

USO DE MENTIRAS EN EL TRATAMIENTO DE  
SÍNTOMAS DELIRANTES EN PERSONAS ADULTAS  
MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA QUE  
VIVEN EN RESIDENCIAS

Autora: María Daniela Martínez Cevallos

Tutor: Feliciano Villar Posada

Septiembre de 2022

Trabajo Final de Máster

Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología

Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona

## Resumen

La presencia de delirios es un síntoma frecuente en casos de demencia, y su abordaje no farmacológico es particularmente desafiante para los profesionales, especialmente debido a sus implicaciones éticas.

Esta investigación tiene como objetivo explorar las prácticas habituales y la percepción de buenas prácticas para el manejo de situaciones que involucran delirios en personas con demencia en centros residenciales. Participaron en el estudio 42 personas, 32 mujeres y 10 hombres, 21 en puestos técnicos y 21 auxiliares de enfermería. Se empleó una entrevista semi-estructurada, de la cual se analizaron las respuestas a dos preguntas planteadas frente a la siguiente situación: Una persona con demencia de la residencia insiste en que tiene que irse a casa ya que su madre le está esperando. (1) ¿Qué se tendría que hacer en una situación así? (2) ¿Qué es lo que en general harían sus compañeros? Las respuestas obtenidas fueron examinadas mediante un análisis temático. Las estrategias más frecuentemente señaladas por los participantes para enfrentar la sintomatología delirante fueron “mentir” y “distraer” en prácticas comunes tanto por técnicos como por gerocultores. Para buenas prácticas el 42.9% de participantes no sabían cómo responder al cuestionamiento. Estos resultados enfatizan la importancia de disponer de lineamientos organizacionales y del desarrollo del personal en el manejo de los síntomas delirantes en personas adultas mayores con diagnóstico de demencia que viven en residencias.

## **Abstract**

The presence of delusions is a frequent symptom in cases of dementia, and its non-pharmacological approach is particularly challenging for professionals, especially due to its ethical implications.

This research aims to explore the usual practices and the perception of good practices for managing situations involving delusions in people with dementia in residential centers. The study involved 42 people, 32 women and 10 men, 21 in technical positions and 21 nursing assistants. A semi-structured interview was used, from which the answers to two questions posed in the following situation were analyzed: A person with dementia in the residence insists that he has to go home since his mother is waiting for him. (1) What should be done in such a situation? (2) What would your classmates generally do? The answers obtained were examined through a thematic analysis. The strategies most frequently indicated by the participants to deal with delusional symptomatology were "lying" and "distracting" in common practices by both technicians and geriatricians. For good practices, 42.9% of participants did not know how to answer the question. These results emphasize the importance of having organizational guidelines and staff development in the management of delusional symptoms in older adults with a diagnosis of dementia living in nursing homes.

## ÍNDICE TEMÁTICO

|  |    |
|--|----|
| <b>Introducción</b> .....                                  | 1  |
| <b>Aumento de la expectativa de vida y demencias</b> ..... | 1  |
| <b>Síntomas delirantes en demencias</b> .....              | 3  |
| <b>Manejo de los síntomas delirantes</b> .....             | 4  |
| <b>Objetivos</b> .....                                     | 14 |
| Pregunta de investigación .....                            | 14 |
| Objetivo general .....                                     | 14 |
| Objetivos específicos .....                                | 14 |
| <b>Método</b> .....  | 15 |
| Participantes .....  | 15 |
| Instrumento .....  | 15 |
| Procedimiento .....  | 16 |
| <b>Análisis de datos</b> .....                             | 17 |
| <b>Resultados</b> .....                                    | 19 |
| <b>Discusión</b> .....                                     | 35 |
| <b>Limitaciones</b> .....                                  | 38 |
| <b>Implicaciones prácticas</b> .....                       | 38 |
| <b>Conclusiones</b> .....                                  | 39 |
| <b>Referencias</b> .....                                   | 40 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1</b> Situaciones que desencadenan el uso de la mentira y porcentajes (Mills et al., 2019) .....  | 7  |
| <b>Tabla 2</b> Descripción de las residencias participantes .....  | 15 |
| <b>Tabla 3</b> Descripción categorías y su definición .....  | 19 |
| <b>Tabla 4</b> Índice KAPPA de las prácticas comunes .....   | 32 |
| <b>Tabla 5</b> Índice KAPPA de las buenas prácticas .....  | 33 |
| <b>Tabla 6</b> Frecuencias (porcentajes entre paréntesis) de prácticas comunes/ buenas prácticas según posición de trabajo, chi-cuadrado que compara la diferencia entre tipo de profesional y chi- cuadrado que compara la diferencia entre Práctica común vs buena práctica (el asterisco señala aquellas diferencias significativas a un nivel $p < 0,05$ ) ..... | 33 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> Frecuencia en porcentajes de estrategias utilizadas para manejar síntomas delirantes en personas con diagnóstico de demencia, elegidas como prácticas comunes y buenas prácticas..... | 35 |
|---|----|

## **Introducción**

El foco del presente trabajo se centra las prácticas que profesionales de diferente nivel que trabajan en residencia implementan para el manejo de síntomas delirantes en el caso de personas que viven con demencia. En este sentido, se presentan cuatro aspectos que se consideran conocimientos importantes para proporcionar un marco conceptual para la investigación diseñada. Primero, se tratará sobre el aumento de la expectativa de vida y demencias. En segundo lugar, se desarrollará el tema de los síntomas delirantes en demencias. Finalmente, se describirán los resultados de estudios centrados en su manejo.

### **Aumento de la expectativa de vida y demencias**

La disminución de la natalidad junto con la aplicación de avances científicos en el campo de la medicina y la mejora de las condiciones higiénicas, además del desarrollo económico y social ha llevado a un aumento sin precedentes de la esperanza de vida a nivel mundial (Puig et al, 2000). Como consecuencia de este fenómeno el planeta enfrenta un envejecimiento poblacional donde las personas mayores de 65 años se han convertido en el segmento poblacional más notable en todos los países (Figuerola et al., 2019), creciendo a un ritmo más rápido que cualquier otro grupo etario, siendo así, que en 2019 una de cada once personas fue mayor a 65 años y esperándose que para 2050 una de cada cuatro personas lo sea. De la misma manera, se espera que el grupo poblacional de los adultos muy mayores, personas de 80 años o más, se triplique, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (Organización de Naciones Unidas (ONU), 2019) En el contexto español, los datos apuntan que entre 1999 y 2019, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años, esperándose que para el año 2035 la esperanza de vida en hombres sea de 83,2 años, mientras que en mujeres sea de 87,7 (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2021)

Este crecimiento poblacional ha probado el éxito del proceso de desarrollo humano y ha abierto puertas para nuevas oportunidades asociadas a la

participación de las generaciones mayores en diversos ámbitos. Sin embargo, al mismo tiempo también plantea retos importantes. Entre ellos podemos mencionar, por ejemplo, el crecimiento exponencial de la prevalencia e incidencia de demencia, trastorno que ha sido reconocido como uno de los problemas de salud más relevantes en la población adulta mayor (Garre, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), la demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, que afecta la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y el juicio. Sin cursar con alteración de la conciencia, por lo que puede estar acompañada o precedida por un deterioro en el control emocional y en el comportamiento social o la motivación.

En el transcurso de los últimos años, este grupo de enfermedades ha sido definido como un síndrome, por lo cual la expresión demencia ha sido reemplazada en el DSM-V (APA, 2014) por el término “Trastornos neurodegenerativos mayores”, con el fin de buscar una precisión diagnóstica inicial y por tanto la identificación de síntomas y signos para plantear un tratamiento adecuado (Nash y Foidel, 2019)

Entre los trastornos neurodegenerativos que evolucionan a demencia se presentan varios subtipos, los cuales difieren en su etología, presentación, curso clínico y trastornos asociados. La enfermedad de Alzheimer (EA) (80% de los casos), la demencia vascular y las formas mixtas entre estos dos representan los subtipos más frecuentes, mientras que las demencias causadas por lesiones cerebrales suelen ser menos habituales (Garre, 2018)

A nivel mundial se estima que alrededor de 50 millones de personas tienen un diagnóstico de demencia, registrándose cada año cerca de 10 millones de casos nuevos (OMS, 2020). Previéndose así, que para el año 2030, 82 millones de personas tengan este diagnóstico mientras que en 2050 la cifra alcance las 152 millones de personas (OMS, 2020)

En España, varios estudios señalan una prevalencia de demencias de entre 14.5% al 17.6% en personas mayores a 65 años; aumentando su predominio con la edad, pasando así de una prevalencia de 11.6% en personas de entre 65 a 69 años a 22.9% en personas de 85 años y más (Vega et al., 2018)

Esta alta prevalencia conlleva un alto coste emocional y físico en los cuidadores, en especial tras la aparición de manifestaciones neuropsiquiátricas, presentes en el 70-90% de los pacientes diagnosticados con demencia (Lapeira et al., 2005). Estas manifestaciones, también conocidas como “síntomas psicológicos y conductuales de la demencia” (SPCD) comportan síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta (Rodríguez y Gajardo, 2012)

Dentro de los síntomas psicológicos se pueden observar delirios con una prevalencia entre 20 y 70%, alucinaciones (12-49%), identificaciones erróneas (16%), depresión, apatía (50%) y ansiedad. Mientras que, entre los síntomas conductuales se pueden observar vagabundeo, agitación, agresión, comportamientos sexuales inapropiados, enfado, agresividad y resistencia a los cuidados (Pérez y Gonzales, 2016). El presente estudio, precisamente, tratará a los delirios y su manejo como uno de sus temas centrales.

### **Síntomas delirantes en demencias**

Los delirios según el DSM- V son definidos como una falsa creencia basada en una deducción incorrecta de la realidad externa, que es sostenida firmemente a pesar de carecer de algún tipo de evidencia (American Psychiatric Association (APA), 2014). Estos no puede ser considerado una enfermedad, sino un síntoma ya que aparece tanto en enfermedades médicas o mentales, por efecto de algún tóxico (Morales et al., 2012) , colocación de vías centrales, uso de fármacos (sedantes- hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, benzodiazepinas, barbitúricos, antidepresivos, opioides, , anticolinérgicos, anticonvulsivantes, hidrato de cloral), desequilibrios hídricos y electrolíticos, alteraciones del ciclo sueño- vigilia e intervenciones cardíacas (Pérez et al., 2018)

En personas con diagnóstico de demencia, el delirio comporta un problema común que puede conllevar varias complicaciones serias y un peor pronóstico ya que puede alterar el curso clínico y la trayectoria del deterioro cognitivo y puede estar asociado con resultados a largo plazo sustancialmente peores que en las personas sin delirio, incluida la hospitalización prolongada, el deterioro del

funcionamiento físico y cognitivo, la rehospitalización y la muerte (Fick et al., 2002). Especialmente en la enfermedad de Alzheimer, el deterioro cognitivo progresivo predispone a las personas al padecimiento de síntomas delirantes, encontrándose en un 20 al 70% de las personas diagnosticadas, siendo más alta su prevalencia en individuos institucionalizados (Domènech et al., 2001).

Los delirios pueden aparecer de manera precoz presentándose como primer síntoma de los trastornos neurodegenerativos, aunque habitualmente se observan en estadios más avanzados de la enfermedad, llegando a desaparecer totalmente en las etapas finales (GDS 7), ya que se necesita una cierta “indemnidad encefálica” para su producción (Domènech et al., 2001)

El contenido de los delirios en los casos de demencia es muy variado. Las temáticas más frecuentes son las ideas de robo (60% de los casos), abandono, perjuicio, falsas identificaciones (Moreno, 2009), delirios de sospecha, de referencia, la idea de que el lugar donde viven no es su lugar de residencia habitual, delirios de abandono, de grandeza, de infidelidad, hipocondriacos, paranoides y celotípico, entre otros. En ocasiones (hasta en un 75% de los casos, de acuerdo con Domènech et al, 2001), en la misma persona se pueden encontrar diferentes contenidos delirantes de manera simultánea.

### **Manejo de los síntomas delirantes**

Los síntomas delirantes, al implicar un desgaste en los cuidadores y una demanda constante de atención, son vistos como problemas con mínimas posibilidades de solución, por lo cual se tiende a la medicalización, y a la utilización de estrategias de contención (Jennings et al., 2018). Los fármacos de elección para estos síntomas son los inhibidores de la colinesterasa, que actúan sobre la hipótesis colinérgica disminuyendo la intensidad sintomatológica, y los neurolépticos atípicos, que presentan acción serotoninérgica (Olazarán et al., 2012)

Por otro lado, el manejo no farmacológico de estos síntomas son considerados de primera línea con fuerte evidencia a su favor, siendo el blanco de este tipo de

intervenciones el ambiente, el adulto mayor o el cuidador (Ahunca, 2017). Así se suele señalar las modificaciones del entorno (crear un ambiente tranquilo e iluminado), ciertos tipos de terapia ocupacional, la implementación de estrategias de comunicación (evitar discusiones o perder la calma utilizando frases cortas y sencillas, estar de acuerdo con lo que quiere decir, dar más información) como intervenciones que favorecen el manejo de los delirios (Garrido, 2008). Por otra parte, orientar o distraer hacia otros temas, no bromear ni reforzar o aumentar el contenido del pensamiento alterado también se han mencionado como estrategias adecuadas para el manejo de delirios en personas con demencia (Olazarán et al., 2012)

En esta línea terapéutica, en los últimos años, el estudio de estrategias de comunicación como formas de tratamiento ha dado paso a la investigación de la mentira como recurso para el alivio de sintomatología delirante (Culley et al., 2013). En este sentido, en el cuidado gerontológico encontramos numerosas referencias a esta práctica, que ha sido denominada como mentira y/o engaño terapéutico (Day et al., 2011) o *fiblet* geriátrico, que Kitwood definió en 1997 como falacias formuladas de manera deliberada hacia los pacientes cuando se considera que son en pro de su mejor interés.

A pesar de que la definición y atención en las mentiras terapéuticas es relativamente reciente, este tipo de práctica ha estado presente de manera tácita en el ámbito médico- asistencial desde hace mucho tiempo. Los expertos de la salud tradicionalmente han tolerado a la mentira cuando la verdad es considerada perjudicial para la persona, aun cuando en las profesiones clínicas los códigos de comportamiento sugieren el principio de no mentir al desarrollar su práctica (Elvish y James, 2010).

Algunas investigaciones realizadas sobre la presencia y utilización de mentiras en el ámbito sanitario y asistencial han concluido que las mentiras son vistas como una estrategia de comunicación en todos los niveles clínicos por al menos el 96,4% de profesionales (James et al., 2006). En todo caso, este uso de la mentira se justifica por parte del personal de salud como una estrategia que persigue hacer algo en beneficio de la persona. Es decir, el profesional usa la mentira 'en el mejor interés del individuo', para reducir niveles de angustia y

estrés, y con el objetivo de incrementar (o al menos no deteriorar) el bienestar de la persona receptora (Elvish y James, 2010). Este aspecto diferencia las mentiras terapéuticas de la mentira no terapéutica, que es una ambigüedad intencional, que termina en persuasión y control y que se utiliza en beneficio del operador y no por su supuesto efecto benéfico para el paciente (Cantone et al., 2019)

En el contexto del cuidado de demencias, el uso de mentiras revela una práctica común que encuentra su aplicación más allá del diagnóstico y pronóstico, extendiéndose durante todo el proceso de cuidado de las personas con diagnóstico de demencia. Ello es debido a que a medida que el síndrome progresa los problemas de comunicación ocurren de manera frecuente y mantener una comunicación genuina se vuelve un desafío. Es así que James et al (2003), al incorporar la definición de mentiras terapéuticas al ámbito asistencial geriátrico, no solamente se refiere a la mentira verbal sino a diferentes comportamientos como la manipulación del ambiente o pequeñas falsificaciones y omisiones de la verdad durante la comunicación, señalando que su uso no necesariamente destruye la confianza, sino que podría servir para realzar la intimidad y la familiaridad entre cuidador y persona con demencia

Estudios realizados, tanto a personas con demencia como a cuidadores formales e informales y médicos, encontraron que la mentira se encuentra de manera omnipresente en el cuidado de estas personas y que su uso puede ser justificable por las dos partes, siendo las situaciones más comunes de su uso el no decirle a alguien que su ser querido estaba muerto cuando preguntan por él, o conspirar con delirios para reducir la angustia y la agitación y así evitar comportamientos desafiantes (Kirtley y Williamson, 2016)

En este sentido, Cunningham (2005) halló qué, si los cuidadores encontraban que el costo de decir la verdad era alto y, por el contrario, los beneficios eran pequeños, se consideraba a la mentira como primera opción, situación que sucedía generalmente cuando la persona hacía pedidos complicados, como ver a un familiar fallecido o dejar la residencia para poder ir a trabajar.

Por su parte, Mills et al (2019), estudiaron el uso de mentiras en el ámbito de la atención a personas mayores que vivían en residencias. Mediante el registro de

mentiras con un formato específico para recopilar datos como la situación que requería una mentira, lo que se dijo y la intención del mentiroso, se obtuvo un total de 45 tipos de mentiras, obtenidas de 17 participantes quienes trabajaban en residencias de mayores con una experiencia entre 37 y 151 meses respecto a las situaciones que suelen generar el uso de mentiras, las más frecuentes se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1** Situaciones que desencadenan el uso de la mentira y porcentajes (Mills et al., 2019)

| <b>Situación que desencadenó el uso de la mentira</b>                       | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---|-----------------------|
| Persona con demencia quiere ver/ contactar un familiar fallecido            | 33                    |
| Persona con demencia cree que sus hijos están en edad escolar               | 16                    |
| Persona con demencia quiere ver o contactar un familiar                     | 11                    |
| Persona con demencia no permite al personal brindarle cuidado personal      | 9                     |
| Persona con demencia cree que sigue trabajando y necesita ir a trabajar     | 9                     |
| Delirios relacionados a la percepción de objetos                            | 9                     |
| Persona con demencia cree que aún vive en su antiguo hogar y desea regresar | 7                     |
| Persona con demencia cree ser un prisionero en la residencia                | 4                     |
| Al terminar una visita familia  | 2                     |
| Total   | 100                   |

Como vemos en la tabla, los delirios más que desencadenan el uso de mentiras son muy variados, siendo los más frecuentes los que se refieren al querer contactar un familiar fallecido, el creer que sus hijos se encuentran aún en edad escolar y querer ver o contactar a un familiar

Por otro lado, Hasselkus (1997) encontró que para mantener la seguridad de los trabajadores en residencias se utilizaban un sinnúmero de respuestas entre las que se incluían el uso de mentiras, las cuales se utilizan con las mejores intenciones, esto debido a que la verdad puede ser dolorosa y difícil de manejar para las personas con diagnóstico de demencia (Schermer, 2007).

Asimismo, algunos autores han denotado que la falta de tiempo juega un papel fundamental en el uso de mentiras terapéuticas, en especial por parte de los cuidadores (gerocultores) que tratan a una gran cantidad de personas a la vez. Cuando esto sucede, se ha reportado que los gerocultores tienden a centrarse meramente en el cuidado físico de las personas, dejando de lado las necesidades psicológicas. En este sentido, la sensación persistente de falta de tiempo crea un ambiente donde las decisiones sobre decir la verdad o mentir son tomadas en el momento en el que se presenta una situación desafiante, lo que evita que las respuestas sean acordadas de manera colaborativa o consideradas de manera profunda y balanceada. El resultado es que se tiende a adoptar la respuesta que sea más adecuada para ellos como cuidadores, siendo esta mayoritariamente mentir (Mills et al., 2019)

James (2015) defiende el uso de las mentiras terapéuticas, ya que propone que al tratar con personas con demencia que presentan desorientación es necesario utilizar estrategias de comunicación que permitan conectar con la persona desde su realidad, evitando orientarlas a la realidad del cuidador. De esta forma, se trata de prevenir el desencadenamiento de estados emocionales y comportamientos negativos, preservando la visión del mundo de la persona al utilizar declaraciones congruentes con las creencias. A partir de estas ideas, el propio James (2006) propuso una serie de directrices para el uso de mentiras terapéuticas:

1. Las mentiras solo deben decirse si están en el mejor interés del residente, por ejemplo, para aliviar la angustia.
2. Algunas áreas, como el cumplimiento de medicamentos, requieren políticas específicas que están documentadas en el plan de cuidado.

3. Debe acordarse una definición de lo que constituye una "mentira", por ejemplo, mentira flagrante vs. omisión de la verdad.
4. Las evaluaciones de la capacidad mental deben realizarse en pacientes individuales antes del uso de mentiras.
5. Se debe exigir la comunicación con los miembros de la familia y obtener el consentimiento de la familia.
6. Una vez que se ha acordado una mentira, debe usarse de manera consistente entre personas y entornos.
7. Todas las mentiras dichas deben documentarse.
8. Debe adoptarse un enfoque individualizado y flexible para cada caso.
9. El personal debe sentirse apoyado por el gerente y la familia.
10. Deben describirse y documentarse las circunstancias en las que no se debe decir una mentira.
11. El acto de decir mentiras no debe llevar al personal a faltar el respeto a los residentes.
12. Capacitación y supervisión del personal sobre los problemas potenciales de mentir, y enseñanza de alternativas estratégicas.

En contraposición a esta postura a favor del uso de las mentiras terapéuticas, Kitwood (1997) equipara el uso de mentiras en personas con demencia a una suerte de "traición", definiéndola como un detractor personal y un ejemplo de interacción social negativa que devalúa a la persona con demencia.

Por su parte, Lupoli et al (2018) recalcan que el uso de mentiras terapéuticas se debe al paternalismo que tienen los cuidadores por sus pacientes, lo que supone una injerencia en la autonomía de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar y felicidad. Esta actitud no es necesariamente es beneficiosa, ya que los cuidadores subestiman la capacidad de las personas de lidiar con las situaciones y de emitir juicios (Bok, 2011)

Desde otra perspectiva, Blum (1994) menciona que el uso de mentiras en situaciones de cuidado se refiere a una forma de ejercer el control social informal,

lo que implica una violación de las expectativas normales de intimidad y confianza. Asimismo, recalca que, si bien el mentir tiene como objetivo controlar la agitación o comportamientos potencialmente problemáticos o, prevenir el agotamiento de los cuidadores, podría generar un sentimiento de falta de confianza lo que resultaría en falta de respeto y dignidad entre cuidador y persona con demencia, lo cual es contraproducente para esos objetivos que se pretenden conseguir con la mentira.

Por otra parte, varios autores exponen su desacuerdo ante el uso de mentiras terapéuticas en personas con demencia, como es el caso de Pool (2007) quien menciona que mentir nunca puede justificarse dentro de un enfoque centrado en la persona ya que para que cualquier relación terapéutica sea exitosa esta debe ser genuina, honesta y respetuosa. Asimismo, (Muller-Hergl (2007) afirma que mentir es antiético e irrespetuoso, por lo cual incluso el sufrimiento no justifica este tipo de acciones. Análogamente, Kirtley y Williamson (2016) refieren que "vivir bien" con demencia no es equivalente a vivir en una burbuja negado de la verdad, ya que el estrés y la angustia son parte del ser humano y el conceder a las personas con demencia dignidad, respeto y autonomía equivale también a permitirles experimentar plenamente una gama amplia de emociones, donde se incluye la duda, incertidumbre y tristeza, además de su participación en relaciones adultas que incluyen desacuerdo, decepción y conflicto.

Ante esta contraposición entre dos posturas opuestas (quienes defienden la validez y utilizada de las mentiras, y quienes defienden decir siempre la verdad) como método de actuación frente a síntomas delirantes en personas con demencia, Kirtley y Williamson (2016) mencionan que en el "calor del momento" a menudo no es apropiado o simplemente no hay suficiente tiempo para consultar planes de cuidados o sentarse con la persona y tener una conversación tranquila y racional sobre qué respuesta podría ser la más útil para ellos, por lo cual se deben tener en cuenta tres elementos esenciales para la respuesta ante estas situaciones

- Mostrar bondad, compasión y respeto
- Tratar de entender y reconocer el sentimiento de la persona con demencia

- Hacer lo mejor que uno puede hacer legal y éticamente para reducir la angustia y trata delicadamente de restaurar los sentimientos asociados al bienestar: seguridad, tranquilidad, felicidad (si es posible)

Asimismo, estos autores resaltan cinco términos que abarcan intervenciones de cuidado y respuestas a personas con diagnóstico de demencia que experimentan diferentes realidades y creencias, representándolos como parte de un eje verdad-mentira de la siguiente manera

1. Decir toda la verdad: Lo que hace referencia a la interacción cuidador-persona con demencia donde el cuidador acerca a la persona a su cargo a lo que él o ella entienden como realidad, pudiendo causar estrés innecesario. Pero, por el contrario, puede fomentar la confianza entre estos dos actores, teniendo un impacto positivo en el bienestar de la persona
2. Buscar un significado alternativo: Cuando un cuidador está “buscando un significado alternativo reconocer la realidad que una persona con demencia está experimentando, y explora esa realidad usando preguntas para disminuir la angustia y para encontrar si existe un significado subyacente más sutil que sobrelleva una necesidad insatisfecha.
3. Distraer: El cual es un enfoque que consiste en “mover” a la persona de la realidad que está experimentando en ese momento mediante la introducción de un tema de conversación, un objeto o un ambiente nuevo, lo cual lleva el riesgo de confundir más a la persona con diagnóstico de demencia pero, si tiene éxito puede aliviar la angustia y en proporcionar comodidad, además de restaurar la felicidad para que las causas de la sintomatología delirante puedan ser examinadas en un momento posterior, siendo así una medida temporal
4. Seguir la corriente: Este enfoque hace referencia a “entrar al mundo” de la persona con diagnóstico de demencia, siendo así que, el cuidador se comporta como si esta realidad fuera comprendida. Esta es una de las técnicas más utilizadas por los cuidadores ya que evita el estrés y la confusión, además de que permite obtener información valiosa sobre el adulto mayor como individuo

5. Mentir: Este enfoque muestra ser apropiado para proteger la salud física y psicológica de las personas con diagnóstico de demencia y de terceros. Usándose así en momentos de riesgo extremo o durante 'intervenciones' de cuidado donde un cuidador/médico intenta iniciar o fomentar una actividad en particular, por ejemplo: bañarse porque vendrá una visita.

Particularmente, basándose en la segunda estrategia, la correspondiente a buscar significados alternativos, varios autores destacan y proponen el uso de la terapia de validación frente a los síntomas delirantes en las personas con demencia. Esta técnica propuesta por Naomi Feil entre 1963-1980 se basa en el principio general de la validación, la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia ajena, fundamentándose en una actitud de respeto y empatía con la persona adulta mayor para lo cual utiliza técnicas como el parafraseo, la imitación el tono de voz y la cadencia del habla para hacer que la persona se sienta más segura (Neal y Briggs, 2006)

Según Feil (1992) la validación no espera que los adultos mayores desorientados se comporten de la misma manera que lo harían los adultos más jóvenes. No intenta aportar nuevos conocimientos sobre el comportamiento de una persona, ni insertar o sondear sentimientos que no se expresan abiertamente, tampoco juzga, analiza o espera cambiar a la persona desorientada. Más bien, acepta a la persona donde quiera que esté en este momento, y se compromete a ayudar a la persona a alcanzar su propia meta, no las metas de los cuidadores, y no exigirle a la persona que se vuelva y permanezca orientada. La validación trata de reducir la ansiedad y fortalecer el bienestar a través del reconocimiento de la sabiduría intuitiva que aún posee la persona mayor y la aceptación de su forma de ser.

El uso de esta técnica se propone para el manejo de adultos mayores que presentan sintomatología delirante, ya que se ha encontrado que estos síntomas se sobrepone a necesidades no cubiertas de las personas. Por lo cual, al indagar el significado sutil que conllevan los comportamientos se logra disminuir el estrés (Day et al., 2011) . Por ejemplo, una persona que está pidiendo ver a alguien que ya no está vivo puede estar expresando una necesidad de

comodidad (sentimiento de estar seguro y protegido) y apego (sentimiento un vínculo estrecho con alguien).

A pesar de la existencia de diversos estudios sobre el uso de las mentiras terapéuticas ante síntomas delirantes en personas con demencia, existen escasos estudios que se centren en cómo el personal de las residencias debe manejar este tipo de sintomatología cuando aparece en su práctica diaria y qué estrategias deberían aplicar. Este conocimiento es clave para detectar la mala gestión, además de sentar bases para mejorar las prácticas y así evitar efectos negativos relacionados con los síntomas delirantes.

Con respecto a esto, sería importante e interesante diferenciar entre la **práctica común** (cómo son abordados los síntomas delirantes por el personal) y las **buenas prácticas** (cómo piensa el personal que deberían ser abordados estos síntomas) Una gran brecha entre práctica común y buenas prácticas sugerirían que el personal percibe barreras impidiéndoles actuar adecuadamente (Bennett et al., 2016). Al igual que otros tipos de atención que las personas con diagnóstico de demencia reciben en residencias, el manejo de síntomas delirantes podría ser influenciado por la presencia o la falta de personal capacitado (Watkins et al., 2017) Por ejemplo, el pobre seguimiento y evaluación por parte del personal en situaciones de delirio puede contribuir al incremento de la dependencia en personas adultas mayores con demencia (Nitchingham y Caplan, 2021). Por el contrario, la participación del personal en programas de formación centrados en habilidades para manejar síntomas delirantes puede reducir los problemas relacionados con esta sintomatología (Nitchingham y Caplan, 2021). A este respecto, la posición de los diferentes profesionales dentro de las residencias puede influir en su enfoque y gestión de los síntomas delirantes.

El personal técnico como enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales están más cualificados y formados, de manera específica dentro de sus áreas de estudio. En las residencias de adultos mayores españolas (contexto en donde se llevó a cabo este estudio), el personal que la conforma es multidisciplinario y son todos quienes deciden sobre las pautas de acción ante situaciones desafiantes como el uso de las mentiras terapéuticas. Sin embargo,

el personal que hace frente de manera habitual a estas situaciones no es el personal técnico, sino los gerocultores, quienes se encargan de apoyar en el día a día a la persona con diagnóstico de demencia (Qian et al., 2014). Estos están menos formados que el personal técnico, ya que las cualificaciones de educación superior no son requeridas. Por otra parte, están peor pagados y son más vulnerables a las situaciones estresantes que implica el contacto físico y continuo con la persona con demencia.

Diferencias entre las actitudes del personal técnico y los gerocultores ha demostrado ser clave en el manejo de otras situaciones desafiantes que involucran a personas con diagnóstico de demencia como conductas sexuales inapropiadas (Villar et al., 2019), pero hasta la fecha ningún estudio ha incluido esta variable al considerar el manejo de síntomas delirantes.

## **Objetivos**

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo los profesionales que trabajan en centros residenciales manejan la aparición de delirios en personas con demencia?

### **Objetivo general**

- Explorar las prácticas habituales y la percepción de buenas prácticas para el manejo de situaciones que involucran delirios en personas con demencia en centros residenciales

### **Objetivos específicos**

- Estimar las diferencias entre cómo el personal cree que se manejan estas situaciones (prácticas comunes) y cómo piensan que deberían ser manejadas (buena práctica)
- Indagar las discrepancias entre diferentes categorías de personal que trabaja en residencias de mayores (técnicos vs gerocultores) respecto a cómo se maneja la presencia de delirios en personas con demencia

## Método

### Participantes

El grupo de estudio estuvo conformado por 42 trabajadores de cuatro residencias de que ofrecen cuidados a largo plazo a personas con y sin diagnóstico de demencia.

Los participantes que conformaron la muestra fueron 21 Técnicos/as (enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y terapeutas ocupacionales) y 21 Gerocultores/ras, quienes tenían una edad fluctuante entre 22 y 62 años ( $M=40.76$ ,  $DS=11.8$ ) y refirieron tener experiencia laboral en este tipo de centros entre 1 y 30 años ( $M=8.47$ ,  $DS=7.9$ ). Dentro del grupo de 42 participantes, 32 de ellos eran mujeres y 10 hombres, lo que representa 76.2% y 23.8% de la muestra respectivamente. Esta diferencia de género refleja la alta prevalencia de participación femenina en este tipo de trabajos en España (Zepeda y Muñoz, 2019)

A continuación, en la siguiente tabla se describen los datos de las residencias participantes

**Tabla 2** Descripción de las residencias participantes

|   | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b>          | <b>R4</b>          |
|---|-----------|-----------|--------------------|--------------------|
| <b>Número de técnicos/as entrevistados/as</b>     | 5         | 6         | 5                  | 5                  |
| <b>Número de gerocultores/as entrevistados/as</b> | 6         | 4         | 5                  | 6                  |
| <b>Número de camas</b>                            | 68        | 99        | 113                | 91                 |
| <b>Propiedad</b>                                  | Pública   | Privada   | Sin ánimo de lucro | Sin ánimo de lucro |

### Instrumento

Para la recogida de datos se utilizó una entrevista semiestructurada creada por los propios investigadores, en la cual se trataban aspectos relacionados al cuidado de personas adultas mayores con diagnósticos de demencia que viven

en residencias que brindan cuidados de largo plazo. Esta entrevista trató temas sobre; la concepción de qué es tener una demencia, qué es el cuidado de una persona con demencia, la importancia de la formación para el trabajo con personas que tienen diagnóstico de demencia, y situaciones desafiantes que aparecen frecuentemente en el cuidado de personas con demencia (apatía, delirios, resistencia a la alimentación, deambulación). En línea con los objetivos de este estudio, solo las respuestas a la viñeta relacionada con la aparición de sintomatología delirante en personas con demencia fueron analizadas en el presente estudio.

En concreto, la viñeta cuyas respuestas se analizaron comprendía siguiente situación y preguntas:

*Una persona con demencia de la residencia insiste en que tiene que irse a casa ya que su madre le está esperando.*

- *¿Qué se tendría que hacer en una situación así?*
- *¿Qué es lo que en general harían sus compañeros?*

En un promedio las entrevistas tuvieron una duración total de 27' 55" y las respuestas fueron registradas mediante audio para ser transcritas posteriormente. Para el análisis de las respuestas, con el fin de proteger la identidad de los participantes y garantizar la confidencialidad se utilizó un pseudónimo.

## **Procedimiento**

Para proceder con la investigación, el primer paso fue presentar el estudio a la dirección de cada uno de los centros residenciales explicitando los objetivos y el procedimiento de recogida de la información, así como los criterios de inclusión de la muestra que en este caso eran; haber trabajado por al menos un año en una residencia que ofrezca cuidados a largo plazo y ocupar un puesto que implique contacto directo con los residentes. Además, se presentó el criterio de exclusión que fue que no se tomaría en cuenta para este estudio a trabajadores de mantenimiento, cocina o limpieza de las residencias.

Se eligieron estos centros residenciales de la ciudad de Barcelona, ya que son una muestra representativa de diversos sectores de la ciudad, además porque el fenómeno en estudio resultaba frecuente y la recolección de información sobre esta resultaba bastante accesible al equipo de trabajo.

Una vez conseguida la autorización escrita por parte de los directores, se obtuvo una lista de trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión de este estudio. Finalmente, los participantes fueron elegidos de manera aleatoria de estas listas, para así, asegurar variabilidad de características (tiempo de trabajo en el ámbito, edad, formación profesional) y por ende la obtención de información más diversa.

Una vez obtenidos los participantes, se procedió a comunicarles los objetivos del estudio y se les presentó un consentimiento informado para que lo firmaran. Durante este proceso un trabajador rechazó formar parte del estudio y fue remplazado por otra persona de la misma residencia que cumplía con los criterios de inclusión, siendo este nuevo participante del mismo género y de una edad aproximada a la persona que rechazó su colaboración.

Tras la firma de los consentimientos informados, se realizaron las entrevistas, las cuales fueron llevadas a cabo por un/ una MSc en Psicogerontología, con un bagaje en investigación cualitativa en personas adultas mayores, quien no tenía ningún tipo de relación previa con los entrevistados. Como entrenamiento para este estudio, previo a la toma de datos oficiales se entrevistó a dos personas que cumplían con los criterios de inclusión, para así evaluar las preguntas de la entrevista y realizar cambios o modificaciones si se consideraba necesario. Estas dos entrevistas se utilizaron para elaborar pautas comunes para obtener información fiable y no formaron parte de la muestra, por lo cual tampoco fueron analizadas.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de datos, las transcripciones de la situación y preguntas seleccionadas para este estudio se sometieron a un análisis temático (AT), el cual es un método para identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro

datos recopilados empíricamente, permitiendo analizarlos de manera cuantitativa y cualitativa (Braun y Clarke, 2006)

Este tipo de análisis se lleva a cabo dentro de paradigmas realistas/esencialistas, los cuales reportan experiencias, significados y la realidad de los participantes. Pudiendo ser también un método construccionista, examinando la forma en que eventos, realidades, significados y experiencias son efectos de una variedad de discursos que operan dentro de la sociedad, o un método contextualista, caracterizado por teorías como el realismo crítico que reconoce las formas en que los individuos dan sentido a su experiencia y a su vez la forma en el que el contexto social más amplio incide en estos significados.

El análisis temático responde a las preguntas de ¿Qué razones tienen o no para utilizar un procedimiento los participantes? Y ¿Qué le preocupa a la gente sobre este evento?, siendo un método flexible por sí solo, contrario a la tematización de significados y la codificación temática. Es utilizado en casos donde no existen estudios previos sobre el fenómeno y por lo tanto las categorías se derivan directamente del texto de datos.

El proceso de análisis de datos en el análisis temático es:

1. Familiarizarse con los datos
2. Generar códigos iniciales
3. Buscar temas
4. Revisar temas
5. Definir y nombrar temas
6. Producir el reporte

El análisis temático en este estudio se llevó a cabo de la siguiente manera; en un primer momento se leyeron las transcripciones de las entrevistas para familiarizarse con el material y se creó una base de datos en un documento separado donde constaban las respuestas a la pregunta objeto de estudio. Posteriormente, en un segundo momento se extrajeron categorías basadas en la semejanza y repetición de palabras o expresiones respecto a la actuación de profesionales frente a la presencia de síntomas delirantes en personas con

diagnóstico de demencia. Una misma respuesta podía encajar solamente en una categoría, así como en varias categorías a la vez.

Para poder determinar las categorías una vez obtenida la base de datos se procedió a enviarla a una segunda investigadora que no tenía participación en el estudio para que categorice las respuestas. Terminadas las codificaciones, se procedió a comparar las categorías obtenidas por las dos investigadoras, obteniendo categorías comunes. En aquellas respuestas en que las codificadoras no coincidían se llegó a consensos para encontrar la categoría que fuera más apropiada.

Finalmente, se obtuvo un índice de acuerdo Kappa el cual es una medida estadística que ajusta el efecto del azar en la proporción de la concordancia observada para elementos cualitativos, toma valores entre -1 y +1, donde mientras más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia inter-observador y 0 refleja que la concordancia observada es precisamente la que se espera a causa exclusivamente del azar (Cerde y Villarroel, 2008)

#### Estimación del grado de acuerdo KAPPA

|         |                |
|---------|----------------|
| <0      | No acuerdo     |
| 0.0-0.2 | Insignificante |
| 0.2-0.4 | Bajo           |
| 0.4-0.6 | Moderado       |
| 0.6-0.8 | Bueno          |
| 0.8-1.0 | Muy bueno      |

#### Resultados

Se encontraron un total de ocho categorías, las cuales son; mentir, decir la verdad, distraer, relajar, reelaborar, ignorar, depende, no sabe/ no contesta. Los nombres y definición de las categorías se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 3** Descripción categorías y su definición

| <b>Categoría</b>     | <b>Definición</b>  |
|----------------------|--|
| Mentir               | Expresión u ocultamiento de una idea con el fin consciente de engañar a otros para evitar inconvenientes   |
| Decir la verdad      | Interacción entre gerocultor o técnico en la cual se comparten hechos, y circunstancias que los cuidadores considera como realidades.  |
| Distraer             | Introducir de elementos nuevos ya sean estos objetos, temas de conversación o nuevos ambientes para que la persona olvide el tema principal y de esta forma disminuir los niveles de angustia                          |
| Relajar              | Sosegar a alguien, ayudar a bajar los niveles de estrés y brindarle seguridad sobre diversas situaciones   |
| Reelaborar           | Admitir la realidad que la persona está experimentando y explorarla usando preguntas para bajar los niveles de estrés con la finalidad de encontrar un significado oculto que se sobrepone a una necesidad no cubierta |
| Ignorar              | No hacer caso o tratar a las personas como si no merecieran atención.  |
| Depende              | Hace referencia a la existencia de una condición para llevar a cabo una acción (sea cual sea) con la persona con demencia  |
| No sabe/ No contesta | Desconocimiento de las personas, tanto gerocultores como técnicos en cuanto a cómo manejar los síntomas delirantes en personas con diagnóstico de demencia. O ausencia de respuesta ante la interrogante.              |

### 1.Mentir

Esta primera categoría hace referencia a la expresión u ocultamiento de una idea con el fin consciente de engañar a otros para evitar inconvenientes. Se identificó en el 76,2% de las entrevistas, siendo así, la categoría citada de manera más frecuente en las prácticas comunes tanto de gerocultor como de técnicos.

Un ejemplo de esta categoría, en la que se utiliza al engaño como forma de mentira lo podemos encontrar en la respuesta de un gerocultor, hombre de 39 años quien explica que la finalidad de la utilización de la mentira es calmarla frente a estado de preocupación.

Y luego lo que hacemos... bueno... yo me he hecho pasar por su madre muchas veces o por su padre, ¿sabes? con personas que están muy, muy, muy, ¿sabes? Pero bueno, puntualmente, ¿sabes? Porque así les quitas realmente... o sea, les cambias el chip. ¿sabes? Si no puedes intentar hablar con ellos, razonar...

**Y cuando te has hecho pasar por el padre o la madre, ¿se han quedado tranquilos?**

Bueno, se quedan tranquilos a veces, ¿sabes? Porque “soy yo, que soy yo, soy yo, que estoy aquí, ¿sabes? Estoy aquí, Carmen”. “Mi padre me está esperando”. “Carmen, que tu padre soy yo, dame la mano cariño, que estoy aquí”. Que te sientas dos minutos con ella al lao “ahora vengo, corazón” y ya está. Hay veces que funciona, hay veces que no funciona, evidentemente. Y cuando no funciona, pues ya te tienes que sentar, intentar razonar, que es super complicao sabes, poder razonar con una persona que su objetivo es irse, que lo está esperando su padre o su madre, complicao, pero bueno... te sientas, razones, intentas razonar y intentas hacer entender que ahora no se puede. Que iremos más tarde, o iremos luego, o... luego vienen.

Por otro lado, se puede observar el uso de la mentira como “seguir la corriente” a las personas con demencia, esto con el fin de ayudarlas a gestionar la emoción que atravesaban en ese momento. En el siguiente extracto de una mujer de 49 años que trabaja como personal técnico ejemplifica lo antes mencionado

Si dice que quiere ir a buscar a su madre... yo puedo decirle tranquilamente “bueno, pues tranquila que la vamos a encontrar” y te la bajo a musicoterapia y al momento se le olvida. Momento cero, o sea, empezar a cantar y se le olvida que estaba buscando a su madre. Pero yo también he tratado a otras personas que se han puesto muy... no igual

a madre, pero al marido, por ejemplo, que sería lo mismo... Incluso he... he llegado a acompañarlos físicamente y he dado vuelta por el barrio, asumiendo el riesgo que comporta esto, porque siempre estoy.. ehmm segura que para ella es bueno intentarlo.. Intentar dar salida a esta necesidad. Y... la verdad es que siempre me ha funcionado valorar las fuerzas de la persona y acompañar hasta donde se pueda. Porque hay personas que realmente dan puñetazos a las puertas... cuando están tan agresivos, lo que yo hago, es salir con ellos a la calle. Y es muy bonito hacerlo, porque ves que al rato empiezan a decir, "ay mira, un perro, ay mira, es que..." y se despistan y tu estás como intentando... incluso una me decía "no, no, es que no es por aquí" y yo decirle "no, ya, ya lo sé, pero es que igual podemos ir a buscar un autobús allá, ¿no?" y de repente "ay, mira igual, volvemos un momento a buscar un jersey o no sé qué..." Bueno, siempre al final... con gente tan agresiva, el acompañarlos y hacerles caso... me ha salido. Es como la validación un poquito... vamos a intentarlo, sin hablar mucho, no hablo yo, eh, cuando estoy dando salida a esto.

## 2. Decir la verdad

Esta categoría por su parte hace referencia a la interacción entre gerocultor o técnico en la cual se comparten hechos, y circunstancias que los cuidadores considera como realidades. El 28,6% de la muestra mencionaba esta alternativa por esta opción en sus respuestas.

Podemos ver ejemplificado el uso de la verdad en la respuesta de un gerocultor de 59 años quien menciona que utiliza el decir la verdad para calmar a las personas, explicándole la realidad en la que vive y el momento en el que se encuentra

A ver, que se quería decir... lo que... no sé... yo, lo que se debería hacer... yo creo que es decirle... es que... claro... leo que yo hago, no sé... si tengo dos preguntas yo... normalmente lo que hago y creo que hasta ahora es lo que... funciona, o creo que no está mal, es hacerle

entender, de que ella tiene una edad, y que, por lo tanto, por consecuencia su madre ya no está. Que no puede irse de aquí, hasta que no venga... lo hacemos normalmente, y ahí te mezclo la otra respuesta, normalmente le decimos "no puedes salir hasta que no te venga a buscar alguien, porque no puedes ir sola, y nos han dejado que te quedes aquí y no puedes salir". Esta es una verdad que le estamos diciendo, y la otra también es una verdad, que... normalmente yo le digo "cariño, que tú tienes hijos y nietos, o sea que la mamá ya no está". Y entonces, y no te podemos dejar ir hasta que no venga un familiar, o alguien a buscarte, porque no podemos... nos han dicho que estés aquí hasta que vengan ellos. Normalmente es lo que hacemos.

Por otro lado, se puede observar la utilización de la "orientación a la realidad" para decirle la verdad a la persona con demencia, este es el caso de un técnico, quien guía a la persona mediante preguntas para que ésta se ubique en la realidad

Yo le hago la reflexión, ¿no? Y me funciona, pero no con todo el mundo tiene por qué funcionar... a lo mejor otra persona dices, bueno, vamos a dar una vueltita, (...) partiendo de la base de no hay engaño, me viene esta persona muy concreta, que sufre muchísimo, cuando pregunta por su madre, pero cuando coincide que me lo dice, yo le digo: "a ver... ¿tú cuantos años tienes?" y entonces te dice: "a ver, no sé... 70, 74 años..." "Vale... ¿cuántos años tendría tu madre? Ya tendría muchos años, tu madre..." Y entonces ya le hago la reflexión, y entonces ella dice "claro". Tu madre ya no está, entonces, lo podemos hablar... a partir de la edad, lo podemos hablar... tu madre no está, entonces le explico que ya está... pues, mira, ya está... son muy creyentes, pues está en el cielo, pues ya está con mi abuela, y a partir de ahí ya podemos... y es muy recurrente, es muy continuo, pero la calma el momento. Claro esto no te funciona con todo el mundo.

(Mujer, técnica 52 años)

### 3. Distraer

Esta categoría hace referencia a la introducción de elementos nuevos ya sean estos objetos, temas de conversación o nuevos ambientes para que la persona olvide el tema principal (buscar a su madre) y de esta forma disminuir los niveles de angustia. El 35.7% de la muestra señaló a esta categoría como respuesta.

Un ejemplo del distraer lo encontramos en el siguiente extracto de respuesta obtenido de una mujer de 22 años que trabaja como gerocultora. En donde se utiliza la distracción para evitar que la persona se levante y vaya en busca de su madre, además para evitar el nerviosismo de que él o la cuidadora no le permita acudir a donde se encuentra su progenitora

Yo lo que hago... bueno... yo es que... si la persona está levantada o hace ademán de levantarse y tal, por ejemplo si está levantada, yo la cojo del brazo, yo le digo, por ejemplo: "Carmen", me dice la Carmen: "nena, que ahora vengo, que voy a ver a mi madre, que está aquí..." pues, la cojo y le digo: "Vale, la vemos luego, bueno, que ahora vamos a sentarnos, que mira que están dando una serie de éstas que te gustan a ti, o mira que vamos a ver la tele, va... que ahora vamos a hacer una actividad que te va a gustar mucho". O... o cosas así, o sea... es que cuando se ponen así, se ponen como muy... sí... muy nerviosos, en plan de "está ahí mi madre, quiero ir a por mi madre, ¿por qué no me dejas?" Entonces, sí, yo creo que si tu coges y le dices... porque a veces hemos cometido el error de decirle: "Carmen, que ahí no está tu madre". Es como... ellos tienen en su mente que ahí está su madre, como vas a llegar tú a decirle: "ahí no está tu madre", entonces es en plan de... eh... creo que los alteraría más el decirles esto. Bueno yo lo que hago es hacer eso, "venga Carmen, va, que luego es eso, la vamos a ver o... bueno, pues ahora le digo que se nos acerque o algo, pero vamos a sentarnos, vamos a estar un poco tranquilas, o vamos a dar un paseo por aquí por el pasillo", pues así también se calman. (falta datos de quien lo dijo, en este y en algunos otros extractos)

Asimismo, en el siguiente extracto se puede apreciar la distracción mediante la presentación de alimentos a la persona diagnosticada con demencia para que cambie su concentración de la idea de buscar a su madre al alimento que le ofrecen y otras maneras de distracción como son el moverla del lugar o hablarle de diversos temas.

Bueno, se hace esto, pero... pero según que residente, eh. Sí que te lo puedes llevar por un sitio o por otro. Puedes jugar, ¿no? De vamos para aquí, vamos para acá, ¿no? De, bueno en este caso le explicas una cosa, le explicas otra, a ver si bueno... a mí lo que me gusta es el... lo que suelo hacer, es a ver si puedo... que desvíe la atención hacia otra cosa. O sea... no sé o... no sé, pues le doy algo de comer y estoy con ella, con él un ratito, claro, eh, no esto de mentirle eh, o sea... yo sé que va por ahí...

(Hombre, gerocultor 54 años)

#### 4. Relajar

Esta categoría hace referencia a sosegar a alguien, ayudar a bajar los niveles de estrés y brindarle seguridad sobre diversas situaciones. El 7,1% de la muestra señaló a esta categoría como respuesta

Este es el caso de una mujer, gerocultora de 27 años, quien menciona que utiliza al relajar como técnica de actuación ante sintomatología delirante, y si esta no funciona indica la búsqueda de un gerocultor o técnico diferente al que estaba cuando empezaron los síntomas delirantes para que el/ ella lo relaje y así ayudar a la persona a bajar sus niveles de estrés al enfrentar la situación con alguien nuevo con quien no ha tenido roces por su comportamiento

Aquí hay... hay casos que cogen la chaqueta “y me voy, y me voy, me voy, me voy”, entonces lo primero que hacemos es cerrar la puerta, intentar relajarlo, a veces con lo que le ha pasado la situación del hombre o la mujer no quiere hablar, entonces intentas buscar otra compañera que venga ella a intentar relajarla, sino llamamos a la psicóloga y la psicóloga se lo lleva a otra sala, intenta pues relajarlo, vamos a ver que tal... pues

siempre intentas cambiar un poco o de lugar o de persona, porque quizás contigo ya la ha tomado, y contigo va a ser no, a lo mejor vengo yo y lo puedo tranquilizar, entonces intentamos buscar otros métodos.

(Mujer, gerocultora 27 años)

Asimismo, la siguiente respuesta muestra cómo se busca tranquilizar a la persona explicándole la situación de que no puede abandonar la residencia para que él o la adulta mayor entienda el contexto en el que se encuentra y de esta forma se tranquilice.

Pero, no sé, intentar tranquilizarla en el momento que le entre esa ansia por decir “me quiero ir”, tranquilizarla de otra manera, quizás, aunque le explique que no puede ser, pero pararme con ella a decírselo, porque quizás eso la tranquilizará, yo no le estaré diciendo ninguna mentira, porque no es lo que se debe de hacer, y bueno, no es garantía que cuando pase un ratito te lo vuelva a decir, pero al menos en aquel momento, yo que sé, salimos del paso. Porque claro, lo importante en ese momento yo pienso que es que no esté angustiada. ¿Vale? Quitarle aquella angustia que en aquel momento de que “me tengo que ir porque mi madre está ahí y me está esperando”.

(Mujer, técnico 59 años)

## 5. Reelaborar

Esta categoría hace referencia a admitir la realidad que la persona está experimentando y explorarla usando preguntas para bajar los niveles de estrés con la finalidad de encontrar un significado oculto que se sobrepone a una necesidad no cubierta. El 7.1% de la muestra mencionó en sus respuestas ideas que se incluyeron en esta categoría.

Es así como en el siguiente extracto, se puede observar como el cuidador piensa que la situación de presentación de delirios debe ser afrontada como una

necesidad no cubierta de la persona, por lo cual es importante llegar al desencadenante del comportamiento para entender esta necesidad

Vale, ehm, pues la primera, bueno, ¿Qué creo que puede estar pasando aquí? Eh, la sensación... ¿no? Que la persona realmente necesita algo que no está siendo atendido. No sé si puede ser algo de identidad, de vinculación, de... de estar incluido en la vida, o de que realmente le ha pasado algo, que le ha movido a buscar a su madre, ¿no? Con lo cual no sabría que le está pasando, lo único que sé es que tiene una necesidad que no está siendo satisfecha. ¿no? Así que... como actuarían aquí, pues habrían varias formas.

(Hombre, técnico 26 años)

Asimismo, en la siguiente respuesta se puede observar un poco más el proceso de validación mediante el uso de preguntas sobre la madre de la persona y la muestra de empatía frente a la situación

Hay un sitio, bueno, se divide la residencia en diferentes grupos, y hay un grupo pues que ya es de demencias más avanzadas, pues em... lo que se hace es más o menos, bueno, no sé, lo que yo es que... es por eso que quiero formarme en esto, yo lo que emm... emm... quiero primero es hablar con la persona que me explique por qué tiene que ir o le pregunto, pero no sé si lo hago bien, yo le pregunto como se llamaba, en pasado, como se llamaba tu madre, tal y... y... intentar darle, bueno, no sé, que se tranquilice hablando de cosas o si quiere que ir a cocinar para su madre, que cosas les gusta cocinar, tal, o si está preocupada por algo, pues intentar de hacer entender que yo lo veo que... y puedo entender que esté preocupada ella, por algo... no sé

(Mujer, técnico 25 años)

De la misma manera, en el siguiente fragmento como en el anterior se pueden observar técnicas de validación para hacer frente a los síntomas delirantes

tenemos una señora que aparte de que es escapista, ésta que me voy con... con mi madre, o una señora que también decía que... me voy con... me espera la mama, los abuelos, y mi hermano, uy, mi hermano, cuando... que el hermano es, vamos... que el teniente aquel como se entere que no estoy, sabes, claro le... le ibas canalizando de... ¿y tu hermano como... como se llama? O, sabes... que y... trabajaba donde, porque yo soy de Hospitalet, intentas cambiarle un poco la... o los yayos, como son los yayos, porque... los yayos, como se llaman tus... y entonces te explicaban, pues yo no me casé, porque mis abuelos no me dejaron... pues, sí... les cambias un poco el...este.

(Mujer, gerocultora 48 años)

## 6. Ignorar

Esta categoría hace referencia a no hacer caso o tratar a las personas como si no merecieran atención. EL 9,5% de la muestra se centró en esta categoría.

En el siguiente extracto de un técnico se puede ver ejemplificado el uso de este detractor, donde es utilizado por algunos cuidadores al agotar otras estrategias para afrontar la situación y no saber como tratar esta sintomatología de manera adecuada.

Cada semana, a lo mejor con la misma persona, o con distinta. Lo que hago yo es. Para tranquilizar a la persona, porque lo que pasa es que entra en un estado de nerviosismo, ansiedad y que puede decantar, vete a saber en qué. Es decirle “ya, pues espérate, siéntate”. Porque lo que suelen hacer es levantarse, las, las personas que pueden, eh. Caminar, buscar la salida, siempre pasa con una persona concretamente. Decirle: “yo, yo la llamo. Yo la llamo”. ¿Y qué... que pasa, estoy mintiendo? Sí... estoy mintiendo para un bien. Es... es... no es paternalismo es... lo que pretendo es que esa persona se calme, se tranquilice, para que no llegue más allá, y sabiendo que se va a olvidar en un ratín, pues lo que trato de hacer yo como educadora, es en ese momento, atenderle

personalizadamente, individualmente y quitarle de la mente esa idea. Como pueda, con el recurso que tenga a mano, desde una conversa, porque sé que a esa persona le gustan los zapatos o lo que sea, “oye, mira mi zapato, que se me ha roto”. Cualquiera cosa, yo que sé. Cualquiera cosa para distraerle.

**Vale.**

Y con suerte, ya no se acordará en un rato, de que se quería ir. Si se sigue acordando, pues se tiene que... seguir trabajando con esa persona, eh, hay gente que... si es una persona que se levantan o que pasan en muchos sitios, vale, es que la dejan ahí sentada y ya se le... ya se calmará. Es lo que te digo, ¿no? Hay que ponerle atención a la persona. Siempre. Y yo he estado en sitios, de “déjalos, ya se tranquilizarán”, y eso no es... porque esa persona está sufriendo. Está pensando que, que, que se tiene que ir. Y no se puede ir, y la están esperando. Eso provoca ansiedad a cualquier persona

(Mujer, técnico 38 años)

Asimismo, en la siguiente respuesta se puede observar nuevamente como la falta de tiempo es el principal factor para que los cuidadores dejen de lado a la persona con demencia cuando atraviesa con sintomatología delirante

Y lo de mis compañeros, pues depende, claro, si estamos hablando del personal auxiliar en concreto... eh... a ver, según... yo veo que eso va en la persona... o sea, yo sé que habrá gente que sí, también según el momento en el que estemos, porque si es un momento con más carga de trabajo, y no le pueden prestar atención... “Antonia... que cállate y ya”, ¿sabes? O “que no te vas a ir, que no sé qué, tal”. Entonces es eh... o dejarla, y no hacerle caso, si están haciendo, si tienen que hacer otras cosas, o... o... pues eso, a lo mejor según quien, puedes intentar decirle otra cosa que la distraiga o según quien, directamente decirle “no, Antonia, que te tienes que quedar aquí hasta...” Tampoco... tampoco más, es que

claro, también hay momentos en que tampoco tienes la posibilidad de sentarte con ellos y intentar otras cosas.

(Mujer, técnico 35 años)

Por último, en el siguiente extracto se puede observar como el ignorar es utilizado por los cuidadores cuando estos han agotado sus recursos y no saben qué más otras estrategias aplicar para enfrentar la situación delirante de la persona, por lo que optan por dejarla sola y no prestarle atención

Bueno, nosotros se lo decimos, bueno, le decimos, no... sí... ya, siempre decimos lo mismo, “si nos ha llamado, que nos ha dicho que tienes que esperar, porque hasta más tarde, pues, si es tu mujer, ella está haciendo la faena de casa, está comprando, está haciendo la faena”. “pues no, que me tengo que ir”. Bueno, al final, a veces ya tienes que acabar de decir... bueno, tienes que cerrar la puerta, porque se lo explicas, y se lo explicas, y se lo explicas, y tenemos y tenemos una persona, bueno, tenemos dos, pero uno es más... un poquito más tranquilo, y el otro es más... y que al final tenemos que acabar cerrando la puerta.

(Mujer, gerocultora 62 años)

## 7. Depende

Esta categoría hace referencia a la existencia de una condición para llevar a cabo una acción (sea cual sea) con la persona con demencia. El 4,8% de la muestra mencionó esta categoría en sus respuestas

Es el caso de un gerocultor, hombre de 55 años quien en hace referencia a que la técnica o manera de afrontar los síntomas delirantes cambia de persona a persona, esto dependiendo de qué acciones les han funcionado para afrontar esta situación.

Bueno, a ver, el tema este lo tenemos, o sea, no me es... pasa que, claro, esa pregunta como... pregunta contexto, hay que llevarlo a la persona, ¿vale? Depende, o sea, hay personas que dicen que quieren irse para

casa y tal, entonces, tienes que trabajar estrategias... mmm... a mí no me gusta mucho mentir, pero una mentirijita, si tengo que hacer, porque lo que... o sea, yo lo que intento, bajo todo punto es sacarla de su... porque eso le crea malestar, intento sacarle del problema del malestar. Ahora esa estrategia depende de la persona, ¿sabes? O sea, lo que no le puedes decir es “¡no, no es que tú vas a estar aquí hasta que no sé qué!”, esa es información... que no hace falta

Asimismo, en el siguiente extracto se puede observar cómo los cuidadores por antecedentes previos con la persona deciden si decir la verdad, mentir o utilizar otras estrategias, todo esto con la finalidad de causar el menor estrés en el adulto mayor.

¿Sabes? No puedes dejar que se vaya, tampoco no puedes decir simplemente “no te vas”. Entonces lo que nosotros... cuando tenemos situaciones así, lo que hacemos, según vayamos conociendo a la persona, a veces decimos verdad, a veces decimos mentira. Por ejemplo, en este caso, si yo supiese que esta señora se queda tranquila, porque lo hemos probado alguna vez diciéndole: “ha llamado tu madre y dice que ya vendrá ella más tarde”, pues diríamos esto. Seguramente esta persona, porque tenemos gente así, vendrá después y te volverá a hacer la misma pregunta. Pero a lo mejor, pues le has... le has ayudado a que tenga diez minutos de tranquilidad, sabiendo que la persona a la que espera va a venir. Es según demanda, habrá otras personas que no, que esa frase no le va a servir, y tendrás que decirle: “mira cariño, no te puedes, porque tú ahora vives aquí con nosotros, tu madre no está”. Pero esto lo vas viendo según la... según como sea el residente. Unos reaccionan bien a unas cosas y otros a otras, tienes que ir ingeniándotelas.

(Mujer, gerocultor, 30 años)

#### 8. No sabe/No contesta

Esta categoría hacer referencia al desconocimiento de las personas, tanto gerocultores como técnicos en cuanto a cómo manejar los síntomas delirantes en personas con diagnóstico de demencia. O a la falta de respuesta frente a la interrogante. Mientras en las respuestas referentes a la práctica común nadie dijo que no sabía lo que hacer, en las correspondientes a la buena práctica el 42,9% de los participantes no supieron contestar a la pregunta explicitando el no saber cómo actuar ante estos casos.

### **Frecuencia de las categorías**

Para comprobar el grado de acuerdo inter-observador se calculó el índice de kappa en cada una de las categorías. Al realizar esta medida estadística para la gran mayoría de las categorías (especialmente las más frecuentes) el índice indicó unos niveles buenos o muy buenos de acuerdo entre categorizadores. En las siguientes tablas se pueden observar los resultados obtenidos tanto en las prácticas comunes, como en las buenas prácticas.

**Tabla 4** Índice KAPPA de las prácticas comunes

| Índice Kappa Práctica Común |             |
|-----------------------------|-------------|
| Categoría                   | Valor Kappa |
| Mentir                      | .93         |
| Decir la verdad             | .82         |
| Distraer                    | .83         |
| Relajar                     | .48         |
| Reelaborar                  | 1.00        |

\*Se ha calculado kappa solo para las categorías más frecuentes

En las prácticas comunes el índice KAPPA señala un acuerdo entre categorizadores “muy bueno” en las categorías mentir, decir la verdad, distraer y reelaborar lo cual demuestra que la proporción de acuerdos observados es más allá del azar en estas categorías

**Tabla 5** Índice KAPPA de las buenas prácticas

| Índice Kappa Buena Práctica |             |
|-----------------------------|-------------|
| Categoría                   | Valor Kappa |
| Mentir                      | .83         |
| Decir la verdad             | .91         |
| Distraer                    | .85         |
| Relajar                     | .46         |
| No sabe/ No contesta        | .81         |

\*Se ha calculado kappa solo para las categorías más frecuentes

En las buenas prácticas, las categorías Mentir, decir la verdad, distraer y no sabe/ no contesta obtuvieron un índice KAPPA “muy bueno”, lo cual demuestra que el acuerdo entre las categorizadoras va más allá del azar.

Las respuestas obtenidas del personal técnico y asistencial se muestran en la tabla 6. Al comparar frecuencias, las mayores diferencias, en el caso de la práctica común, aparecía en varias categorías: Personal técnico (más que los gerocultores) mencionaron que ignorar, reelaborar, distraer y decir la verdad eran prácticas comunes. Mientras que los gerocultores mencionaron más categorías como mentir y depende.

**Tabla 6** Frecuencias (porcentajes entre paréntesis) de prácticas comunes/ buenas prácticas según posición de trabajo, chi-cuadrado que compara la diferencia entre tipo de profesional y chi- cuadrado que compara la diferencia

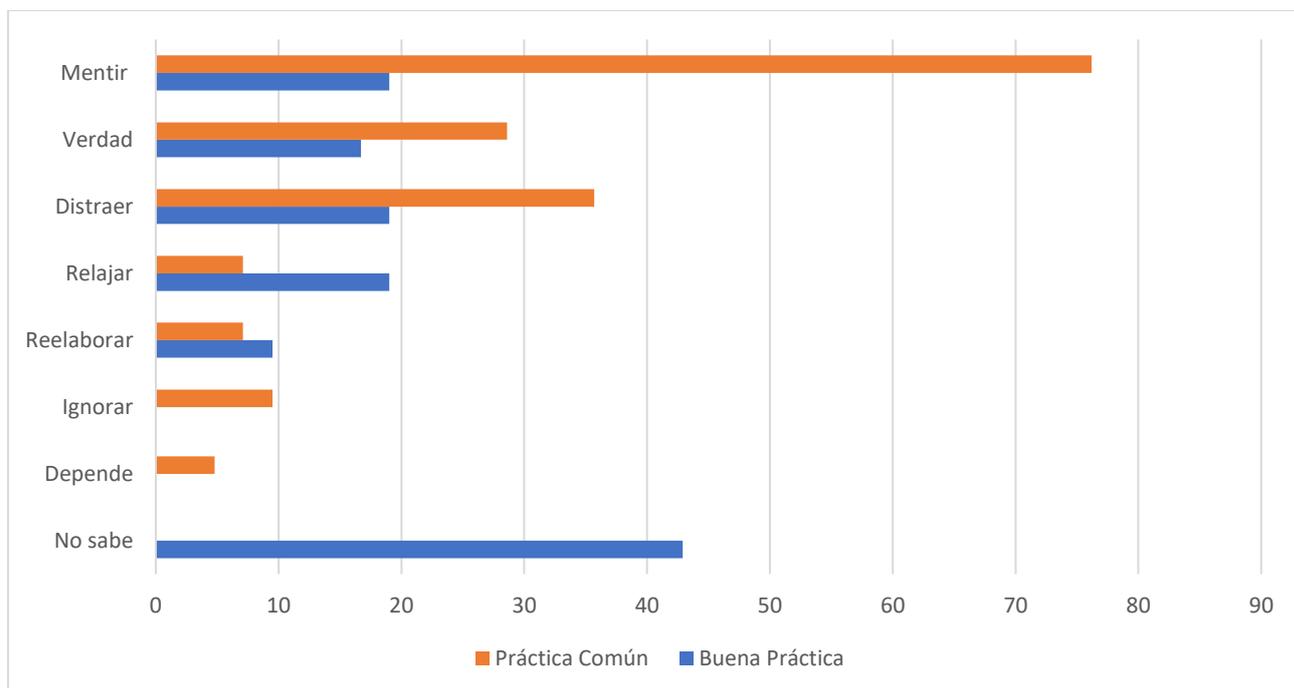
entre Práctica común vs buena práctica (el asterisco señala aquellas diferencias significativas a un nivel  $p < 0,05$ )

| Categorías           | Técnicos (n=21) | Gerocultores (n=21) | $\chi^2$<br>Tipo de profesional | $\chi^2$<br>Práctica común vs buena práctica |
|----------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------|--|
| Mentir               |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 13 (61,9)       | 19 (90,5)           | 4,725*                          | 3,088  |
| Buena práctica       | 4 (19)          | 4 (19)              | -                               |  |
| Decir la verdad      |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 8 (38,1)        | 4 (19)              | 1,867                           | 0,359  |
| Buena práctica       | 5 (23,8)        | 2 (9,5)             | 1,543                           |  |
| Distraer             |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 10 (47,6)       | 5 (23,8)            | 2,593                           | 6,643*                                       |
| Buena práctica       | 7 (33,3)        | 1 (4,8)             | 5,559                           |  |
| Relajar              |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 2 (9,5)         | 1 (4,8)             | 0,359                           | 0,76   |
| Buena práctica       | 3 (14,3)        | 5 (23,8)            | 0,618                           |  |
| Reelaborar           |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 2 (9,5)         | 1 (4,8)             | 0,359                           | 12,243*                                      |
| Buena práctica       | 3 (14,3)        | 1 (4,8)             | 1,105                           |  |
| Ignorar              |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 3 (14,3)        | 1 (4,8)             | 1,105                           | -  |
| Buena práctica       | 0 (0)           | 0 (0)               | -                               |  |
| Depende              |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 0 (0)           | 2 (9,5)             | 2,208                           | -  |
| Buena práctica       | 0 (0)           | 0 (0)               | -                               |  |
| No sabe/ No contesta |                 |                     |                                 |  |
| Práctica común       | 0 (0)           | 0 (0)               | -                               | -  |
| Buena práctica       | 8 (38,1)        | 10 (47,6)           | 0,389                           |  |

*Nota 1 La suma de frecuencias es mayor que el número de participantes ya que algunos participantes mencionaron más de una estrategia, cada una codificada en categorías diferentes*

En la tabla número seis se pueden observar diferencias significativas en la categoría mentir en la comparación de chi cuadrado entre tipo de profesional,

mientras que en cuanto a práctica común vs buenas prácticas se encuentran diferencias significativas en las categorías distraer y reelaborar.



**Figura 1.** Frecuencia en porcentajes de estrategias utilizadas para manejar síntomas delirantes en personas con diagnóstico de demencia, elegidas como prácticas comunes y buenas prácticas

## Discusión

El objetivo general de esta investigación fue explorar las prácticas para el manejo de situaciones que involucran delirios en personas con demencia en centros residenciales, tomando en cuenta las diferencias entre las prácticas comunes y las buenas prácticas. Además, comparando las opiniones del personal técnico y de los gerocultores. Los participantes de este estudio, casi en su totalidad, independientemente del puesto de trabajo habían experimentado una situación que involucraba delirios en personas con diagnóstico de demencia. Este resultado reafirma que los delirios son unos de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia (SPCD) más frecuentes en personas que viven en residencias que tienen diagnóstico de demencia (de Lange et al., 2013 y Domènech et al., 2001) y pone de manifiesto la necesidad de prestar atención a

cómo estas situaciones son manejadas por el personal residencial. A este respecto, los resultados obtenidos en esta investigación revelan varias dificultades que merecen mayor atención e investigación.

Por una parte, más de la mitad de los participantes, tanto personal técnico (61.9%) como personal auxiliar (90.5%) mencionaron que los síntomas delirantes son manejados mediante el uso de mentiras, siendo esta estrategia quizá la más sencilla y directa al momento de enfrentarse con los síntomas delirantes ya que es utilizada en su mayoría para evitar o reducir la angustia de manera rápida en las personas que sufren sintomatología delirante y en el personal cuidador (James et al., 2006) sin tener en cuenta o reflexionar necesariamente sobre las necesidades y características de cada caso. También, es remarcable que el 23.8% de gerocultores y el 47.6 % de técnicos mencionaron al distraer como estrategia utilizada como práctica común, la cual según Bakhurst (1992) conforma la categoría de “engaño intencional” que aunque es diferenciado de la mentira, es moralmente equivalente a esta ya que infringe el derecho de la persona de la autonomía y a ser tratado con dignidad.

Por otra parte, es relevante destacar que, menos de la mitad de los participantes consideraron estrategias como “reelaborar” como buena práctica, número que era aún más bajo cuando se tomaron en cuenta las prácticas comunes. Lo que va de la mano con lo mencionado con Bakhurst (1992) quien alude que en momentos de crisis el uso de mentiras y engaños son más probables de ser utilizados como estrategias legítimas. Asimismo, este resultado sugiere que el personal residencial se encuentra centrado en las tareas que deben realizar, por lo que no toman en cuenta las necesidades de la persona con diagnóstico de demencia. Como consecuencia, los síntomas delirantes son vistos como “problemas” a erradicar, más que como comportamientos que necesitan ser comprendidos, como lo detallan los modelos centrados en la persona como es el caso de la terapia de validación (Day et al., 2011) lo cual podría aumentar el riesgo de maltrato en los centros residenciales ya que el cumplir con una tarea podría superponerse a las necesidades de las personas con diagnóstico de demencia, situación que se observa en algunos casos de este estudio puesto que el 14.3% de los técnicos y el 4.8% de los gerocultores utilizan como estrategia para lidiar con estas circunstancias el “ignorar” en la práctica común.

Por otro lado, los resultados muestran más de una estrategia para manejar la sintomatología delirante en personas con diagnóstico de demencia, tanto en la práctica común como en la buena práctica, lo cual podría indicar la falta de pautas, guías y políticas entre profesionales, quienes parecen actuar de acuerdo con su propio criterio frente a estas circunstancias, situación que va de la mano de la categoría “no sabe/ no contesta” obtenida en este estudio, la cual muestra que en la buena práctica el 38.1% de técnicos y el 47.6% de gerocultores no saben cómo actuar frente a este tipo de situaciones. Es decir, la respuesta que la persona con diagnóstico de demencia recibe al presentar síntomas delirantes dependerá en gran medida del profesional que en ese momento se encuentre a su cuidado ya sea personal técnico o personal auxiliar. Por otro lado, esta diversidad de respuestas podría también reflejar la complejidad de los síntomas delirantes que pueden ser precipitados por múltiples factores (Olazarán et al., 2012) y pueden llevar a mencionar prácticas funcionales en situaciones y personas específicas

Estos apartados, abren las puertas para la discusión sobre las diferencias existentes entre las prácticas comunes y las buenas prácticas, diferencias que son particularmente amplias en las categorías de ignorar y reelaborar, las cuales fueron las menos mencionadas en buenas prácticas y mentir y relajar, que fueron las estrategias más frecuentemente mencionadas como buena práctica. Estas discrepancias sugieren que algunos trabajadores residenciales saben que se necesita un enfoque más empoderador, autónomo y centrado en la persona para manejar las situaciones de delirio, pero que existen barreras que les impiden actuar de manera correcta. Por lo cual existe un potencial de mejora en el manejo de síntomas delirantes si se identifican y abordan estas barreras que no les permiten ejercer una intervención óptima. Cabe recalcar que este estudio no proporciona ningún tipo de evidencia en este tema, pero las malas condiciones de trabajo, junto a un contexto estresante podrían ser factores que favorezcan la aparición de esas diferencias. Se necesita una mayor investigación para determinar los factores que expliquen con certeza la falta de implementación de la mejor práctica en el ambiente residencial

Por último, este estudio saca a la luz diferencias entre personal técnico y personal auxiliar. El personal técnico se tiende a encasillar en categorías como

reelaborar o decir la verdad, mientras que el personal auxiliar (quienes se encuentran día a día lidiando con diversas situaciones estresantes, entre ellas los síntomas delirantes) mencionaron estrategias centradas en la solución inmediata de la situación estresante. Esta diferencia sugiere un enfoque más orientado al cumplimiento de tareas por parte del personal auxiliar y su preferencia por intervenciones directas y simples, cosa que podría reflejar su menor nivel de formación en comparación con el personal técnico, pero también su mayor exposición ante situaciones de personas experimentando sintomatología delirante y la urgencia con la que deben tomar decisiones que sean en pro del bienestar de la persona y de terceros.

## **Limitaciones**

Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser tomadas en cuenta al momento de interpretar sus resultados. En primer lugar, este fue un estudio exploratorio realizado solamente en un país, donde solamente participaron residencias elegidas de manera intencionada. Por lo que los resultados obtenidos no se pueden generalizar a otros centros residenciales o puntos geográficos. Mayor investigación es necesaria para confirmar estos resultados.

En segundo lugar, la utilización de una situación genérica puede llevar a los participantes a no considerar sus experiencias cotidianas reales, por lo cual cualquier cambio, por mínimo que sea en la situación podría influir en la estrategia utilizada para afrontarla

Por último, el estudio no incluyó medidas de las percepciones del personal sobre el éxito de sus intervenciones. Esto podría haber ayudado a explicar por qué ciertas intervenciones son tan prevalentes como prácticas comunes y buenas prácticas.

## **Implicaciones prácticas**

A pesar de las limitaciones de este estudio acotadas con anterioridad, la presente investigación muestra ser de suma importancia en el campo del tratamiento de

los síntomas delirantes en personas adultas mayores con diagnóstico de demencia. De la misma manera, muestra alcances que parecen ser útiles para continuar con la investigación dentro de este campo.

A nivel teórico, este estudio aporta con literatura actualizada sobre la temática, asimismo permite al lector contrastar información a favor y en contra del uso de las mentiras terapéuticas y, además aporta nuevas propuestas de intervención no farmacológica de la sintomatología delirante en personas adultas mayores con diagnóstico de demencia.

A nivel metodológico, la entrevista utilizada para la realización de esta investigación al estar basada en el método de narrativas de historias de vida podría ser utilizada en futuros estudios que podrían ser aplicados a mayor escala tanto a nivel nacional como a nivel internacional. En una investigación futura se puede indagar aprendizajes de los cuidadores, así como sus experiencias.

Por último, a nivel práctico esta investigación ha dado a conocer formas comunes de tratamiento no farmacológicos de los síntomas delirantes en personas adultas mayores, mostrando así una falta de formación del personal residencial y también la falta de lineamientos, guías y consensos de cómo se debería tratar este tipo de sintomatología

## **Conclusiones**

1. El uso de estrategias dirigidas a evitar la angustia de manera inmediata son utilizadas de manera general y principalmente por el personal auxiliar al afrontarse con situaciones que involucran a una persona adulta mayor con diagnóstico de demencia que presenta síntomas delirantes
2. La estrategia de manejo de los síntomas delirantes más frecuente es el uso de la mentira, la cual es utilizada por los cuidadores profesionales para evitar angustia en las personas adultas mayores que presentan sintomatología delirante
3. La gran diversidad en las respuestas y la preminencia de manejos basados en la mentira sugiere una falta de formación para el tratamiento

no farmacológico de los síntomas delirantes basados en la atención centrada en la persona por parte de los trabajadores residenciales, especialmente del personal auxiliar, quienes actúan de acuerdo a experiencias previas y/o a su parecer de acuerdo a la circunstancia que se les presente

4. En cuanto a prácticas comunes, todos los participantes supieron contestar a la interrogante de ¿Qué es lo que hacen normalmente?, mientras que en buenas prácticas una gran cantidad de participantes no supo contestar, lo cual sugiere nuevamente la falta de formación en este ámbito.
5. Los síntomas delirantes presentes en personas adultas mayores con diagnóstico de demencia son vistos como un “problema a extinguir” y no como un comportamiento que se solapa a necesidades no cubiertas de las personas
6. Es necesario proveer formación, lineamientos y guías claras de cómo afrontar de manera ética y eficaz este tipo de sintomatología.

## Referencias

- Ahunca, L. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: Síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 51-58.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Bakhurst, D. (1992). On lying and deceiving. *Journal of Medical Ethics*, 18(2), 63-66.
- Bennett, M, Ward, E. y Scarinci, N. (2016). Exploratory investigation of communication management in residential-aged care: A comparison of staff knowledge, documentation and observed resident-staff communication. *International Journal of Language y Communication Disorders*, 51(3), 296-309. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12207>

- Blum, N. (1994). Deceptive practices in managing a family member with Alzheimer's disease. *Symbolic Interaction*, 17(1), 21-36.  
<https://doi.org/10.1525/si.1994.17.1.21>
- Bok, S. (2011). *Lying: moral choice in public and private life*. Knopf Doubleday Publishing Group.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cantone, D., Attena, F., Cerrone, S., Fabozzi, A., Rossiello, R., Spagnoli, L. y Pelullo, C. (2019). Lying to patients with dementia: Attitudes versus behaviours in nurses. *Nursing Ethics*, 26(4), 984-992.  
<https://doi.org/10.1177/0969733017739782>
- Cerda, J. y Villarroel, L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista chilena de pediatría*, 79(1). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062008000100008>
- Culley, H., Barber, R., Hope, A. y James, I. (2013). Therapeutic lying in dementia care. *Nursing standard*, 28, 35-39.  
<https://doi.org/10.7748/ns2013.09.28.1.35.e7749>
- Day, J., Higgins, I. y Keatinge, D. (2011). Orientation strategies during delirium: Are they helpful?. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3285-3294.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03849.x>
- de Lange, E., Verhaak, P. y van der Meer, K. (2013). Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 127-134. <https://doi.org/10.1002/gps.3814>
- Domènech, M., Fuentes, A. y Teruel. (2001). Demencia con delirio: Aproximación médico forense. *Cuadernos de Medicina Forense*, 24, 31-46.
- Elvish, R. y James, I. (2010). Lying in dementia care: An example of a culture that deceives in people's best interests. *Aging y Mental Health*, 14(3), 255-262. <https://doi.org/10.1080/13607861003587610>
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129-133.  
[https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(07\)81021-4](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(07)81021-4)

- Fick, D., Agostini, J. y Inouye, S. (2002). Delirium superimposed on dementia: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x>
- Figueroa, J., Bravo, D. y Guillen, R. (2019). Salud, esperanza y el coste de vida. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 3, 278-299. <https://doi.org/10.35381/s.v.v3i6.322>
- Garre, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
- Garrido, M. (2008). Síntomas psicológicos-conductuales de las demencias y su tratamiento. *Semergen- Medicina Familiar*, 34(9), 444-449. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)75203-1](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)75203-1)
- Hasselkus, B. (1997). Everyday ethics in dementia day care: Narratives of crossing the line. *The Gerontologist*, 37(5), 640-649. <https://doi.org/10.1093/geront/37.5.640>
- Instituto Nacional de estadística INE. (2021). Esperanza de vida. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- James, I. (2015). The use of CBT in dementia care: A rationale for communication and interaction therapy (CAIT) and therapeutic lies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000185>
- James, I., Wood-Mitchell, A., Waterworth, A., Mackenzie, L. y Cunningham, J. (2006). Lying to people with dementia: Developing ethical guidelines for care settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(8), 800-801. <https://doi.org/10.1002/gps.1551>
- James, I., Smith, K., Powell, I. y Fairbairn, A. (2003). Lying to residents: Can the truth sometimes be unhelpful for people with dementia? *PSIGE Newsletter*, 82, 26-28
- Jennings, A., Foley, T., McHugh, S., Browne, J. y Bradley, C. (2018). 'Working away in that grey area...' A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and

- psychological symptoms of dementia. *Age and Ageing*, 47(2), 295-303.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afx175>
- Kirtley, A. y Williamson, T. (2016). *What is truth? An inquiry about truth and lying in dementia care*. Kousoulis Antonis.  
<https://www.mentalhealth.org.uk/publications/what-truth-inquiry-about-truth-and-lying-dementia-care>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Lapeira, J., Ferrer, A., Hidalgo, J., Rayo, S. y Garcia, C. L. (2005). Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: ¿cómo tratarlos?. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 1(1), 39-47.
- Lupoli, M., Levine, E. y Greenberg, A. (2018). Paternalistic lies. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 146, 31-50.  
<https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2018.01.001>
- Mills, R., Jackman, L., Mahesh, M. y James, I. (2019). Key dimensions of therapeutic lies in dementia care: A new taxonomy. *OBM Geriatrics*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.21926/obm.geriater.1901032>
- Morales, A., Alvarado, S., Calvo, M., Contreras, J. y Reventós, H. (2012). Un acercamiento al contenido cultural de los delirios de personas con esquizofrenia de Costa Rica. *Cuadernos de Antropología*, 22, 1-24.
- Moreno, Á. (2009). Las falsas ideaciones en demencia: Contenido y características de los fenómenos delusionales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(4), 288-295.
- Muller-Hergl, C. (2007). Distress does not justify lying. *Journal of dementia care*, 15(4), 10-11.
- Nash, M. y Foidel, S. (2019). *Neurocognitive behavioral disorders: An interdisciplinary approach to patient-centered care*. Springer.
- Neal, M. y Briggs, M. (2006). Terapia de validación para la demencia. *The Cochrane Library*, 1(1), 1-17.
- Nitchingham, A. y Caplan, G. (2021). Current challenges in the recognition and management of delirium superimposed on dementia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1341-1352.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S247957>

- Olazarán, J., Agüera, L. y Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608.  
<https://doi.org/10.33588/rn.5510.2012370>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Demencia*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2019). *Envejecimiento | Naciones Unidas*. United Nations; United Nations. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Pérez, A. y Gonzales, S. (2016). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378-384. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>
- Pérez, Y., Turro, L., Mesa, R. y Turro, E. (2018). Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. *MEDISAN*, 22(5), 543-550.
- Pool, J. (2007). Facts or feelings: Do we need to choose?. *Journal of Dementia Care*, 15(2), 27.
- Puig, M., Adell, C., Prat, A y Oromí, J. (2000). El envejecimiento poblacional como problema sanitario. *Medicina Integral*, 36(5), 190-198.
- Qian, S., Yu, P., Hailey, D., Zhang, Z., Davy, P. y Nelson, M. (2014). Time spent on daytime direct care activities by personal carers in two Australian residential aged care facilities: A time-motion study. *Journal of the Australian Healthcare y Hospitals Association*, 38(2), 230-237.  
<https://doi.org/10.1071/AH13161>
- Rodríguez, J. y Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). 29-36 <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25307>
- Schermer, M. (2007). Nothing but the truth? On truth and deception in dementia care. *Bioethics*, 21(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00519.x>
- Vega, T., Miralles, M., Mangas, J., Castrillejo, D., Rivas, A., Costa, M., López, A., Arrieta, E., Lozano, J. y Fragua, M. (2018). Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de caso study in health sentinel

networks. *Elsevier Enhanced Reader*. 33(8), 491-498.

<https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2016.10.002>

Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Faba, J. y Martínez, T. (2019). Expresión sexual y regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 54(1), 12-18.

Watkins, R., Goodwin, V., Abbott, R., Backhouse, A., Moore, D. y Tarrant, M. (2017). Attitudes, perceptions and experiences of mealtimes among residents and staff in care homes for older adults: A systematic review of the qualitative literature. *Geriatric Nursing*, 38(4), 325-333.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.002>

Zepeda, P y Muñoz, C. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5.