



TRATU TXARRAK DEMENTZIETAN

TRATU TXARREN MOTAK DEMENTZIETAN



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



IZENBURUA: INGURUNE LAGUNKOI ETA SOLIDARIOAK DEMENTZIEKIN. TRATU TXARRAK DEMENTZIETAN

EGILEA: Alzheimerraren Espainiako Konfederazioa

DISEINUA ETA MAKETAZIOA: iLUNE

INPRIMAKETA: Gráficas Biak S.L.

LEGE-GORDAILUA:

Baimena ematen da irabazi-asmorik gabeko dokumentua osorik edo zati batean erreproduzitzeko eta zabaltzeko, eta iturria aipatu beharko da.

© CEFA 2020 - www.cefa.es

Aurkibidea

1. ALZHEIMERRA ETA BESTE DEMENTZIA BATZUK	4
Gaixotasunaren epidemiologia	4
Koadro klinikoa	4
Ohiko sintomak	5
Gaixotasunaren faseak	6
Dementia duen paziente baten ebaluazio klinikoaren urratsak	7
Dementia baten kausa diagnostikatzeko probak	9
2. DEMENTZIEN ALARMA-SINTOMAK	10
Eguneroko bizitza oztopatzen duten oroimen-aldaketak	10
Egunerokotasunean gauzak planifikatzeko edo arazoak edo ebazteko zailtasuna	11
Desorientazioa denboran eta espazioan	11
Ikusizko irudiak hautemateko eta ulertzeko zailtasuna	12
Arazoak dituzte hitzekin, ahoz zein idatziz	12
Objektuak lekuz kanpo jarri eta non zeuden gogoratzeko arazoak	13
Zentzumena murriztea	14
Ez dute ekimenik ez lanean eta ez gizarte-jardueretan	14
Umore- eta nortasun-aldaketak izaten dituzte	15
3. NOLA EZAGUTU DEMENTZIA DUEN PERTSONA BAT	16
4. NOLA KOMUNIKATU DEMENTZIA DUEN PERTSONA BATEKIN	17
Komunikazio-arazoak gaixotasunean zehar	17
Komunikazioa hobetzeko gomendioak	20
Hitzezko komunikazioa hobetzeko gomendioak	21
Ez-hitzezko komunikazioa hobetzeko gomendioak	21
Komunikazioari eta egungo egoerari aurre egiteko gomendio orokorrak	22
Gomendioak pertsonaren diagnostikoaren aurrean eta nola aurre egin familia-esparruan	24
5. ZERGATIK DIRA DEMENTZIA DUTEN PERTSONAK ZAURGARRIAGOAK BESTEAK BAINO TRATU TXARRAK JASOTZEARI DAGOKIONEZ	25
6. ZER DIREN TRATU TXARRAK ETA NOLA EGIN DAITEZKEEN	26
7. TRATU TXARREN ADIERAZLEAK	27
8. ZER DELITU- EDO FALTA-MOTA EGIN DAITEZKE ALZHEIMERRA EDO BESTE DEMENTZIA BAT DUEN PERTSONA BATEN EDO HAREN ONDASUNEN AURKA?	30
9. NOLA JOKATU TRATU TXARRAK EDO DELITUAK EGITEN DIRENEAN DEMENTZIA DUEN PERTSONA BATEN AURKA	31
10. NOLA JO DEMENTZIA BAT DUEN PERTSONA BATEN AURKAKO EDOZEIN TRATU TXAR EDO DELITU SALATZEKO	32
11. ZER BABES-NEURRI AKTIBA DAITEZKE URGENTZIAZ TRATU TXARRENGATIKO DENUNTZIA JARRI ONDOREN	33
BIBLIOGRAFIA	34

1. ALZHEIMERRA ETA BESTE DEMENTZIAK

Alzheimer gaixotasuna (AG) gaixotasun degeneratiboa, progresiboa eta itzulezina da, garuneko zelulak astiro-astiro kaltetu eta suntsitzen dituen proteinen ezohiko pilaketagatik (amiloide), zahartzaroko plakak eta haril neurofibrilarrak azalduz. Sintoma garrantzitsuena gaitasun kognitibo eta funtzionalaren galera da. Sintoma horretaz gain, dementziaren jokabide-sintomak eta sintoma psikologikoak (gogo-aldartearen nahasmenduak, asaldura, sintoma psikotikoak, etab.) azaltzen dira gaixotasunaren bilakaeran zehar eta, gaitasun kognitiboaren galerarekin batera, gaixotasuna duen pertsona ezintzen dute.

Bizi-itzaropena handitzearen ondorioz mendebaldeko gizarteetan izandako aldaketa demografikoekin batera, zenbait gaixotasunen prebalentziak ere gora egin du, hala nola, dementziek, oro har, eta Alzheimer gaixotasunak, bereziki, eta garrantzi handiko osasun-arazo bihurtu dira.

Alzheimer gaixotasuna dementziaren kausa nagusia da (% 70eraino) herrialde garatuetan. Eragin soziosanitario garrantzitsua du, bai bere maiztasunagatik eta bai, Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) arabera, "pertsona helduen ezintasun- eta mendekotasun-kausak nagusietako bat" izateagatik ere.



GAIXOTASUNAREN EPIDEMIOLOGIA

Alzheimerra zahartzeari lotutako patologia da eta, horregatik, bere maiztasuna handitu egiten da 65 urtetik gorakoen artean. Gaixotasunaren prebalentzia % 7koa da 65etik gorakoen artean, eta ia % 50ekoa, 85 urtetik gorakoen artean. Eta ez dira ahaztu behar "gaixo gazteak", gaixo guztien % 5 eta % 10 arteko kopurua. Gaur egun, Espainian, gaixotasunak eragindako pertsona kopurua 1.200.000 da, gutxi gorabehera. Kopurua 5.000.000ra hurbiltzen da kontuan hartzen badugu dementzia duen pertsonaren familia, gaixotasunak familiari ere eragiten baitio.

KOADRO KLINIKOA

AG duen pazientearen garunean lesioek duten garapenak zehazten ditu, neurri batean, gaixotasunaren sintomak. Hala ere, erreserba kognitibo optimoa duten pertsonen errendimendu kognitibo egokia izaten jarrai dezakete, edo defizit batekin, baina ez garuneko lesioekin bat datozenak.

Lesio horiek garunean modu bereizgarrian banatuta egon ohi dira, baina ez beti modu berean pertsona guztietan; aitzitik, gaixotasunaren narriadura-motaren eta ebo-



luzio-mailaren araberakoa izango da banaketa, eta Alzheimer gaixotasunaren garapenean zehar garunaren tamaina txikitzea eragingo du.

Neuronen galera progresibo horren ondorio nagusiak garun-azalaren atrofia deritzona sortuko du, eta hori nabarmenagoa izango da ikaskuntzarekin eta memoriarekin lotutako arloetan. Alzheimer gaixotasunaren sintoma bereizgarriena da.

OHIKO SINTOMAK

Alzheimer gaixotasuna beta amiloide eta TAU proteinen garuneko metaketa batekin hasten da, eta gaixotasunaren lehen zantzuak agertu baino 10-20 urte lehenago sortzen da.

Sintomak ezkutuan hasten dira eta, horregatik, zaila da esatea benetan noiz hasi diren. Hala ere, zailtasun kognitiboak (funtzio kognitiboekin loturikoak, hala nola memoriarekin, arazoibidearekin eta hizkuntzarekin) eta depresioaren sintomak gaixotasunaren diagnostiko klinikoa baino hainbat urte lehenago ager daitezke.

Oro har, alerta-sintomen bi multzo handi aipa ditzakegu:

Hasierako oroitzapen-arazoak: Pazienteak nahasmendu txiki bat izango du oroimean. Despiste ugari izango ditu eta errepikapenak (behin baino gehiagotan errepikatzen du galdera bera) eta lehen egiten ez zituen akatsak egiten hasiko da (gauzak uzten ditu eta ez du gogoratzen non...). Lankideak edo familia izaten dira arazo horiek detektatzen aurrenak. Pazienteak berak garrantzia kentzen die bere "hutsegiteei" edo ukatu egiten ditu.

Arao psikologikoak: Ohikoa da sintoma depresiboak agertzea gaixotasunaren hasieran (aurretik arazo psikiatriko edo depresiborik izan ez duen 60 urtetik gorako pertsona bat) eta, batzuetan, nekearekin, motibazio-faltarekin edo antsietate- edo estres-koadro batekin nahasten dira. Aldarte-aldaketak, suminkortasuna eta loaren nahasmendua ere izan daitezke.

Familiak hasierako sintoma horiek identifikatzea eta diagnostiko-unitateak azkar bisitatzea, proba neurologikoak eta neuropsikologikoak egiteko, lagungarri izan daitezke kasuak garaiz identifikatzeko, bai eta mediku espezialistek kasu susmagarriak kontrolatzea eta horien eboluzioa ikustea ere, gaixotasunaren diagnostiko goiztiarra lortzeko helburuarekin. Hori funtsezkoa da narriadura kognitiboan eta dementzietan.

GAIXOTASUNAREN FASEAK

Alzheimer gaixotasuna kronikoa da, eboluzio luzekoa (normalean 10-15 urte ingurukoa), baina asko alda daiteke, eboluzio azkarreko kasuak ere baitaude.

Hainbat etapa bereiz ditzakegu:

Hasierako etapa (3-4 urteko iraupena): oroimeneko akatsak hasten dira, izen edo objektuen hitzak asmatzeko zailtasunak, kontzentrazio-arazoak. Pertsona nahasi egiten da eta ahanzkor bihurtzen da; hitzen bila hasten da edo esaldiak amaitu gabe uzten ditu. Askotan, duela gutxiko gertaerak eta elkarrizketak ahaztu egiten ditu, baina ondo gogoratzen du iragana. Aurreko guztiaren ondorioz, gaixotasunaren hasieran depresio-gertaerak edo nortasun-aldaketak ager daitezke. Oro har, kaltetuak modu independentean bizi daitezke oraindik, eta higie pertsonala egin dezakete.

Tarteko etapa (3-5 urteko iraupena): deigarriak dira eguneroko bizimoduko jardueretarako mugapenak. Modu motel eta progresiboan autonomia galtzen joaten dira, eta laguntza behar izaten dute oinarrizko jardueretarako, hala nola norberaren garbitasunerako, janzteko eta baita elikatzeko ere. Oroimenak kalte larriak jasaten ditu eta, batzuetan, pazienteak ez ditu familiako kideak ezagutzen, leku ezagunetan galtzen da eta gauza errazak ere ahaztu egiten zaizkio, hala nola janztea eta bainatzea. Jokabide-nahasmenduak ere ager daitezke: urduritasuna, iragarri ezin den izaera, alderrai ibiltzea...

Amaierako etapa (3-5 urteko iraupena): erabat galdu ditzake oroimena eta gaitasun intelektualak eta funtzionalak. Erabateko zaintza behar da, eguneroko jarduerak oso mugatuta dituelako. Mintzaira apurka-apurka galtzen da, eta pazienteak hitz egiteari uzten dio, baina horrek ez du esan nahi emozio-seinaleak hauteman ezin dituenik, hala nola ahots maitekorrak, irribarreak edo laztanak. Fase larrian, kasu askotan, erabat galtzen da gernuaren eta gorozkien esfinterren kontrola. Pazientearen mugiezintasuna ia erabatekoa da. Pisua galtzen da, defentsa immunologikoak murrizten dira, eta infekzio larriak izaten dira, pazienteak hiltzera eramaten dezaketenak.



DEMENTZIA DUEN PAZIENTE BATEN EBALUAZIO KLINIKOAREN URRATSAK

Ebaluazio klinikoak da medikuak egiten duen lehen urratsa pazientearen keak mugatzeko eta dementziaren kausa ezartzeko.

Garrantzitsua da pazienteak ondo ezagutzen duen pertsonaren zeregina. Pertsona horrek pazientearen arazoei buruzko informazioa emango du, zer unetan agertu ziren eta zer intentsitate eta zer bilakaera izan zuten adieraziz. Pazientea ez da beti jabetzen bere arazoez, garrantzia kentzen die eta ukatu ere egiten ditu. Horregatik da garrantzitsua medikuak familiakoekin hitz egitea.

Dementia duela susmatzen den pertsona baten balorazioan, honako urrats hauek egin ohi dira:

Egungo gaixotasuna: Aukera ematen du gaitasun kognitiboen aldaketei buruzko informazioa lortzeko: oroimena, arreta, kontzentrazioa, orientazioa, mintzaira, kalkulua, arazoan ebazpena, planifikatzeko eta antolatze gaitasuna, pertsonak ezagutzea edo erabakiak hartzea, besteak beste. Halaber, depresio-sintomak, nortasun-aldaketak, oldarkortasuna, haluzinazioak edo jazarpen- edo lapurreta-usteak dauden ere baloratu behar dira. Gainera, zehaztu egin behar da aurreko guztia- ren ondorioz pertsona ez ote den gai lehen egiten zituen jardura jakin batzuk egiteko (etxeko lanak egitea, finantzak, gidatzea, garbitzea, janzteak...).

Aurrekari pertsonalak: Adimen-gaitasunei eragin diezaieketen oinarrizko gaixotasunak (hipertentsioa, diabetesa, odoleko gantza gehitzea, bihotzeko gaixotasunak, tiroideak...). Beste gaixotasun neurologiko batzuk: baskularrak, garezurreko traumatismoak eta nerbio-sistemako infekzioak. Aurrekari psikiatrikoak ere garrantzitsuak dira. Azkenik, garrantzitsua da jakitea gaitasun mentalei eragin diezaieketen produktu toxikoen edo botiken kontsumorik badagoen.

Familiako aurrekariak: Familian dementia-historia bat egoteak garrantzia izan dezake kasuaren ebaluazio orokorrean.

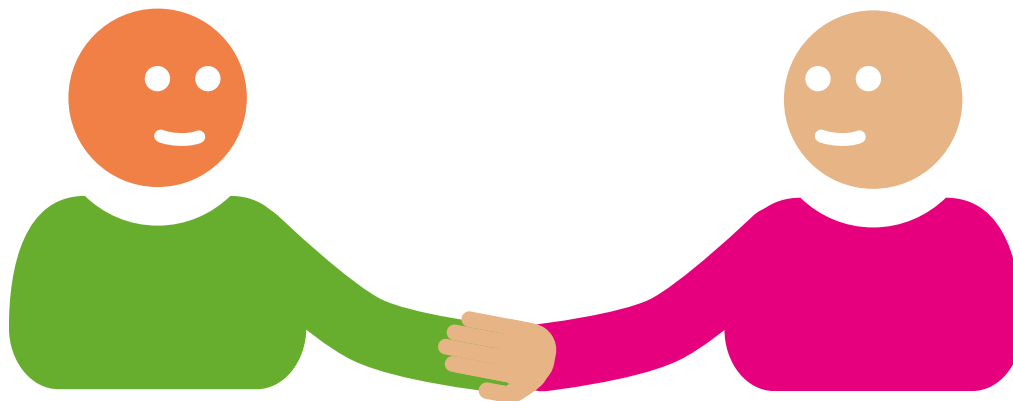
Ebaluazioa: Miaketa fisiko orokorra, neurologikoa, neuropsikologikoa, jokabidearena eta funtzionala egiten da.

- **Lehen mailako ebaluazio neurologikoa:** kotsultako balorazio neurologikoa normala izaten da Alzheimer gaixotasunean. Medikuak alterazioak aurkituko balitu, esaterako, indarra eta sentikortasuna galtzea, koordinazio-nahasmendua, etab., seguruenik gaixotasunaren diagnostiko alternatibo bat izango litzateke.
- **Ebaluazio fisikoa:** medikuak gaixotasun orokorraren zantzuak bilatzen ditu, de-



mentziarekin edo bestelako eragin motorrekin lotu daitezkeenak, hala nola koordinazio motorrekin.

- **Ebaluazio neuropsikologikoa:** gaitasun intelektuala (ez adimena) ebaluatzea da, errendimendu kognitiboa zenbaterainokoa den jakiteko honako funtzio hauetan: oroimena, arreta, kontzentrazioa, orientazioa, mintzaira, kalkulua, arazoaren ebazpena, planifikatzeko eta antolatze gaitasuna, pertsonak ezagutzea edo erabakiak hartzea, besteak beste. Medikuek edo beste osasun-profesional batek test laburrak edo screening-probak erabil ditzake hasierako elkarrizketa klinikoan, baina beti komeni da balorazio neuropsikologiko zabalagoa egitea, pertsonaren profil kognitiboa eta haren zailtasunen maila ezagutzeko. Screening test erabilienetako bat Minimental Test da (Minimental State Examination edo MMSE, Folsteinena)..
- **Jokabidearen eta emozioen ebaluazioa:** eskala espezifikoak erabiltzen dira jokabide-aldaketan eta aldaketa emozionalen presentzia eta intentsitatea baloratzeko, hala nola depresio- eta antsietate-sintomak, haluzinazioak, eldarnioak, nor-tasun-aldaketak, suminkortasuna, oldarkortasuna, etab.
- **Ebaluazio funtzionala:** pazienteak gaur egun zer egiteko gai den eta lehen zer egiteko gai zen ezartzen du. Norbere burua zaintzeko beharrezkoak diren eguneroko bizitzako jarduerak (oinarrizko jarduerak: garbitzea, jantzea, jatea, lekualdatzea...), eta independentziari eta gizarte-harremanei eustea ahalbidetzen duten jarduerak baloratu behar dira (eguneroko jarduera instrumentalak eta aurreratutakoak: janaria prestatzea, lan egitea, erostea, bidaiatzea...).
- **Ebaluazio soziala:** balorazio psikosoziala egitea komeni da pazientearen eta haren familiaren ezaugarriak ezartzeko, egungo eta etorkizuneko zaintza fisiko eta ekonomikoaren beharra zehaztu ahal izateko.





DEMENTZIA BATEN KAUSA DIAGNOSTIKATZEKO PROBAK

Alzheimer gaixotasunaren susmoa duen kasua baloratzeko, neurologoak osasun-azterketa osagarriak eskatu ahal izango ditu. Proba horiek egitea kasu bakoitzaren baitan egongo da.

Odol analisia: odol-analisi batzuek garun-funtzioari eragiten dioten arazo fisikoak detektatzea ahalbidetzen dute, hala nola B12 bitaminaren eskasia edo tiroide-guruinaren hipoaktibitatea. Batzuetan likido zefalorrakideoa aztertzen da infekzio- edo hantura-zantzuak edo gaixotasun degeneratiboren baten markatzaileak detektatzeko.

Gerrialdeko ziztada: likido zefalorrakideoaren analisiak bi proteinaren -beta amiloidea eta TAUa- presentziaren ehunekoa detektatzea ahalbidetzen du. Alzheimerren duten pazienteengan aldatuta egoten dira eta kantitate txiki eta handietan agertzen dira, hurrenez hurren. Alzheimer gaixotasuna detektatzeko eta diagnostikatzeko proba erabakigarrietako bat da. Hala ere, ez da orokorrean ematen kasu guztietan.

Entzefalograma (EEG): garuneko funtzioaren azterketa da, eta garunaren jarduera elektrikoa jasotzen du, oinarrizko egoeran eta aktibazio-metodoekin, hala nola hiper-aireztapenarekin eta fotoestimulazioarekin.

Ordenagailu bidezko tomografia (TC) edo erresonantzia magnetikoa (RM): miaketa horiek egiazta dezakete istripu zerebro-baskularraren, odoljarioaren, tumorearen, hidrozefaliaren edo garuneko atrofiaren presentziaren ebidentziarik badagoen.

Positroi-igorpenaren bidezko tomografia (PET): ikerketa honek garun-jardueraren patroiak erakusten ditu, eta amiloide proteina, Alzheimer gaixotasunaren bereizgarria dena, garunean jalki den ala ez adierazten du.

Fotoi bakarraren igorpen bidezko tomografia (SPECT): Azterketa isotopo erradioaktibo endobenoso bat emanez egiten da eta garunaren funtzionamenduaren bi alderdi ebaluatzea ahalbidetzen du: perfusioa eta garuneko hartzaileak.



2. DEMENTZIEN ALARMA-SINTOMAK

Alzheimer 's Association erakundearen arabera, 10 alarma-zantzu dira medikuarengana joatea eskatzen dutenak, baina ez da beharrezkoa denak batera ematea. Sintoma horietako batzuk agertzen badira, osasun-azterketa osoa egitea gomendatzen da.

EGUNEROKO BIZITZA OZTOPATZEN DUTEN OROIMEN-ALDAKETAK

Oroimena huts egiten hasten da, eta hori da Alzheimer gaixotasunaren zeinu bereizgarrietako bat. Pazienteak ahaztu egiten du gertatu berria, gaurkoa, baina gai da bere iraganeko bizitzari buruzko xehetasunak zehatz-mehatz gogoratzeko. Beti gai berari buruz hitz egiten du, gauza bera galdetzen du, errepikakorra da eta, batzuetan, obsesiboa. Bestalde, ez ditu gogoratzen elkarrizketa berrien zati garrantzitsuak.

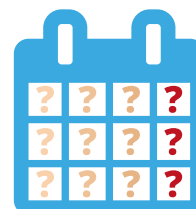
Erosketak egitera joaten bada, gauza batzuk ahaztu egiten ditu, behar ez dituen gauzak erosten ditu, edo gauza berak erosten ditu hainbat aldiz. Datak (urtebetetzeak, urteurrenak, konpromiso sozialak), hitzorduak (hitzordu medikoak, bankuko hitzorduak, lagunekin egindako hitzorduak), familiaren helbide eta telefonoak, lagunak eta ezagunen izenak eta abar ahazten ditu.

Ez du ondo gogoratzen non utzi dituen objektu jakin batzuk, ez ditu aurkitzen dokumentuak, baliozko objektuak edo egunero erabiltzen diren tresnak, oso ohikoak ez diren lekuetan gorde dituelako eta, batzuetan, besteei egozten die bertan gorde izanaren errua.

Lehen ondo egiten zituen eguneroko zereginetan, osagaiak ahaztu edo nahasten ditu janaria prestatzen ari denean (gatza ahaztu, gatza azukrearekin nahastu, eltzekoan garbantzuak botatzea ahaztu). Eta arazoak izaten ditu etxeko tresnak maneiatzeko orduan ere: garbigailua, ontzi-garbigailua, telebistaren agintea, berogailua, alarmaren programazioa, mikrouhin-labea, telefonoa...

Halaber, hasierako faseetan ikusten den arazoetako bat da diruarekin zailtasunak izaten hasten dela (ez ditu kontrolatzen erosketetako txanponak, banku-kudeaketak, ohi baino gehiago gastatzen du, etab.).

- ▶ Informazio berria ahazten dute.
- ▶ Data edo gertaera garrantzitsuak ahazten dituzte.
- ▶ Informazio bera behin eta berriz eskatzen dute.
- ▶ Gauzak gogoratzeko laguntza-sistemen edo senideen sostengua bilatzen dute.



EGUNEROKOTASUNEAN, ETXEAN, LANEAN EDO DENBORA LIBREAN GAUZAK PLANIFIKATZEKO EDO ARAZOAK EDO EBAZTEKO ZAILTASUNA

Dementziaren bilakaeraren ondorioz, pertsonak aldaketak izan ditzakete garatzeko, plan bati jarraitzeko edo arazoren bat konpontzeko gaitasunean, eta zailtasunak izan ditzakete arazo errazak konpontzeko, lehen arazorik gabe konpondu zitzaketenak. Arazoak izan ditzakete errezeta ezagun bat egiteko edo hileko fakturen jarraipena egiteko. Gainera, eguneroko gauzetan kontzentratzeko arazoak izaten dituzte edo denbora gehiago behar izaten dute (lehen erabiltzen zuten denborarekiko). Hori dela eta, arazo txikiak planifikatzea edo konpontzea "buruhauste" handia bihurtzen da. Zailtasun horien adibide gisa, honako hauek aurki ditzakegu: pertsonak etxeko ekonomiaren berri izateko, medikazioa hartzeko, janaria prestatzeko eta jolas baten arauak gogoratzeko duen ezintasuna.

Fase honetan garrantzitsua da pertsonari laguntzea errutina finko eta ordenatuak mantenduz eta eguneroko bizitzako oinarritzko objektuak agerian utziz. Garrantzitsua da gaixotasuna duen pertsona jarduera sinpleak modu autonomoan egitera animatzea, baita horretarako denbora gehiago behar badu ere. Independenten sentitzeak haren segurtasuna areagotuko du, eta gogogabetzea ekidin.

- ▶ Lanerako plana garatzeko zailtasuna.
- ▶ Sukaldeko errezeta baten urratsak jarraitzeko zailtasuna.
- ▶ Hileroko kontuak eta ordainagiriak kudeatzeko zailtasuna.
- ▶ Kontzentrazio-arazoak.
- ▶ Lanean aurrekontu bat administratzeko arazoak.
- ▶ Jolas ezagun baten arauak gogoratzeko zailtasuna.
- ▶ Denbora-pasa bat ulertzeko zailtasuna.



DESORIENTAZIOA DENBORAN ETA ESPAZIOAN

Gaixotasunak aurrera egiteak eragina du denboran eta espazioan orientatzeko orduan. Pazienteak datak eta urtaroak ahazten ditu, bai eta unean bertan non dagoen edo dagoen tokira nola iritsi den ere. Hasiera batean pentsatzen da jaramonik ez duela egiten edo ez diela gauzei erreparatzen, baina horiek narriaduraren lehen faseetan agertzen diren zailtasunak dira. Batzuetan pentsa dezakegu hileko eguna edo asteko eguna ez jakitea hutsegite soil bat izan daitekeela, baina arazoa agerian geratzen da ahanztura horiek areagotzen doazen heinean, esaterako, jaioteguna, seme-alaben adina, ezkontza-eguna, zenbat seme-alaba dituen eta abar gogoratzen ez direnean.

Egungo espazioan duen desorientazioaz gain, espazioen maneian ere desorientatzen hasten da eta, ondorioz, ingurune hurbileko bide eta ibilbideetan. Espazioan orientatzeko zailtasun horiek ohiko kale eta ibilbideetan hasten dira, distantziak hautemateko zailtasunekin eta "galdu" ere egiten dira auzoan edo beste leku ezagun batzuetan, autobusa hartzen dutenean (normalean hartzen duen linea batean), erosketetara joatean edo auzoan, eta horrek antsietate handia sortzen dio gaixotasuna duen pertsonari nahiz haren senide guztiei, eta gaitzespenak eta beldurrak izaten dira, pertsona are eta gehiago desgaituz. Eta, azkenean, horrelako gertakari baten aurrean, pertsonak bere ingurune hurbilean autonomia izateari uzten dio.



Orientazio-arazo horiek dira sozialki gehien ezgaitzen dutenak; izan ere, autonomia izatearen edo pertsona baten mende egotearen arteko aldea markatzen dute, legezko inplikazio subsidiarioarekin.

- ▶ Data garrantzitsuak eta egungo data ahazten dituzte.
- ▶ Non dauden eta nola heldu diren gogoratzeko zailtasuna dute.
- ▶ Eremu ezagunetan orientatzeko arazoak izaten dituzte.
- ▶ Distantziak kalkulatzeko eta hautemateko arazoak izaten dituzte.

IKUSIZKO IRUDIAK HAUTEMATEKO ETA ULERTZEKO ZAILTASUNA

Azterlan askok erakusten dute alzheimerrek ikusmen-pertzepzioa narriatzen duela eta gaixoei aurpegiak eta objektuak ezagutzeko gaitasuna murrizten diela, gaixotasunari lotutako oroimen-arazoak alde batera utzita. Aurpegiaren pertzepzioak funtsezko garrantzia du giza komunikazioan; horregatik, gizakia oso trebea da aurpegiak azkar detektatzen eta identifikatzen. Narriadura kognitiboa izanez gero, oker hautemango ditu objektuak (kolorea, kontrastea, etab.) eta aurpegi ezagunak (telebistakoak, prentsakoak, etab.) eta familiakoak.



- ▶ Arazoak aurpegi bat, objektuak, koloreak eta kontrasteak ezagutzeko.

ARAZOAK DITUZTE HITZEKIN, AHOZ ZEIN IDATZIZ

Alzheimer gaixotasunarekin, hizkuntza aldatu egiten da pixkanaka-pixkanaka, bai adierazpenean bai ulermenean. Alzheimerra duen pertsonak esaldi laburragoekin, sinpleagoekin, hiztegi pobregoenekin, jakineko hitz bat aurkitzeko arazoekin eta elkarriketa batean jarraitzeko eta parte hartzeko zailtasunekin hitz egiten du. Gainera, esaten zaiona ez ulertzen hasten da, erantzun automatikoekin (adibidez: Zer? Zer esan

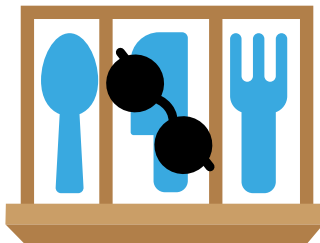
duzu?), eta irakurtzen duena edo idazten duena ez ulertzen. Horregatik, irakurtzeari eta idazteari "uzten" hasten da, gaixotasunak aurrera egin ahala idazketan sortzen diren zailtasunei gehituta. Halaber, telebistako saio bat, elkarrizketa bat edo liburu baten edo egunkariko artikulua baten irakurketa jarraitzeko arazoak izaten hasten da (gero eta gutxiago irakurtzen du, hainbat aldiz irakurri behar du eta ez da irakurritakoaz gogoratzen, edo berriro irakurtzen du aurretik egin izanaren kontzientziarik izan gabe). Gainera, hizkuntzaren zailtasun horien barruan, narriaduraren ezaugarri ohikoenetako bat agertzen da, zerbait definitzeko hitz egokia aurkitzeko zailtasunak, hain zuzen ere "anomia" deritzona. Adierazi nahi denaren ize-na esan beharrean, hura deskribatzeko joera azaltzen da ("eman armairuko giltza" esan beharrean, honela esaten du: "Eman..., zera, alkandorak gordeta ditudana irekitzekoa). Hitz batzuk beste batzuekin nahas ditzake senide bati zerbait eskatzerakoan.

- ▶ Elkarrizketa bat, telebista-programa bat, egunkaria eta abar ulertzeko arazoak.
- ▶ Hitz egiteko orduan hitz egokiak aurkitzeko arazoak.
- ▶ Gauzen okerreko izena erabiltzen du.



OBJEKTUAK LEKUZ KANPO JARRI ETA NON ZEUDEN GOGORATZEKO ARAZOAK

Gaixotasunak aurrera egin ahala, kaltetutako pertsonak objektuak dagokion lekutik kanpo jar ditzake eta jarri ohi ditu, eta ez du gogoratzen non dauden. Arazo hori gaixotasunaren lehen faseetan sortzen da, eta antsietatea eta ondoez handia eragiten dizkio gaixotasuna duen pertsonari eta, ondorioz, familiari; eztabaidak eragin ditzake eta baita gaixotasuna duen pertsonak lapurreta-salaketak egitea ere. Objektuei buruzko eztabaida horien arrazoia ez dago argi, baina faktore posible bat izan liteke



jabetza-sentimendua, norberaren gauzak izatearen premia, segurtasuna bilatzea. Egoera horretan garrantzitsua da pertsonarekin ez eztabaidatzea, arrazoia ematea objektua galdu egin dela adieraziz eta bilatzen laguntzea. Horretarako, garrantzitsua da gauzak non uzten dituen jakitea, "komodin" gisa erabil daitezkeen askotariko objektuak dituen kutxa bat prestatzea, kaleko edukiontzietara jaitsi aurretik paperontziak aztertzea eta "hain agerikoak ez diren" ezkutalekuak gainbegiratzea.

- ▶ Gauzak bere lekutik kanpo jarri eta galdu egiten dituzte.
- ▶ Besteie gauzak lapurtzea leporatu diezaiekete, edo ezkutatzea edo eramatea.

ZENTZUMENA MURRIZTEA

Narriadura kognitiboak funtzio betearazleak aldatzea eragiten die dementzia duten pertsonari, esaterako judizio-gaitasuna eta abstrakzioa galtzea. Funtzio betearazleak hainbat gaitasun hartzen ditu barne, hala nola pentsamendu abstraktuak planifikatzeko, hasteko, sekuentziatzeko, monitorizatzeko, inhibitzeko eta portaera konplexua erregulatzeko duen gaitasuna. Funtzio betearazleen aldaketa horrek eragina du borondatean, judizioan eta plangintzan, eta horrek eragin zuzena du pertsonaren gaitasunean eta autonomian.

Gero eta zailago egiten zaie erabakiak hartzea, eta aldaketak izaten dituzte zentzutasunean. Lekuz kanpoko jokabideak dituzte.

- ▶ Erabaki konplexuak nahiz sinpleak hartzeko arazoak dituzte.
- ▶ Hausnartu gabeko erabakiak hartzeko joera.
- ▶ Ez dituzte baloratzen beren ekintzen ondorioak.
- ▶ Gehienetan okerrekoa izan ohi den ideia bati eusteko joera dute.



EZ DUTE EKIMENIK EZ LANEAN ETA EZ GIZARTE-JARDUERETAN

Depresioa izan ohi da dementziaren lehen zeinua, apatiarekin lotura zuzena duena eta gaixotasunak aurrera egin ahala agertzen dena. Zenbat eta lehenago ezagutu, diagnostikatu eta tratatu lehen gogoko zituen jarduerak egiteko motibaziorik eza, hobeto aurre egin ahal izango zaio dementziari.



Pertsonak apatia izaten dutenean, motibazioa eta ekimena murriztu egiten dira. Energia eta kemia gutxiago dute eta isolatu egiten dira sozialki. Gero eta pasiboago bihurtzen dira lanean nahiz eguneroko bizimoduan. Jokabide

horiek pazienteak dementziarekin lotutako beste sintoma batzuk izan baino urte bat edo bi lehenago agertzen dira.

- ▶ Denbora-pasak egiteko edo gizarte- edo kirol-jardueretan parte hartzeko ekimena falta zaie.
- ▶ Lehen gozarazi egiten ziren jarduerak egiteko "gogoa" galtzen dute.

UMORE- ETA NORTASUN-ALDAKETAK IZATEN DITUZTE



Alzheimerraren beste sintoma bat ageriko arrazoirik gabeko bat-bateko umore-aldaketak dira. Umorea eta nortasuna aldatu egiten dira horretarako egoera ulergarrikerik egon gabe. Pertsona apatiko eta gogorik gabe senti daiteke, eta zenbait kasutan oldarkorra ere izan daiteke. Gainerakoentzat garrantzitsuak ez izan arren, haiek mehatxagarritzat jotzen dituzten edo haien gaitzespen- edo haserre-erantzuna eragiteko moduko egoerak gerta daitezke. Gainerakoentzat garrantzitsuak ez izan arren, haiek mehatxagarritzat jotzen dituzten edo haien gaitzespen- edo haserre-erantzuna eragiteko moduko egoerak gerta daitezke. Fase aurreratuagoetan, mehatxu-sentsazio horrek eraso-erantzuna eragin dezake defentsa-mekanismo gisa baina, askotan, inguruko pertsonok eragin ditzakegu horrelako erantzunak (jakin gabe). Gainera, kontuan izan behar dugu beldurra eta ulertezintasuna gaixotasun horren parte direla. Hori dela eta, demenzia duen pertsona batek ez du ulertzen zergatik ezin duen etxetik bakarrik irten edo zergatik ezin duen gidatu. Garrantzitsua da haien eskaerak entzutea eta beren ideiak adierazten uztea, eta beste batzuetan entretentzea.

- ▶ Nahastuta, etsita edo beldurti egon daitezke, edo antsietatea izan.
- ▶ Etxean, lanean eta lagunekin haserretzeko erraztasuna dute.
- ▶ Mehatxuren bat hautematen dutenean haserretzeko erraztasuna.
- ▶ Ideia bat inposatzeko edo “aurka egiteko” egoeretan haserretzeko erraztasuna.

3. NOLA EZAGUTU DEMENTZIA DUEN PERTSONA BAT

Alzheimerra edo beste dementzia bat duen pertsona bat ezagutzea gaixotasunaren hasieran zaila bada ere, gaixotasunaren zantzuak gero eta argiagoak dira.

- ▶ Hitzorduak, pertsonen izenak, telefono-zenbakiak eta ohiko hitzak ahazten hasten dira. Epe laburreko eta epe luzeko oroimenaren aldaketa.
- ▶ Arreta-arazoak eta desorientazioa hasten dira hiru esparruetan: denborazkoa, espaziala eta pertsonala.
- ▶ Eragiketa aritmetiko errazak ebazteko zailtasuna.
- ▶ Nortasunean eta aldarlean aldaketak ager daitezke, alaitasunetik tristurara igaroz ageriko arrazoirik gabe.
- ▶ Egoera aurreratuetan, mugitzeko edo ibiltzeko ahalmena narriatu egin daiteke.
- ▶ Egoera aurreratuagoetan, inork ez badu pertsona gainbegiratzen, ohi ez bezala jantzi daiteke, arropa askorekin (hainbat jertse jantzi) edo udako arrokekin (negua izanik).
- ▶ Beldurtuta, nahasita eta adi-adi ager daitezke, eta izua eta oldarkortasuna ere adieraz ditzakete egoera ezezagunetan eta/edo familiako erreferenterik gabe daudenean.
- ▶ Gaixotasunaren egoera aurreratuetan, ez dute gogoratzen nor diren eta non bizi diren, ez eta hurbilen dituzten senideen izenak ere.
- ▶ Komunikatzeko arazoak izan ditzakete. Mintzaira aldatu egiten da, moteldu egiten da, adierazteko gaitasuna gutxitu, eta afasiak sortzen dira (hizkuntza sortzeko eta/edo ulertzeko ezintasuna).
- ▶ Galderei modu ez oso zehatzean edo nahasian erantzuten diete, galdetzen diegunari erantzun okerra emateko aukerarekin.
- ▶ Begirada galduta izan dezakete leku ezezagun batean.



4. NOLA KOMUNIKATU DEMENTZIA DUEN PERTSONA BATEKIN

Komunikazioa ekintza bat da, eta ekintza horren bidez gizabanako batek (gizakia edo animalia) beste batekin edo batzuekin harreman bat ezartzen du, hainbat kanal erabiliz informazio jakin bat trukatea ahalbidetzen diona.

Gizakiak hiru mintzaira-mota erabiltzen ditu:

Ahozko mintzaira: adierazlea (hitza), esanahiarekin batera, hizkuntza baten arauen arabera osatutako soinuak igorritzen sortzen den hizkuntza-zeinua da.



Idatzizko mintzaira: adierazlea (hitza) letrak edo idazketa-kodeak dira (braille).

Gorputz- edo keinu-mintzaira: gorputz-mugimenduen, begiradaren, aurpegiaren adierazpenaren edo eskuen mugimenduen, jarreraren eta solaskideen arteko distantziaren bidezko komunikazioa. Bolumena eta tonua ere komunikazio-elementuak dira.

Komunikazioa erabiltzea funtsezkoa da. Keinuek, begiradak, laztanek... segurtasuna ematen dute eta mina arindu eta pertsonaren ongizateari laguntzen diote.

Egia da pertsona bakoitza desberdina dela, baina gaixotasunaren faseak zaildu egingo du gaixoaren ulertzeko eta adierazteko gaitasuna. Horregatik, garrantzitsua da hitzezko eta hitz gabeko mintzaira hobetzen saiatzea.

KOMUNIKAZIO-ARAZOAK GAIXOTASUNEAN ZEHAR

Komunikazio-arazoak gaixotasunaren lehen faseetan hasten dira (narriadura kognitibo arina eta moderatua). Pertsonak eboluzionatu egiten du urte batzuetan, mintzairaren erabileran ia aldaketarik ez izatetik mintzamena erabat galtzeraino, eta zailtasun nabarmena izaten du diskurtso arina eta koherentea egiteko aukera emango dioten hitz egokiak aurkitzeko, batzuetan etenak eginez, komodin hitzak erabiliz (zera, beste hori...) edo hitza aurkitzeko dituen zailtasunak islatzen dituzten zalantzekin edo totala hitz eginez. Hori guztia gehitu egiten zaio gaixotasunaren lehen faseetan pertsonarentzat aski ezagunak diren objektuen edo pertsonen izenak gogoratzeko zailtasunaren pertzepzio subjektiboaren adierazpenari, baina zailtasun kognitiboaren konzientziarik eza ere gerta daiteke, gaixotasuna garatu ahala agertzen dena.

Batzuetan, aipatzen dituen objektuen izena aldatzen du, hitz bat beste batekin nahasten du, eta horretaz jabetu ere egin daiteke. Horrek ondoeza eragin diezaioke, eta bere izaera baldintzatu, eta nahiago du isilik gotea akatsak egiteko beldurragatik.

Halaber, interes falta izan dezake garai batean arreta pizten zioten senideen edo inguruko adierazpenekiko; batzuetan badirudi ez duela entzuten edo ez zaiola interesatzen kontatzen ari gatzazkiona, bere bizitzako beste garai batean haren arreta bereganatuko zuten gaiei buruz ari bagara ere.

Oro har, kultura ertaineko pertsona batek bizitza arruntean 2.000 eta 3.000 hitz artean erabiltzen ditu, baina hitz horiek pixkanaka-pixkanaka gutxitzen joango dira gaixotasunaren eboluzioarekin, izan ere, denok dakigun bezala, gaixotasunak hasieratik eragiten dio bere oroimenari.

Alzheimer gaixotasunean, hizkuntzaren nahasmenduak oroimen semantikoaren narriaduraren ondorio dira. Oroimen semantikoa epe luzeko oroimenaren parte da, eta oroimen horrek munduari buruz dugun ezagutzaren irudikapen iraunkorra jasotzen du, eta adierazleak (hitzak edo keinuak) esanahiekin (objektuak edo ekintzak) erlazionatzeko aukera ematen digu.

Batzuetan narrazioaren haria gal dezake, edo hitz egiten ari dena ez ulertu (batez ere elkarrizketa solaskideen arteko paragrafo luzeekin egiten bada, edo erabilitako adierazpenek erretorika konplexua badute). Horregatik, gaixotasuna duen pertsonak esaldi labur eta sinpleekin adierazteko joera izan dezake.

Halaber, narriadurak aurrera egin ahala, zailtasun handiak dituzte film baten argumentuari edo solaskide batzuen arteko elkarrizketa baten ardatz nagusiari arretaz jarraitzeko, hizkuntzaren zailtasunengatik ez ezik, baita beste arreta- eta kontzentrazio-zailtasun batzuen eraginagatik ere. Oso luzeak diren liburu edo egunkarietako artikuluen edukia ulertzea ia ezinezkoa egingo zaie; horrek zerikusia du haien lan-oroimenaren narriadurarekin eta komunikazioan ohiko funtzionamendurako eskuragarri dagoen informazioaren biltegitzearekin, bai eta beste zailtasun batzuek beste funtzio kognitibo batzuetan duten eraginarekin ere.

Fase moderatuetan, ideiak nahasteko, argudioak behin eta berriz erabiltzeko eta gai beraiek behin eta berriz errepikatzeko joera dute. Baita hitzak behar bezala erabiltzeko zailtasunak ere, hitzak artikulatzeko zailtasunen bilakaeraren arabera ager daitezkeenak. Azkenik, narriaduraren azken fasean, hiztegia nabarmen murrizten da, ia hutsean geratzeraino.

Narriadura kognitiboaren beste ezaugarri bat, komunikazioarekin eta guztiok dugun "iragazki" kognitiboaren galerarekin lotuta dagoena (eta familiak kezkatzen eta aldatzen dituen), gaixotasunaren fase moderatu-larrietan gerta daitekeena da. Kasu horretan, gaixotasuna duen pertsonak bere nortasunari ez dagozkion iruzkin desegokiak egiten ditu edo bere bizitza osoan erabili ez dituen hitz gordinak edo biraoak erabiltzen ditu, eta burutik pasatzen zaion aurreneko kontua esaten du esaten duenak izan ditzakeen ondorioetan aldeztu aurretik pentsatu gabe.





Idatziko mintzairari dagokionez, gaixotasunean zehar ere eboluzionatu egiten du, baina, osagai eragile batekin ikasitako ezaugarria denez, hainbat alderdiren mende egongo da, esaterako, bere kultura-mailaren eta idazketaz egin duen erabileraren mende. Nolanahi ere, idazteko modua aldatzen ari dela ikusiko da, eta ortografia-akatsak, letrak errepikatuta, ez-egiteak eta hitz berean letrak lekuz aldatuta. Pertsona batzuek letra-tamaina txikiagoarekin idazteko joera dute, edo tamaina egokiarekin idazten hasi eta letraren tamaina txikitzen joan. Orri batean “zuzen” idazteko ere gero eta arazo gehiago dituzte. Idazketaren galera progresibo horrek zailtasun larriak eragingo ditu gaixotasunaren fase moderatu-larrietan.

Irakurtzeko trebetasunari dagokionez, hasierako faseetan babestuta dago; horregatik, trebetasun hori eguneroko zereginetan edo estimulazio kognitiboan lan egitea errazten duen tresna gisa erabil dezakegu, baina pixkanaka galtzen joango da, narriaduraren fase moderatu-larrietan zailtasun larriak izatera iritsi arte. Gauza desberdina da irakurtzeko gaitasuna izaten jarraitzea eta irakurri duena ulertzeko gai izatea. Irakurmena, lehen adierazi den bezala, prozesu kognitiboa izango da, eta eragina izango du fase arin-moderatuetatik hasita, testuaren konplexutasunaren arabera.

Termino teknikoetan, pazienteek hizkuntzaren alterazioak edo afasiak izango dituztela esango dugu. Definizioa honako hau litzateke: ahozko mintzairaren nahasmendua. Zeinuak egon daitezke bai soinu-elementuen igorpenean (adierazpena) bai ulermenean, endekapen-gaixotasunak eragindako lesio neurologikoen ondorioz.

Honako hauek dira dementzia arin-moderatuetan dementziak dituen aldaketa batzuk:

- **Parafasiak:** subjektua hitz egiten ari denean, geldialdiak egiten ditu hitzak bilatzeko. Fonemak ordeztzen ditu (fonemikoak) edo beste hitz batzuk erabiltzen ditu (semantikoak) esan nahi duena adierazteko. Adibidez: Har ezazu... kadea. (Kafearen orde = fonemikoa). Erabili ezazu... katea. (Kafearen orde = semantikoa).
- **Anomia:** subjektuarentzat eskuragarri dagoen hiztegia murrizteak ez dio uzten komunikatzaileak diskurtsoa behar bezala egiteko behar dituen izenak, aditzak eta abar aurkitzen. Adibidez: “Mesedez, piztu ezazu... zera (argiaren orde).”
- **Ingurabideak:** mintzairaren aldaketa dela eta, diagnostikatutako pertsonak, zer behar duen esan ahal izateko, mota horretako eraikuntzak erabiltzen ditu, maiztasuna handituz. Adibidez: pazienteak erlojua emateko eskatu nahi digu honako hau esanaz: “Hurbildu hori, hemen jartzen dudana -bere eskumuturra seinalatuz-, bai, ordua begiratzeko balio duena”.
- **Orotarako hitza:** edozein eduki komunikatzeko erabiltzen ditugun hitz orokorrak: “hau”, “hori”, “gauza”, etab. Adibidez: “Eman iezadazu hori”, “eman iezadazu jaka” esan beharrean. Objektu hori izendatzen duen hitza aurkitzen ez duenean gertatzen da hori.

Horren guztiaren ondorioz, komunikazioan jariora eta aberastasuna galtzen dira eta bere mintzairan zailtasun anomikoak eta parafasiak ugaritzen dira, baita zirkunlokiak

eta orotariko hitzak ere. Komunikazioan eta diskurtsoan islatzen dira pentsamendu-pobrezia eta eremu kognitiboetan gertatzen ari diren galeren ondoriozko sormen-gaitasunen murrizketa, arreta, kontzentrazioa, judizio-gaitasuna eta, bereziki, lehen aipatu dugun bezala, oroimena. Horrek guztiak azaltzen digu gertakarien narrazioak edo deskribapenak duten pobrezia eta sinpletasuna, bai eta abstrakziorako eta ideien sintesirako zailtasuna ere, hau da, elkarrizketa baten ondoren ondorioak ateratzeko zailtasuna.

Kontuan izan behar dugu, azken faseetan diagnostikatutako pertsonak galdu egiten duela elkarrizketak hasteko ekimena, eta elkarrizketa eskatzen diogunean erantzun laburretara mugatzen duela eta/edo mututasunean erortzen dela.

Diagnostikatutako pertsonak, batzuetan, bat-bateko alternatibak eman ditzake diskurtsoa galduta egotearen sentsazio gogaikarritik ateratzeko, testuingurutik kanpoko gaietara edo ohiko lekuetara joz, abian den komunikazio-prozesua etenez eta/edo baldarke-ria- eta haserre-sentimenduak adieraziz.

Hitzik gabeko komunikazioari dagokionez, hau da, tonuak, keinuak, pertsonen arteko distantziak edo ahots-bolumena -horien garrantzia nabarmendu behar dugu, ahozko komunikazioa erraztu eta osatuko baitigu-, dementzia arinetan babestuta dago, eta moderatuetan pixkanaka-pixkanaka narriatzen da, batez ere ohikoak ez diren keinuen edo testuingurutik kanpoko keinuen ulermenari dagokionez, oker interpreta daitezkeelako, eta jarrera-aldaketako une posiblei dagokienez. Horregatik, oso garrantzitsua da xehe-tasunak zaintzea. Zer esaten dugun ez ezik, baita nola esaten dugun ere, eta diagnosti-katutako pertsonak guk emandako mezua oker ez duela interpretatu zaintzea.

Adineko pertsonak, ikusmenaren (presbisia) edo entzumenaren (presbiakusia) zentzumen-galera handiak dituztenek, beren mugak areagotu ditzakete hitzezko eta hitzik gabeko komunikazioari dagokionez; horregatik, ahal den neurrian (betaurrekoak eta audifonoak erabiliz), zentzumen-galera horiek berrikusi eta zuzendu beharko ditugu, demenziak berez eragiten dituen arazoetan duten eragina minimizatzen.

KOMUNIKAZIOA HOBETZEKO GOMENDIOAK



- ▶ Saihestu zaratak eta arreta-galtzeak.
- ▶ Lasai egon eta pazientzia izan, pentsatzeko eta hitz egiteko denbora utziz.
- ▶ Jarri diagnostikatutako pertsonaren aurrean, elkar ikusteko moduan.
- ▶ Ez hitz egin diagnostikatutako pertsonari buruz beste pertsona batzuekin hura aurrean ez balego bezala.
- ▶ Animatu hitz egitera, baina nahi ez duenean behartu gabe.
- ▶ Galderek edo azalpenek zentzurik ez dutenean, aldatu elkarrizketaren gaia.



HITZEZKO KOMUNIKAZIOA HOBETZEKO GOMENDIOAK

- ▶ Argi eta motel hitz egin.
- ▶ Azaldu mezuak modu zuzen eta zehatzean, zalantzarik sortu gabe.
- ▶ Esaldi laburrak eta hiztegi erraza erabili.
- ▶ Hitz gakoak nabarmendu.
- ▶ Gozo hitz egin.
- ▶ Ondo ulertu ez badu, berriz egin galdera, mintzaira bakun eta argiarekin.
- ▶ Ez eztabaidatu, ez oihukatu, ez kritikatu, ez tratatu umea balitz bezala.
- ▶ Erabili umorea pertsonarekin konektatzeko tresna gisa, baina ez erabili zentzu bikoitzeko hitzak, nahasmena eragin dezakete eta.



EZ-HITZEZKO KOMUNIKAZIOA HOBETZEKO GOMENDIOAK

- ▶ Irribarre egin eta lasai egon.
- ▶ Keinu gutxi egin.
- ▶ Maitasuna azaldu, diagnostikatutako pertsona seguru eta eroso senti dadin.
- ▶ Saiatu kezka, tristura, haserrea edo segurtasunik eza ez adierazten.
- ▶ Ahal bada, bisualki erakutsi zer transmititu nahi diogun.



KOMUNIKAZIOARI ETA EGUNGO EGOERARI AURRE EGITEKO GOMENDIO OROKORRAK

Dementziak jotako pertsonarekiko komunikazioari modurik onenean aurre egiteko:

Lehenik eta behin, kontuan izan mintzairaren ezaugarriak eta Alzheimer gaixotasunaren bilakaera ezagutzea funtsezkoa dela atribuzio berria sortzeko eta familiaren egoera berria onartzeko. Oso garrantzitsua da gure familian hasten ari diren prozesuei buruzko informazio eguneratua biltzea. Informazioak egoera berrietara egokitzea erraztuko du.

Bigarrenik, kontuan izan zure emozioek komunikazio-prozesuan eragina izango dutela. Horregatik, haien gaineko zaintza eta kontrola areagotzen saiatu beharko duzu. Horretarako, hasteko, norberaren sentimenduak ezagutu, baliozkotu eta ulertu behar dira, eta kontrol handiagoa izan behar da gaixoaren aurrean emozio horiek hitzez eta hitzik gabe adieraztean, baina hitzez adierazi behar dira eta beste komunikazio-testuinguru egokiago batzuetan konpentsatu.



Sentimendu horiek uler ditzaketzen beste pertsona batzuegana jotzea iradokitzen dizugu, pazienteak sentimendu horiek bere gain hartzea eta ulertzea nahi izan beharrean, iraganean egiten zuen bezala. Hori errazagoa da antzeko egoeretatik pasa diren ezagunei edo, are hobeto, une honetan beraiena bezalako egoera bat pairatzen dutenei zuzentzen bazaie. Espainiako Alzheimerdunen Senideen Elkarte gehienek autolaguntzako taldeak dituzte, eta talde horietan sentimendu horientzako erantzuna aurkitu ahal izango dute, eta sentimendu horiek ezagutzen, ulertzen, onartzen, beste batzuekin partekatzen, konpentsatzen, aurre egiten eta ahal den neurrian kontrolatzen ikasi.

Testuinguru horretan, seguruenik, aldaketa eta aberastea bideratuko dira, bai barnekoa -aurre egiteko estrategiak eta komunikatzeko trebetasunak ikasiko dituelako-, bai kanpokoa, harreman sozialen sarea handitu ahal izango duelako. Horrek, askotan, pazientearekin bizikidetzara hobe izatea eragingo du, kide berri horien artean aurkituko duelako jada bere senitartekoarekin ez duen komunikazio-espazioa eta, horri esker, asko konpentsatuko da biek jasaten duten galera nabarmena.

Onarpeneko eta aurre-egiteko prozesuari ekiteko, lehenik eta behin, arazoan inplikaturik dauden zailtasunen bilakaerari erreparatu behar zaio (diagnostikatutako pertsona, zaintzaile familiarra(k), lagunak, bizilagunak, langile klinikoak eta sanitarioak), oraindik ere mantentzen duenaren kontzientzia galdu gabe.

Lehen aipatutako ezaugarriak ezagutzeak eta senidearengan gaixotasunaren sintoma gisa identifikatzeak -eta ez adinaren edo ezaugarrien berezko ezaugarri gisa-, lagundu egingo dio onarpen-prozesuan.

Errealitatera egokitzea, oraindik ere bere maitearekin oso une eta emozio atseginez gozatuko duela ahaztu gabe, batez ere biek galdu dutenari erreparatu beharrean, oraindik mantentzen dutenari erreparatzen badio.



Finkatu zure egoera optimizatzeko konpromiso irmoa, pazientea estimulatuz eta zu zeu komunikazio-prozesua errazteko elementu bihurtuz.

Horri buruz hausnartzen badugu, gure komunikazio-estiloak gure solaskide, inguruabar edo erabiltzen ditugun baliabideen erara egokitzeko gaitasuna denok dugula ikusiko dugu. Adibidez, hiru urteko haur bati ez diogu nerabe bati bezala hitz egiten eta nerabe bati ez diogu entzuteko arazoak dituen adineko bati bezala hitz egiten; ez ditugu tonu berak erabiltzen, ezta hiztegi bera ere. Zer esanik ez, gure hizkuntzako hitz gutxi batzuk dakizkien atzerritar bati hitz egiten diogunean edo mugikorra edo Internet erabiltzen dugunean gure adierazpenek izaten dituzten aldaketak.

Beraz, badakigu eta agerian utzi behar dugu gure senideak fase bakoitzean jasango duen hizkuntzaren pobretzera eta moteltzera egokitzen joan gaitezkeela, erronka horretarako armarik eta babesik gabe gaudenaren itxura eman gabe. Ez diezaiogun uko egin errealitateari, har dezagun kontuan eta planteatu diezaiogun geure buruari ahal den heinean hobetzeko erronka.

- ▶ Narriadura-prozesuan zehar, ikuspegi argia, errealista, posibilista, konpentsatzailea eta orainaldian kokatua izan. Ez egin konparaziorik aurreko egoerekin, eta ez gehiegi proiektatu etorkizunerantz. Horrek gaixoarekin komunikazio onargarria izateko aukera eman diezazuke, bai edukien arloan, bai emozioenean.
- ▶ Ez gehiegi eskatu diagnostikatutako pertsonari. Ez eskatu gaur egun dituen aukeren gainetik, horrek kanpoko presioaren ondoriozko larritasuna kenduko baitio. Horrek narriaduraren pertzepzio subjektiboa arinduko dio eta, ondorioz, autoestimua galtzearen aurka babestuko du.
- ▶ Kontuan izan gaixoaren emozioek bere mezuen edukia desitxuratu dezaketela eta isilaldi luze edo adierazpen zakar eta testuingurutik kanpokoetara eraman dezaketela.
- ▶ Bereizi diagnostikatutako pertsona zerbait esaten saiatzen denean, baina bere kezkek, segurtasunik ezak, haserreak... eragozten diotenean, edo gaixoak eduki emozionala duen mezu bat adierazi nahi baina zaintzaileak ez dionean uzten, agian mindu egiten duelako eta onartzea zaila egiten zaiolako.

GOMENDIOAK PERTSONAREN DIAGNOSTIKOAREN AURREAN ETA NOLA AURRE EGIN FAMILIA-ESPARRUAN

Gaur egun, gaixo gehienek ez dute euren diagnostikoa ezagutzen, baina, batzuetan, batez ere diagnostiko goiztiarra egin bada, haien narriaduraren norainokoaren kontzientzia izan dezakete eta, are gehiago, etorkizuneko ikuspegia izan dezakete, asko kezkatzen dituen eta deprimitu egin ditzakeena.

Familiak, kasu askotan, gaixorik dagoen senitartekoari medikuak ematen dien ezagutza eta informazioa ezkutatzea eta ukatzea erabakitzen dute, sentimendu etsigarrietatik babesteko asmoz; izan ere, batzuetan, beldur dira informazioak pertsonaren sufrimendua areagotuko ote duen eta prozesu inbolutiboa garatzeko kaltegarria izango ote den. Gure kulturak alderdi babesle hori sustatzen du diagnostikoaren komunikazioari dagokionez eta, horrela, murriztu egiten da subjektuak berak bere bizitza planifikatzeko moduari buruz erabakiak hartzeko duen eskubidea.

Ez dago tradiziozko errealitate mediko-juridikoa kontzienteki onartzeko, ez dementzietan (horiek goiz diagnostikatzen direnean), ez pro-nostiko larriak dituzten beste gaixotasun batzuetan.



Errealitate hori aldatzen ari da, eta gure inguruko beste herrialde batzuetan eboluzionatu egin duela ikus dezakegu, hain zuzen ere, gaixoaren ustez bere buruari zer gertatuko zaion jakiteko eskubidea errespetatzen duten planteamenduetarantz.

Horri gehitu behar diogu gaur arte gutxiengoa zirela dementzia izan aurretik gaixotasunari eta haren bilakaerari buruzko informazioa zuten pertsonak. Hori dela eta, profesionalek zein senideek garrantzia ken geniezaiokeen gaixoak agerian uzten zuenari, adinari edo antsietate edo depresio-egoerei egotziz, gaixoa nahiko gaztea zenean. Denok esan ditugu hauen gisako esaldiak: “Gertatzen zaizuna normala da, urteak dira”, “Baina ni zu baino okerrago nago eta, dena ahazten zait, nerbioak dira, ikusiko duzu medikuak agindu dizunarekin zenbat hobetuko den”.

Ez dugu uste horrek guztiak etorkizunean dementzia-sindromeen bilakaera, guk bezala, sakonki ezagutuko duten pertsonen sufrimendua eta kezka arintzeko balioko duenik; horregatik, gure senide gaixoak egiten dizkigun oinaze emozionalaren adierazpenak onartzea eta toleratzea planteatu beharko dugu, ebidentzia ukatu gabe adierazteko aukera emanaz, eta patxadaz eta modu enpatiko eta lasaigarri batean entzunez.

5. ZERGATIK DIRA DEMENTZIA DUTEN PERTSONAK ZAURGARRIAGOAK BESTEAK BAINO TRATU TXARRAK JASOTZEARI DAGOKIONEZ

Dementia duten pertsonak talde ahula dira, eta abusuak eta tratu txar fisikoak nahiz psikologikoak jasateko arrisku handiagoa dute. Gaixotasunaren aurrerapenak demenzia duen pertsonaren muga fisiko eta psikologikoak handitzea, senideekiko eta zaintzaile profesionalekiko mendekotasun-maila handitzea eta babesgabetasun handiagoa eragiten ditu. Hori dela eta, abusuak jasoz gero, hirugarrenen balio, heziketa eta onberatasunaren mende geratzen da.

Askotan, zaila izaten da tratu txarrak detektatzea, arrazoi hauengatik: pertsona horiek jasaten duten isolamendu soziala, jasotzen dutela esaten ez dutelako edo esateko gai ez direlako, profesionalen kontzientziazio urria eta kolektibo horrek jasan ohi duen diskriminazioa.

Horregatik, beharrezkoa da osasuneko eta gizarte-zerbitzuetako profesionalak eta, oro har, gizarteak demenzia duten pertsona askok jasaten dituzten tratu txarrez arduratu eta jabetzea, eta neurriak hartu haien aurrean.



**TRATU
TXARREN
AURREAN
ESKU HARTU**



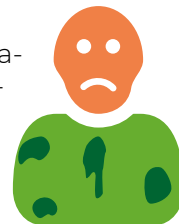
112

6. ZER DIREN TRATU TXARRAK ETA NOLA EGIN DAITEZKEEN

TRATU TXAR MOTAK

Tratu txarren kontzeptuari buruzko definizio ugari daude; horietako bat da pertsona bat krudeltasunez, gogortasunez eta begirunerik gabe tratatzea. Beste bat, kalte fisikoa edo morala eragiten duen jokabide bortitza. Argi dago, ordea, tratu txar mota desberdinak daudela (arduragabekeria, fisikoa, psikologikoa, oinarrizko eskubideen urraketa, sexuala, finantzarioa eta abandonua).

- ▶ Arduragabekeriaren ondoriozko tratu txarrak zaintzaren ardura-dun baten hutsegitea dira, dementzia duen pertsonak behar dituen beharrei egoki erantzun ez dielako. Ohikoena da, eta nahita egin daiteke ala ez. Hona hemen arduragabekeria-kasu ohikoena: garbiketa pertsonala edo inguruarena, elikadura, botikak ematea eta kontrolatzea.
- ▶ Tratu txar fisikoak min fisikoa edo gaixotasuna eragin dezakeen edozein ekin-tza dira, istripuz gertatu ez bada.
- ▶ Hauek dira tratu txar psikologikoen zantzuak: arbuio aktiboa, isolamendua, irainak, mehatxuak edo behin eta berriz egindako kritikak.
- ▶ Oinarrizko eskubideen urraketa: askatasuna, segurtasuna, duintasuna, ohorea, intimitatea...
- ▶ Tratu txar sexualak: genitalak ukitzea, hitzezko eraso, bortxaketa.
- ▶ Tratu txar finantzarioak: iruzurra, ebasketa, lapurreta, diruaren edo ondasunen erabilera desegokia edo iruzurrezkoa.
- ▶ Kontrol eta administrazio-protokolorik gabeko euste fisiko eta farmakologikoak.
- ▶ Nahigabeko ospitaleratzeak kontrol judizialik gabe.





ERASOTSAILE MOTAK

Familian, arreta ematen dion erakundeetan eta komunitatearen barruan gerta daitezke dementsia duen pertsonarekiko tratu txarrak.

Senide zaintzaileak, beste senide batzuk, zaintzaile profesionalak edo etxeko laguntzaileak, artatzen duten zerbitzu edo zentroetako profesionalak izan daitezke dementsia duen pertsonaren erasotzaileak.

Alde horretatik, tratu txarrak etxean bertan, bizi diren erakundeetan (egoitzak edo tutoretzapeko etxebizitzak) edo artatzen duten zerbitzuetan (eguneko zentroak, eguneko arreta-zentroak, etxeko laguntza, laguntza pertsonala, etab.) gerta daitezke.

7. TRATU TXARREN ADIERAZLEAK

Kasu askotan, azheimerra edo beste dementsia bat duten pertsonak ezin dituzte identifikatu eta/edo salatu beren pertsona edo ondarearen aurkako jokabideak, zailtasun kognitiboek galarazten dietelako, ez direlako salatzen ausartzen edo ez dutelako identifikatzen salatu beharreko jokabide kaltegarriak direnik...

Horregatik, oso garrantzitsua da edozein tratu txar gertatzen ari dela edo behar bezalako arreta ematen ari ez zaiola ohartaraz dezakeen edozein adierazleri adi egotea. Hona hemen ohiko adierazleak kasu bakoitzean:

Tratu txar fisikoen adierazleak

- ▶ Eraso fisikoa jaso izanaren kexa.
- ▶ Lesioak, ebakiak, zauriak, ubeldurak, urradurak, hematomak, alopeziak, erreduak.
- ▶ Erorketak eta azaldu gabeko lesioak.
- ▶ Haustura anitzak.
- ▶ Zauriak atal ezkutuetan, eboluzio-maila desberdinekoak.
- ▶ Desnutrizioa, deshidratazioa, pisua galtzea.
- ▶ Errezeten abusua/galera. Akatsak medikazioan.
- ▶ Higiene-eza, pertsonala zein inguruarena.
- ▶ Medikua eta artatze-zentroa ohiz aldatzea.



Tratu txar psikologikoen adierazleak

- ▶ Aldaketak elikadura-ohituretan.
- ▶ Lo egiteko arazoak.
- ▶ Beldurra, nahasmena, etsipena.
- ▶ Pasibotasuna, uzkurtzea, isolamendua.
- ▶ Autoestimu baxua, depresioa.
- ▶ Indefentsioa, itxaropen-eza, antsietatea.
- ▶ Nahasmen mentalarekin bat ez datozen kontraesanak edo kontakizun ezi-nezkoak.
- ▶ Zalantzak eta lasai hitz egiteari uko egitea.
- ▶ Zaintzaileekiko harremanak eta ahozko komunikazioa saihestea.
- ▶ Zaintzaileekiko haserrea edo beldurra.
- ▶ Izaera-aldaketak, asaldura tratu txarrak egiten dizkionaren aurrean.
- ▶ Dementzia duen pertsona alde batera uzten dute besteek.



Tratu txar sexualen adierazleak

- ▶ Eraso sexuala jaso izanaren kexa.
- ▶ Pertsonaren ohiko harremanekin eta aurreko nortasunarekin bat ez datorren sexu-jokabidea.
- ▶ Jokabidean azaldu gabeko aldaketak (erasoa, uzkurtzea, automutilazioa...)
- ▶ Sabeleko minak edo baginako nahiz uzki odoljarriak, azaldu gabeak, izanaren maizko kexak.
- ▶ Infekzio genital errepikariak edo hematoma bularren inguruan edo eremu genital edo paragenitalean.
- ▶ Barruko arropa urratuak, zikinak edo odoleztatuak.
- ▶ Mina, urratuak edo lesioak uzki, genitalean edo sabelean.
- ▶ Ibiltzeko edo esertzeko zailtasuna, genitaleko lesioengatik.
- ▶ Sexu-transmisiozko gaixotasunak edo zistitisa.
- ▶ Arazo ulergaitzak kateterrekin.





Tratu txar ekonomikoaren adierazleak

- ▶ Bere gauzak baimenik gabe manipulatzeko espresuki esatea.
- ▶ Dirua galtzea, mugimendu susmagarriak kontuetan, justifikatu gabeko diru-ateratze irregular edo ezohikoak.
- ▶ Testamentua aldatzea, erabakiak hartzeko gaitasuna zalantzan jartzen denean.
- ▶ "Idazten ez dakiten edo ezin duten pertsonen" sinadura "faltsutuak".
- ▶ Baloreak, gordailuak, dokumentuak edo baliozko piezak desagertzea.
- ▶ Adinekoarentzako arreta haren diru-sarrerekin edo baliabideekin bat ez etortzea.
- ▶ Konfort- eta erosotasun-eza, nahiz eta horretarako baliabideak izan.
- ▶ Osasun fisiko eta/edo mentaleko arazoak tratatu gabe (protesiak, aulkiak...)

Arduragabekiaren/Abandonuaren adierazleak

- ▶ Abandonatuta sentitzearen kexa.
- ▶ Zikin egotea, gorozki- edo gernu-usaina izatea.
- ▶ Erupzioak azalean tratatu gabe.
- ▶ Pedikulosia.
- ▶ Presio bidezko ultzerak.
- ▶ Malnutrizioa edo deshidratazioa.
- ▶ Gaixotasunak tratatu gabe.
- ▶ Terapeutika gaizki betetzea.
- ▶ Osasunaren etengabeko narriadura, ageriko arrazoirik gabe.
- ▶ Gehiegizko medikazioa edo medikazio eskasa.
- ▶ Segurtasun-eza/Oztopo arkitektonikoak.
- ▶ Jantzeko modu desegokia.
- ▶ Pertsona bakarrik uztea ospitale edo osasun-zentro batean.
- ▶ Ezinduta dagoen adineko pertsona bat bere etxean bakarrik denbora luzean uztea.



8. ZER DELITU- EDO FALTA-MOTA EGIN DAITEZKE ALZHEIMERRA EDO BESTE DEMENTZIA BAT DUEN PERTSONA BATEN EDO HAREN ONDASUNEN AURKA?

Hauek izan daitezke delitu edo falta ohikoenak:

- ▶ Bizitzaren aurkako delituak: homizidioa, hilketa.
- ▶ Osotasun fisikoaren aurkako delituak: edozein motatako lesioak. Kasu horretan, kode penalak larriagozat jotzen ditu jokabideak eta haien aurkako zigorrak, biktima egilearekin bizi den pertsona bereziki zaurgarria denean.
- ▶ Askatasunaren aurkako delituak: legez kanpoko atxiloteta, bahiketa.
- ▶ Mehatxuak edo derrigortzeak.
- ▶ Osotasun moralaren aurkako torturak eta bestelako delituak.
- ▶ Askatasun eta ukigabetasun sexualen aurkako delituak: erasoak, abusuak, jazarpena...
- ▶ Intimitatearen eta norberaren irudirako eskubidearen aurkako delituak.
- ▶ Ohorearen aurkako delituak.
- ▶ Babes berezia behar duten senideak edo desgaituak abandonatzea, tutoretzari dagozkion legezko laguntza-betebeharrak ez betetzeagatik, edo beharra duten senideei legez ezarritako laguntza ez ematea.
- ▶ Ondarearen aurkako delituak:
 - ▶ Ebasketa, lapurreta. Ebasketaren kasuan, biktima edo haren familia egoera ekonomiko larrian jarri izana astungarri gisa jotzen da, edo haien inguruabar pertsonalez edo babesik gabeko egoeraz abusatuta izana.
 - ▶ Ondarearen administrazio desleiala: "beste baten ondare bat administratzeko ahalmenak izanik, legetik eratorriak, agintaritzak aginduta edo negozio juridiko baten bidez hartuta, ahalmen horiek urratzen dituzten, horiek gauzatzean behar baino harago joan direlako, eta, hala, administratutako ondareari kalte egiten dioten horiek".



- ▶ Iruzurra, irabaziak lortzeko asmoz, engainuaz baliatzen denean beste bati okerra eragiteko, eta eskuratzeko-egintza bat egitera bultzatzen duenean, norberaren edo beste baten kalterako. Honako jokabide hauek ere sar-tzen dira, besteak beste:
- ▶ Manipulazio informatikoa edo antzekoa, baimenik gabeko ondare-trans-ferentzia lortzeko.
- ▶ Iruzurrak egiteko programa informatikoak diseinatu, eduki edo erraztea.
- ▶ Kreditu- edo zordunketa-txartelak, txekak erabiltzea, pertsona baten ondarearen kaltetan.

9. NOLA JOKATU TRATU TXARRAK EDO DELITUAK EGITEN DIRENEAN DEMENTZIA DUEN PERTSONA BATEN AURKA

Alde batetik, funtsezkoa da erakunde publikoek edo dementziak dituzten pertsonentzat edozein zerbitzu ematen duten entitateek (esparru guztietan: osasuna, gizarte-zerbitzuak, etab.) prozedurak, protokoloak eta koordinazio-mekanismoak izatea, egoera horietako edozein lehenbailehen detektatu eta salatzeko.

Halaber, funtsezkoa da biktimentzako arreta-zerbitzuak eta polizia-etxeak egokitzea, dementziak dituzten pertsonen eta/edo haien familien salaketa-prozesua errazteko.

Azkenik, herritarren inplikazioa eta konpromisoa funtsezkoa da, honela:

1. Zantzuen adierazleei adin egonez, edozein tratu txar (tratu txar fisikoak, tratu txar psikologikoak, tratu txar sexualak, tratu txar ekonomikoak, arduragabeke-ria/abandonua) edo behar ez bezalako arreta detektatzeko.
2. Tratu txarren edozein egoera salatuz, ezagutzen badira edo haien gaineko sus-morik badago.

Alde horretatik, gogoratu behar da:

- ▶ Delitu bat egiten ikusten duen orok du salatzeko beharra (polizia, epaitegi edo fiskaltzaren aurrean).
- ▶ Berezi, beren kargu, lanbide edo ofizioengatik delitu publikoren baten berri duten pertsonak berehala salatu beharko dute, delitu gorria bada.



- ▶ Laidotuaren eskariz jazarri beharreko delituetan, Fiskaltzak ere salaketa egin ahal izango du babes berezia behar duen edo babesgabea den pertsona bat bada, hala nola alzheimerra edo beste dementzia bat duten pertsonak.
- ▶ Edozein pertsonak salatzen ahal ditu susmatzen dituen delituzko egintza guztiak poliziaren, epaitegiaren edo fiskaltzaren aurrean.

10. NORA JO DEMENTZIA BAT DUEN PERTSONA BATEN AURKAKO EDOZEIN TRATU TXAR EDO DELITU SALATZEKO

- ▶ Tratu txarren kasuren bat ezagutzen baduzu, jar zaitez harremanetan 112arekin. Haiek beren eskumeneko segurtasun-kidegoei eta -indarrei helaraziko dizkiete susmoak, kasua iker dezaten.
- ▶ Adineko pertsonetikiko tratu txarrak salatzeke beste aukera batzuk ere badaude, hala nola Espainiako Polizia Nazionala, Guardiako Epaitegia edo Ministerio Fiskala, Adinekoekiko Tratu Txarrak Ikertzeko Elkarte (EIMA) 943-724 311 telefonoan, Adinekoekiko Tratu Txarren aurkako Elkarte (ALMAMA) 639- 667 491 telefonoan, Adineko Aktiboen Estatuko Konfederazioa (CONFEMAC) 900-656 566 telefonoan. Gizarte-zerbitzuak, osasun-sistema, alzheimerra eta bestelako dementziak dituzten pertsonen senideen elkarteak.

Autonomia-erkidegoetako telefonoak:

ANDALUZIA: Adinekoei arreta emateko telefonoa: **900 858 381**

ARAGOI: Adinekoarentzako telefonoa, **900 252 626**

GAZTELA ETA LEON: **112**

KANARIAK: Adinekoei arreta emateko telefonoa: **900 707 020**

GALIZIA: **112**

KATALUNIA: **012**

MADRILGO ERKIDEGOA: **900 101 011**

EXTREMADURA: **112**

KANTABRIA: **112**

CEUTA: **112**

MELILLA: **112**

ERRIOXA: **016**

NAFARROA: **112**

ASTURIAS: **112**

EUSKADI: **900 840 111**

BALEARRAK: **112**

GAZTELA-MANTXA: **112**

MURTZIA: **112**

VALENTZIAKO ERKIDEGOA: **112**



11. ZER BABES-NEURRI AKTIBA DAITEZKE URGENTZIAZ TRATU TXARRENGATIKO DENUNTZIA JARRI ONDOREN

Agintari judzialak urgentziako babes-neurriak ezarri ahal izango ditu, alzheimerra edo beste dementzia bat duten pertsonen aurkako tratu txarrak edo delituak gerta ez daitezen (erantzukizun zibil edo penalak eragozteko prozedura judizialez gain). Hauek izan daitezker:

- ▶ Salatuari toki jakin batzuetan bizitzeko edo toki horietara joateko eskubidea kentzea.
- ▶ Biktimarengana edo zehazten diren senideengana hurbiltzeko debekua.
- ▶ Biktimarekin edo zehazten diren senideekin komunikatzeko debekua.



BIBLIOGRAFIA

Arroyo, et al., 2008. *Atender a una persona con Alzheimer.*

Domingo, et al., 2004. *La comunicación con el enfermo de Alzheimer.*

Alzheimer gaixotasuna eta beste dementzia batzuk dituzten pertsonen arreta integralari buruzko PKGren lantaldea, et al., 2011. *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.*

Fillat, 2019. *Estudio jurídico del marco normativo integral para la garantía de derechos de las personas afectadas por Alzheimer y otras demencias.*

Strauss, 2005. *Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer.*

Martín, 2019. *El Alzheimer: El doctor responde.*

Ceballos, et al., 2007. *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida.*

Vila, 2011. *Guía práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer.*





Informazio gehiago:
www.ceafa.es/entornos-amigables

INGURUNE LAGUNKOI
ETA SOLIDARIOAK
DEMENTZIEKIN



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER