Poderes e mandatos representativos: estas figuras serven para constituir poderes notariais ou mandatos (de facer algunha cousa ou prestar algún servizo) en favor de terceiras persoas únicamente no caso de que no futuro necesiten recibir medidas de apoio para exercer os seus dereitos e obrigas.

2. Medidas de apoio de carácter legal: o gardador de feito.

A lei reconece e regula a figura de coidado máis estendida para ás persoas con discapacidade: a dos coidadores, frecuentemente familiares, que as acompañan e asisten.

Esta figura é unha medida informal (non adoptada por un órgano xudicial) que desempeña a súa función só cando non existan outras medidas establecidas voluntariamente pola persoa que precise das medidas de apoio.

O gardador de feito só poderá actuar en representación da persoa con discapacidade para solicitar prestacións de contido económico no seu favor ou cando realice actos xurídicos de escasa importancia económica, persoal ou familiar; para o resto de actos necesitará autorización xudicial.



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

5. Recursos

5.1. Réxime xurídico das medidas de apoio ás persoas con discapacidade

3. Medidas de apoio de carácter xudicial: A curatela e o defensor xudicial.

Só se constituirá a curatela se non existen outras medidas de apoio voluntarias ou legais (apartados 1 e 2 anteriores) suficientes para cubrir as necesidades da persoa con discapacidade.

A curatela é unha medida formal (constituída mediante resolución xudicial) con carácter estable, que deberá ser revisada cada tres anos (excepcionalmente cada seis anos). O contido desta figura será concretado con exactitude na resolución xudicial que a constitúa.

Esta resolución xudicial indicará:

- As medidas de axuda nos ámbitos persoal e/ou patrimonial da persoa con discapacidade.
- Tamén se incluírán mecanismos de control da actuación do curador,
- Obrigas de información sobre a xestión que o órgano xudicial considere adecuadas.

Poderán ser curadores:

- O cónxuxe ou persoa en situación de feito asimilable (parella de feito) que convivan coa persoa con discapacidade.
- Os fillos/as ou descendentes.
- O proxenitor/a ou, se non existe, ascendentes.
- As persoas que o cónxuxe ou parella convivente ou os proxenitores designasen en testamento ou escritura pública notarial.
- O gardador/a de feito.
- Irmáns, parentes ou achegados que convivan coa persoa sobre a que se constituía a curatela.
- Fundacións ou persoas xurídicas públicas ou privadas que teñan a promoción da autonomía e asistencia ás persoas con discapacidade entre os seus fins sociais.

A Lei regula tamén a **autocuratela**:

nesta figura é o propio interesado quen designa ás persoas que desempeñarán o cargo de curadores, podendo establecer, tamén, medidas sobre o seu contido e funcionamento.

En relación á figura do **defensor xudicial**, indicamos que é unha medida de carácter temporal constituída mediante resolución xudicial, que se adoptará, entre outros casos, cando as persoas designadas para a prestación das medidas de apoio non poidan exercer as súas funcións ou incorran en conflito de intereses coa persoa con discapacidade.



LIGAZÓN AO VIDEO

5.2 Procedemento para a adopción das medidas de apoio a persoas con discapacidade

Os diversos procedementos legalmente previstos nesta materia inicianse perante o xulgado correspondente ao lugar do domicilio da persoa con necesidades de apoio.

Poderán iniciar o procedemento: (1) o Ministerio Fiscal, (2) a propia persoa con discapacidade, (3) o seu cónxuxe (sempre que non estivera separado de feito ou xudicialmente) ou persoa en situación de feito asimilable, (4) así como os seus ascendentes, descendentes ou irmáns.

O Xulgador/a establecerá, sempre que resulte necesario, as medidas específicas de apoio e/ou protección á persoa con discapacidade tras entrevistarse con el/ela e practicar a proba necesaria para coñecer as súas circunstancias e necesidades persoais concretas.

5. Recursos

5.3. Recursos de apoio da persoa coidadora

A enfermidade de Alzheimer ten unha gran repercusión na persoa coidadora. Isto pode xerar situacións de ansiedade e sobrecarga. Por isto, o médico de cabeceira débelle prestar moita atención á situación da persoa coidadora, xa que necesita unha gran atención.

A Lei da Dependencia

A Lei da Dependencia configura o dereito á atención das persoas en situación de dependencia como un novo dereito de cidadanía. **Os cidadáns poden esixir este dereito ás Comunidades Autónomas.**

De esta forma **poderán acudir a/o traballador/a social dos servizos sociais correspondentes** tanto do seu concello como do centro de saúde para tramitar dito recoñecemento e que se determine o seu grao de dependencia (Grao I/ Grao II/ Grao III). Tras isto, realizarase un Programa Individual de Atención, no cal se incluírá o recurso máis axeitado.



Graos de dependencia

Na valoración das persoas, establécense graos de dependencia en función da autonomía das persoas e a intensidade e tipo de axuda que necesita doutra persoa:

Grao I: Dependencia moderada

Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día, ou ten necesidades de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía funcional.

Grao II: Dependencia severa

Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, dúas ou tres veces ao día, pero non require a presenza constante dunha persoa cuidadora ou ten necesidades de apoio extenso para a autonomía funcional.

Grao III: Gran dependencia

Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía mental, intelectual, sensorial ou física, necesita a presenza indispensable e continua doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía funcional.

Os Equipos de Valoración da

Dependencia serán os que valoren a capacidade da persoa para levar a cabo por si mesma as actividades básicas da vida diaria...etc.

O procedemento do recoñecemento iniciarase por instancia da persoa que poida estar afectada por algún grao de dependencia ou quen desempeñe a súa representación.

O procedemento consta de dúas fases:

1. Valoración

Valoración integral da persoa solicitante e resolución que determinará o grao de dependencia, así como o seu carácter permanente ou revisable e os servizos e/ou prestacións económicas que lle poidan corresponder.

2. Elaboración e resolución dun Programa individual de atención (PIA)

No que se expresará, de entre os servizos e prestacións económicas previstas para o seu grao, aqueles máis adecuados ás necesidades da persoa en situación de dependencia e incorporará, se é o caso, os servizos que xa estea a gozar.

5. Recursos

5.3 Recursos de apoio da persoa cuidadora

Programa individual de atención

No marco do procedemento de recoñecemento da situación de dependencia e as prestacións correspondentes, os servizos sociais correspondentes do sistema público establecerán un programa individual de atención, no que se determinarán as modalidades de intervención máis adecuadas as súas necesidades, de entre os servizos e prestacións económicas previstos na resolución para o seu grao, coa participación, previa consulta e, no seu caso, elección entre as alternativas propostas por parte do beneficiario, e no seu caso, da súa familia ou entidades tutelares que lle representen.

Os servizos sociais correspondentes establecerán un programa individual de atención, de entre os servizos e prestacións económicas previstos na resolución para o seu grao.

Servizos do sistema para a autonomía e atención a dependencia

As persoas dependentes teñen acceso ao catálogo de prestación de atención á dependencia de acordo co grao da mesma.

O catálogo de servizos inclúe unha gran variedade de recursos, tales como:

- **Teleasistencia e xeolocalización:** da soporte a aquelas necesidades de axuda ou urxencia que poidan producirse durante as 24 horas do día todos os días do ano.
- **Axuda no fogar:** O servizo de axuda no fogar (SAF) é un servizo de carácter local que consiste en ofrecer un conxunto de atencións a persoas ou unidades de convivencia no propio domicilio, para facilitar o seu desenvolvemento e a permanencia no seu medio habitual.
- **Servizo de atención diúrna/nocturna:** Servizo de atención diúrna/nocturna: son centros de apoio ás familias que durante o día ou noite prestan atención terapéutica integral e plural ás persoas maiores con dependencia ou en grave risco de padecela, promovendo a súa autonomía persoal, a actividade relacional e a permanencia no contorno habitual.
- **Servizo de atención residencial:** atención integral e continuada durante as 24 horas do día e nun centro residencial de carácter personalizado.

Prestacións económicas do sistema para a autonomía e atención a dependencia

Prestación económica vinculada ó servizo:

Que será recoñecida **unicamente cando non sexa posible o acceso a un dos servizos públicos ou concertados de atención e coidado**, que terán carácter prioritario, e estará en todo caso vinculada á adquisición dun servizo (Exemplo. Libranza vinculada o servizo de estimulación terapéutica para persoas con alzheimer).

Prestación económica para coidados no ámbito familiar e apoio a coidadores/as non profesionais:

Recibirá unha prestación económica para ser atendido por coidadores/as non profesionais, sempre que se dean condicións axeitadas de convivencia e de habitabilidade da vivenda.

Prestación económica de asistencia persoal:

O seu obxectivo é **contribuír á contratación dun/dunha asistente persoal**, durante un número de horas, que lle facilite á persoa beneficiaria o acceso á educación e ó traballo, así como a unha vida máis autónoma no exercicio das actividades básicas da vida diaria (ABVB).

5. Recursos

5.3 Recursos de apoio da persoa coidadora

Outros servizos

- **Servizo Galego de Apoio Mobilidade Persoal.** Servizo de axuda ao desprazamento programado e non urxente para chegar ás persoas con discapacidade e/ou dependentes a centros ou servizos.
- **Respiro familiar:** axudas económicas puntuais para as persoas coidadoras habituais non profesionais que atenden de forma continuada a unha ou máis persoas dependentes ou con discapacidade ou en situación de necesidade de terceiros para as actividades da vida diaria, acreditada mediante informe médico e social.
- **Xantar na casa:** servizo de comida a domicilio que pretende facilitar e garantir unha alimentación equilibrada e de calidade adaptada ás necesidades das persoas maiores e/ou dependentes, que non poden valerse por si mesmas para cubrir as súas necesidades básicas relacionadas coa compra ou elaboración de menús.

Un dos recursos fundamentais e imprescindibles é o apoio social na enfermidade de Alzheimer tanto na promoción da calidade de vida coma a atención integral da persoa coidada e das persoas coidadoras.

A familia debe ter acceso á información sobre os recursos dispoñibles e tamén debe ser acompañada en procesos legais dificultosos.

A continuación, enuméranse diferentes fontes ou recursos web que ofrecen información axeitada e actualizada:



MAGADEA

Recursos

Consellería de Política Social e Igualdade. 'Maiores e Dependencia'

www.politikasocial.xunta.gal/gl/areas/maiores-e-dependencia

Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde

www.sergas.es

Federación Alzhéimer Galicia

www.fagal.org

Confederación Española de Familiares de Personas enfermas de Alzheimer e outras Demencias

www.ceafa.es

Alianzas para el cuidado

www.alianzasparaelcuidado.org

Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía

www.fundacionreinasofia.es

Fundación Alzheimer España

www.alzfae.org

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

www.segg.es

Escuela de Cuidadores "La Caixa"

www.fundacionlacaixa.org

6. Asociacións na comunidade galega



[LIGAZÓN AO VIDEO](#)

AGADEA (Santiago)

Tfno. 981.595.738/647.589.725

e-mail: agadea@agadea.org

AFAFES (Cee)

Tfno. 681.396.204

e-mail: afafes@outlook.es

AFAGA (Vigo)

Tfno. 986.229.797

e-mail: afaga@afaga.com

AFACO (A Coruña)

Tfno.981.205.858

e-mail: contacto@afaco.es

AFABER (Carballo)

Tfno. 981.758.545/625.980.691

e-mail: afabercarballo@gmail.com

AFA Chantada

Tfno. 982.462.330

e-mail: afachantada@gmail.com

AFAL Ferrolterra

Tfno. 981.370.692

e-mail: afalferrolterra@afalferrolterra.com

AFA LUGO

Tfno. 982.263.838/607.843.384

e-mail: afalu@afalu.org

AFAOR (Ourense)

Tfno. 988.219.292

e-mail: recuerda@afaor.com

AFAMO (Morrazo)

Tfno. 986.313.761/661.348.755

e-mail: afamo@afamomorrazo.es

afamo_morrazo@hotmail.com

AFAMON (Monforte)

Tfno. 982.410.929

e-mail: afamonforte@hotmail.com

AFAPO (Pontevedra)

Tfno. 986.842.141

e-mail: afapontevedra@yahoo.es

AFASAL

Tfno. 649.239.411

e-mail: afasal.adm@gmail.com

AFAN BURELA

Tfno. 646.181.722/982.580.610

e-mail: afan.burela@gmail.com

AFA VIVEIRO

Tfno. 616.606.986 /982.194.060

e-mail: afaviveiro@afaviveiro.es

7.

Preguntas e respostas

1. Sempre que hai problemas de memoria debe pensarse na enfermidade de Alzheimer?

Non necesariamente. A perda de memoria é un fenómeno normal que se agrava co avance da idade. Cando unha persoa comeza a necesitar axuda para as actividades instrumentais da vida cotiá e se volve máis dependente, é importante acudir ao seu centro de saúde. Así, poderase determinar se esta perda de memoria é debida a factores externos, como o estrés, ou se é provocada por unha enfermidade neurodexenerativa.

2. Como se diagnostica a Enfermidade de Alzheimer?

Mediante a realización de diferentes probas e a historia clínica o profesional emitirá un diagnóstico. Por exemplo,

aplicaranse probas de avaliación cognitiva, afectiva e funcional, realizaranse análises de laboratorio completas para descartar se existe algunha infección. En ocasións tamén se realizan probas como a punción lumbar, TAC ou PET para descartar outro tipo de lesións e comprobar como se atopan determinadas áreas do cerebro.

3. Se a alguén lle diagnostican Enfermidade de Alzheimer, que vai pasar ca súa memoria?

Probablemente os problemas de memoria aumenten. Recoñeceranse no doente unha serie de síntomas cognitivos como por exemplo, o aumento dos problemas de memoria episódica, é dicir, esquecer feitos recentes; aparición de problemas no domicilio porque non recorda onde están as cousas; perda de habilidades para levar a cabo actividades

rutinarias, coma cociñar, arranxar cousas, o aseo persoal e vestirse. Outros exemplos son algúns tales como equivocarse cos cartos, confundindo moedas e errando en cálculos simples. Tamén aparecerá unha tendencia a permanecer no domicilio por medo a cometer erros, ou medo a perderse.

Aparecerán problemas de linguaxe como dificultade á hora de denominar obxectos ou de expresar determinadas palabras. Isto derivará en que a persoa se torne moi indecisa, podendo aparecer incluso alucinacións (percepción de sensacións que non existen) ou confabulacións (crer que sucederon feitos que non ocorreron).

4. Por que hoxe pode estar moi ben e mañá moi mal?

É sorprendente para moitas familias como o doente que sofre a Enfermidade de Alzheimer hoxe pode estar razoablemente orientado e mañá pode estar tan confuso que non reconece nin ós familiares máis próximos. Isto é moi frecuente no transcurso da enfermidade. Por exemplo, o uso incorrecto de fármacos, a existencia de cambios metabólicos, a temperatura e a deshidratación, entre outros motivos, poden xustificar estes cambios.

5. O doente con Enfermidade de Alzheimer sabe o que ocorre? Sofre?

A resposta é moi variable, xa que dependerá das alteracións cognitivas que teña cada doente e do grao de

evolución da enfermidade. A parte disto, o familiar debe entender que aínda que o doente percibe a situación, o fai baixo as coordenadas do seu estado cognitivo. A persoa que sofre a enfermidade percibe a situación, pero probablemente sentirá menos angustia que o resto de persoas. É importante que a familia ou persoas próximas non lle transmitan a ansiedade que el non ten.

6. Ten tratamento a Enfermidade de Alzheimer?

Actualmente a Enfermidade de Alzheimer non ten cura, pero existe tratamento farmacolóxico e non farmacolóxico para mellorar a calidade vida da persoa que sofre a enfermidade, e dos seus familiares ademais de ralentizar a progresión da enfermidade.

7. Debe notar o doente que sabemos que ten Enfermidade de Alzheimer?

O doente ten que tratarse como a persoa que é. Debe evitarse a hiperprotección, pero á vez convén ofrecerlle seguridade. Hai que situarse nun punto intermedio, sabendo que se trata dunha persoa que padece unha enfermidade, pero evitando que isto inflúa no trato habitual. É preciso manter o maior tempo posible a autonomía da persoa recordando que non é un cativo. E aínda que ás veces sexa moi difícil, debe manterse o bo humor.

8. Como deben ser as actividades que realice a persoa afectada?

As actividades deben ser simples e rutinarias, xa que as persoas non soen ter facilidade para adaptarse e afrontar novas situacións. A rutina evita a toma de decisións, polo que se diminúe a confusión e axitación.

É importante tratar de simplificalas para que poidan realizarse de forma exitosa. Ademais, é preciso que se leven a cabo nun tempo e momento específico de modo que se debe tratar que a persoa a cumpra no momento no que se deben desenvolver. Tamén é recomendable tratar de corrixir os erros que comete, sen chegar a discusións e disputas, realizándose de maneira construtiva, sutil e indirecta, sen que a persoa se sinta atacada.

9. É necesario vixiar á persoa con Enfermidade de Alzheimer?

Os trastornos cognitivos soen ir asociados a posibilidades de sufrir golpes e caídas, polo tanto, é recomendable vixiar no domicilio aquilo que poida supoñer un risco de lesión e evitar tarefas

que poidan ser perigosas. Asemade, na rúa débense prever os imprevistos. A persoa coa enfermidade debe de estar vixiado en función do seu grao de deterioro, sen que teña a sensación de ser un incapacitado.

10. Haino que estimular para que practique exercicio mentres poida?

Hai que tentar que realice a maior actividade física posible, fomentando un envellecemento activo. O exercicio, realizado con seguridade, evita complicacións, de xeito que é posible que de a sensación de que se integra mellor no entorno.

11. É posible que confunda aos seus propios fillos? Pode crer que lle falan personaxes?

Pode acontecer que en fases avanzadas da enfermidade non recoñeza aos seus fillos, o que xera un desacougo e inquietude neles. Nestas situacións, deben recordar que sofren unha doenza que se presenta con ditos síntomas, os

cales non están relacionados co amor e agarimo que teñen por eles.

O esquecemento é un síntoma da enfermidade e así o debe entender a familia.

Da man da enfermidade vai unha gran variedade de síntomas, entre eles alucinacións auditivas ou visuais, tales como crer que personaxes de televisión lle están falando. Os síntomas psiquiátricos da enfermidade poden adoptar varias formas, en forma de delirio, paranoias e incluso algúns poden aumentar o risco de suicidio. Cando isto ocorre, é necesario un tratamento que permita reducir ditos síntomas.

12. Ata cando pode conducir a persoa con Enfermidade de Alzheimer?

É recomendable que a persoa non conduza xa que pode ter unha menor capacidade de reacción. É importante que esta decisión se tome con tranquilidade, tratando de non humillalo. Por outra parte, ante a presenza dunha enfermidade neurodexenerativa con respecto á realización de viaxes, nas

fases iniciais é recomendable, xa que viaxar supón un estímulo cognitivo. Máis adiante, cando a enfermidade progresa, a situación cambia e os desprazamentos poden crearlle confusión e inseguridades, polo que é posible que non sexan recomendables.

13. Pode saír só/soa do domicilio?

Saír do seu domicilio é beneficioso xa que é un estímulo cognitivo, pero sempre é preferible que a persoa vaia acompañada. Aínda que nas fases iniciais, se o doente non ten unha afectación moderada ou grave, pódeo facer só. Asemade, será importante que leve un indicativo ou unha chapa que indique os contactos dos seus familiares no caso de que se desorienta.

14. Debe vestirse só?

Moitas persoas coa enfermidade presentan problemas de mobilidade ou de coordinación, o que xera dificultades á hora de vestirse. É convinte que a persoa se vista soa, aínda que tarde máis tempo en facelo para fomentar así a súa independencia sempre e cando sexa posible. A persoa coidadora debe tratar de motivalo e corríxilo se hai erros, sen meterlle présa.

7. Preguntas e respostas

15. É bo que faga cambios de domicilio?

Unha persoa con enfermidade de Alzheimer non ten unha capacidade de aprendizaxe necesaria para adaptarse a novas situacións e lugares, non os reconece o que fai que perda as súas referencias. Por iso, salvo que sexa inevitable, é convinte que a persoa con Alzheimer viva sempre no mesmo lugar.

16. Cóntolle que faleceu o seu familiar ou coñecido/a?

Sempre hai que valorar como lle pode afectar a situación. Se a persoa atópase nun estado leve, e pode recibir a información por terceiras persoas, é preferible que alguén llo comente directamente. Pola contra, se a relación persoal non é frecuente e non se lembra desa persoa con facilidade, pode ser preferible a distracción con outro tema.

17. Que debo facer cando repite as cousas continuamente?

Débase manter a calma, xa que os estados de ánimo "contáxianse". É importante non elevar o ton. As preguntas repetitivas relaciónanse coa ansiedade, se a persoa con Enfermidade de Alzheimer está ocupada serán menos frecuentes.

18. Durante o día está durmido e pola noite deambula, que se debe facer?

É recomendable, tanto establecer hábitos correctos de hixiene do sono (fixar horarios e rutinas de sono), como planear días activos. Se a persoa deambula pola noite debemos asegurarnos de que non existe risco de caída.

19. Debe manexar cartos?

Mentres sexa posible, é interesante que manexe o diñeiro. Débese intentar que siga coñecendo as moedas durante o maior tempo posible e responsabilizalo de pequenos movementos. A medida que a enfermidade progresa, a persoa cuidadora deberá interpretar cal é o momento no que deba deixar de facelo.

20. Hai que corrixir os comportamentos antisociais?

Sempre que sexa posible, tratarase de corrixilo. Nas primeiras fases será máis sinxelo, pero logo complicarase. Non deben de limitarse as actividades da persoa pero será importante explicar a situación ás persoas que se atopan no lugar.



8.

Bibliografía

Alzheimer Universal (2018). *Alzheimer, una enfermedad compartida. Curso de formación para cuidadores. Alzheimer universal.*

Arroyo, C., Díaz, M. y cols. (2017). *Atender a una persona con Alzheimer.* Ceafa. Caja Madrid Obra social.

Brescané, R., Tomé, G. (2014). *Know Alzheimer. Respuestas concretas a dudas reales. Manual de consulta para cuidadores y familiares.* Profármaco.2, 1-56.

Carretero, V., Pérez, C., Sánchez, V. e Balbás, A. (2011). *Guía práctica para familiares de enfermo de Alzheimer.* Londres: Fundación PwC y Fundación Reina Sofía.

Díaz, A. B., Pías, J. M. Y Aldrey, J. M. (2021). *Guía de Apoyo al cuidador de pacientes con demencias. Una visión positiva.* Lugami Artes Gráficas.

Fundación Pasqual Maragall (2019). *Aceptar la enfermedad de Alzheimer: la reacción ante el diagnóstico.* Recuperado de: <https://blog.fpmaragall.org/aceptar-enfermedad-alzheimer>

Lei 39/2006, de 14 de decembro, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº299 do 15/12/2006).

National Institute on Aging (2019). *Cómo cuidar a una persona con la enfermedad de Alzheimer: una guía fácil de usar.* Publicación del NIH No. 19-AG-6173S.

Organización Mundial de la salud (OMS). (2021). *Demencia.* Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Strauss, C. J. (2005). *Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer: formas sencillas de comunicarse con un miembro de la familia o un amigo cuando hacemos una visita.* Barcelona: Obelisco.



chei
franda
de. Quer
nimo, at
enas, nor
dam

... así com
erto que unte
dadora lle escri
roxenitora af
imer, nun
neada...
me o n cabitado de raly'era outra e
arta. Pero nonde é aug...
das sobr...
s. ser nuna...
ais lides...
nonde ir, que xa non lle é posible.
malda ausencia xa o inlinda...
tan sin celo...
ora mlla na ne...
elleda ferrito...
E que mo...
om un...
ga, e un...
para...
be, q...
tra. Sei, que in...
ssi. Pero ment...
s. Des...
una...
o. Inunda...
ada est...
in...
nha...
e todas formas...
u son filla da roseira...
na. E igual que o canto...
nos pes, pero sen parar...
da nat...
ua alegria...
poda velo...
os mutuamente...
e as grazas por permitirme darme a oportunidade...
ue xa non sei que foi daquela muller activa...
a contoma...
nos que tiñan algún problema...
enfermidade trocou todo...
pero agora dependes totalmente de min...
tar mais duns minutos sen verme...
ste recordar a esa muller que todo o mundo buscaba...
ti quen a precisas...
imos estar en solidade...
usica para bailar e movernos un pouquiño...
a miña estrela despistada na noite...
uc sigo contigo...
prometeche estar ata a fin...

Beatriz S. Saá