MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL EN PERSONAS CON DEMENCIA

Carmen Aparicio Gómez

Psicóloga CL4924

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Palencia
Calle La Puebla, 9 – Palencia
Telf. 979 71 38 88
afapalencia@hotmail.com

ÍNDICE

1. **INTRODUCCIÓN. LA DEMENCIA Y LOS SPCD**
2. **¿QUE SON LOS SPCD?**
3. **¿POR QUÉ SE PRODUCEN? GÉNESIS**
4. **TIPOS DE SPCD**
5. **MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL**
    - **MANEJO GENERAL**
    - **PAUTAS ESPECÍFICAS**

1. INTRODUCCIÓN. LA DEMENCIA Y LOS SPCD

*La **demencia** es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.*

\+ control emocional, comportamiento social o motivación.

La demencia trae consigo **sintomatología psicológica y conductual**

↓

- Generan gran sufrimiento en cuidador y enfermo
- Agravan el deterioro cognitivo y funcional
- Precipitan la institucionalización.
- Pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad

2. ¿QUÉ SON LOS SPCD?

Alteraciones en la percepción, el contenido del pensamiento, el humor o la conducta que se presentan frecuentemente en pacientes con demencia

(Asociación Psicogeriátrica Internacional, 1996).

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS:	**SÍNTOMAS CONDUCTUALES:**
• Más complejos y elaborados • Obtenidos a través de la entrevista con el paciente y sus cuidadores • Depresión, ansiedad, psicosis…	• Más básicos • Obtenidos mediante la observación directa del paciente • Agresividad, hiperactividad motora, desinhibición…

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

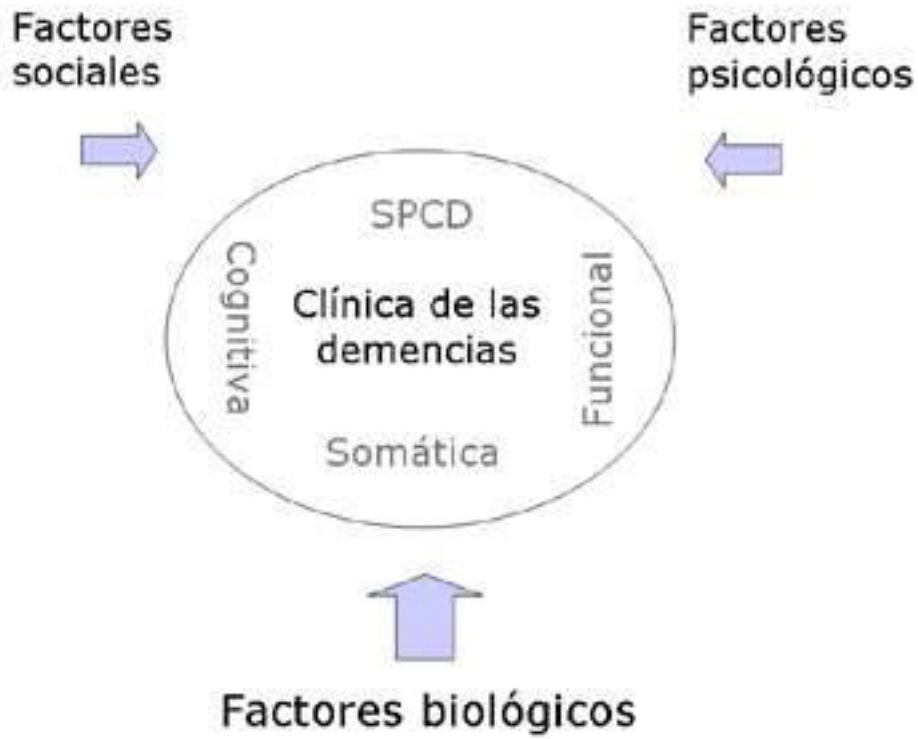


Figura I.
Nota: Modelo biopsicosocial para explicar las diferentes manifestaciones clínicas de la demencia. SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Tomado de *Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento.* (p.599) por Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortíz, L.F. y Muñiz-Schwochert, R., 2012, Rev. Neurología.

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

FACTORES BIOLÓGICOS

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Combinación de factores anatómicos, bioquímicos y genéticos.

DAÑO A NIVEL FRONTAL

ALTERACIONES CONDUCTUALES

Alteración en los impulsos: apatía, hiperactividad, desinhibición…

Deficiente juicio: alteraciones del pensamiento, fabulación…

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

FACTORES BIOLÓGICOS

¿Causa médica aguda? → SÍNDROME CONFUSIONAL

	SÍNDROME CONFUSIONAL	SPCD
INICIO Y CURSO	Agudo, curso fluctuante y sin remisión espontánea	Progresivo, generalmente de larga evolución, esporádico o intermitente
ATENCIÓN	Dispersa, hiperalerta o con pérdida de respuestas, cambiante.	Relativamente estable, con posibles patrones horarios (ej. Agitación vespertina)
SIGNOS FÍSICOS	Taquicardia, temblor, sudoración, cambios de coloración y temperatura	Ausentes

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

FACTORES PSICOLÓGICOS

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Intentos fracasados de manejar o adaptarse a los cambios fisiopatológicos y ambientales.

LA PÉRDIDA DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS

INICIALMENTE SE PUEDE COMPENSAR CON LA **UTILIZACIÓN DE RECURSOS,**

LOS RASGOS MÁS BÁSICOS DE LA PERSONALIDAD TERMINARÍAN AFLORANDO

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

MODELO DE LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS

Biológicas, Psicológicas y Sociales

Número de necesidades no cubiertas fue el principal factor asociado a la presencia de SPCD

TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Estímulos ambientales pueden mantener, extinguir o cambiar las conductas según el tipo de refuerzo asociado.

3. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS SPCD?

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

Otros factores ambientales determinantes:

- Utilización de la **luz** por debajo de los niveles normales y la **reducción del ruido** mejoran el sueño y reducen SPCD en pacientes institucionalizados.

- La utilización de **sujeciones físicas** como supuesta medida de seguridad, también puede aumentar las conductas auto-lesivas, al agitación o la ansiedad.

4. TIPOS DE SPCD

PSICOLÓGICOS	CONDUCTUALES
Ilusiones y Alucinaciones	Deambulación errática
Ideas delirantes	Agresividad y agitación
Identificaciones erróneas	Desinhibición
Depresión	Irritabilidad
Apatía	Alteraciones del sueño
Ansiedad	Trastornos del apetito
Euforia	Reacciones catastróficas

4. TIPOS DE SPCD

1. ILUSIONES Y ALUCINACIONES

ILUSIONES

percepciones distorsionadas de la realidad

ALUCINACIONES

experiencias sensoriales falsas.

- Las alucinaciones visuales son las más comunes en la demencia.
- D.Cuerpos de Lewi 80% de los casos
- EA: Frecuencia directamente proporcional al grado de deterioro cognitivo y funcional

4. TIPOS DE SPCD

2. IDEAS DELIRANTES O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

- Ideas paranoicas basadas en déficits cognitivos (memoria) y en errores de identificación.
- Ideas de robo, ideas de abandono, ideas de infidelidad…
- Muy predictivas de agresividad

3. ERRORES DE IDENTIFICACIÓN

- Trastornos de la percepción de estímulos externos que se suelen sostener de forma delirante.
- No identificar su casa, su cara en el espejo, los personajes de la televisión como externos…

4. TIPOS DE SPCD

4. DEPRESIÓN

Tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga, falta de esperanza, etc. Que provocan malestar significativo o pérdida de funcionalidad.

Depresión donde aparecen trastornos cognitivos

PSEUDODEMENCIA	DEMENCIA
Dificultades de atención y concentración que hacen que tengan puntuaciones bajas en los test.	Dificultades en más funciones cognitivas superiores que no se deben únicamente a la falta de atención.
Aparición brusca de los síntomas	Inicio insidioso
Evolución más rápida	Evolución lenta
Exageran los problemas de memoria	Minimizan los problemas de memoria o los ocultan
Se quejan de tristeza, presentan un sufrimiento intenso	La tristeza es implícita

4. TIPOS DE SPCD

5. APATÍA

- Dejadez por las actividades y el cuidado personal.
- Falta de relaciones sociales
- Falta de interés por lo que le rodea
- Destaca la indiferencia

Muy asociada a depresión

6. ANSIEDAD

- Preocupación constante por cuestiones que antes no le preocupaban
- Preguntas reiteradas en corto espacio de tiempo
- Fobias variadas
- En demencias más avanzadas: signos más sutiles

4. TIPOS DE SPCD

7. EUFORIA

Estado de ánimo anormalmente elevado o inapropiado socialmente.

- Muy característico de Demencia Frontotemporal

8. DEAMBULACIÓN ERRÁTICA

SEGUIMIENTO DEL CUIDADOR

HUIDAS DE CASA

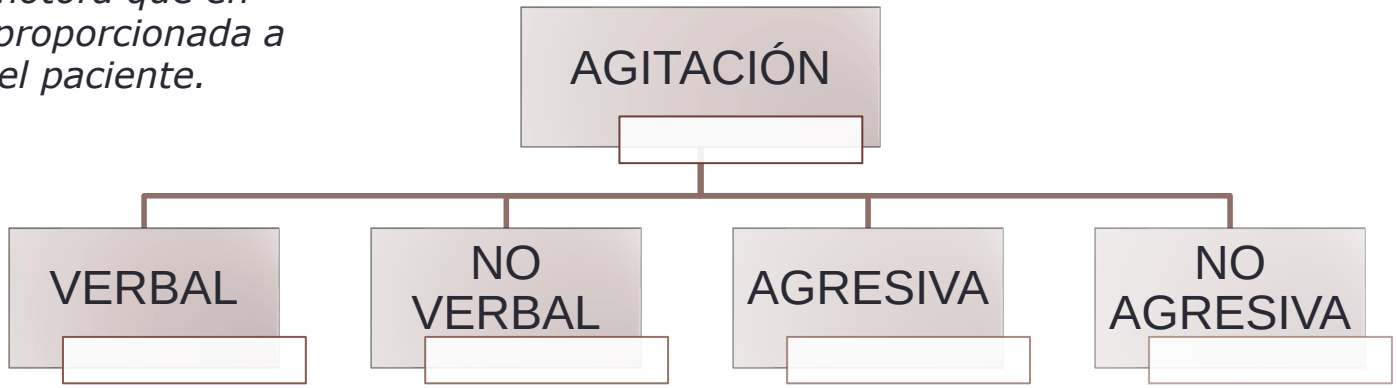
CAMINAR SIN RUMBO

COMPROBACIÓN DE LA PRESENCIA DEL CUIDADOR

4. TIPOS DE SPCD

9. AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN

Actuación verbal o motora que en apariencia no parece proporcionada a las necesidades del paciente.



- VERBAL AGRESIVA
- VERBAL NO AGRESIVA
- MOTORA NO AGRESIVA
- MOTORA AGRESIVA

4. TIPOS DE SPCD

10. DESINHIBICIÓN

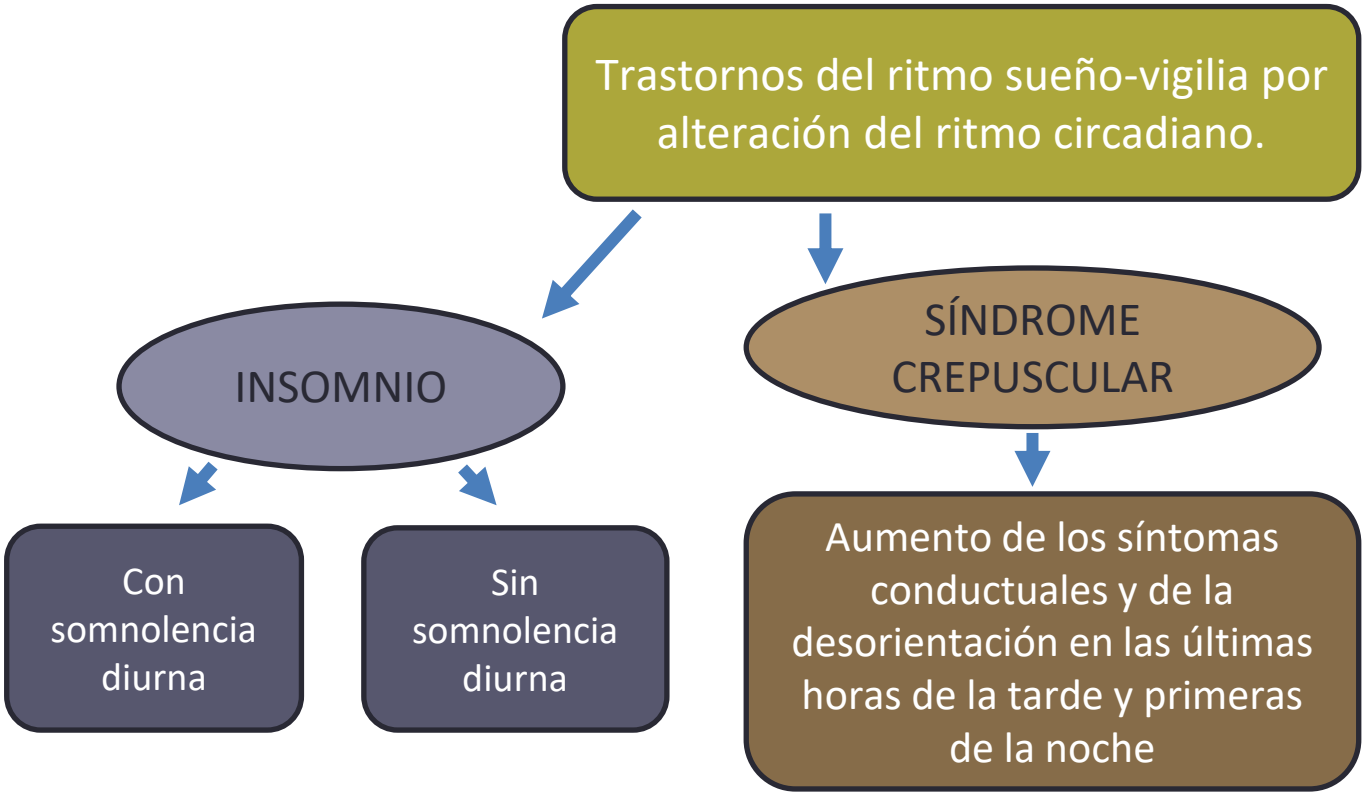
- CRISIS DE LLANTO
- EUFORIA
- SEXUALIDAD INAPROPIADA
- AGRESIVIDAD
- INTRUSIVIDAD

11. IRRITABILIDAD

Mal humor, cambios de humor rápidos no justificados, impaciencia e intolerancia.

4. TIPOS DE SPCD

12. ALTERACIONES DEL SUEÑO



4. TIPOS DE SPCD

13. ALTERACIONES DEL APETITO

Impulso elevado para la ingesta

Disminución del apetito o falta de impulso para la ingesta.

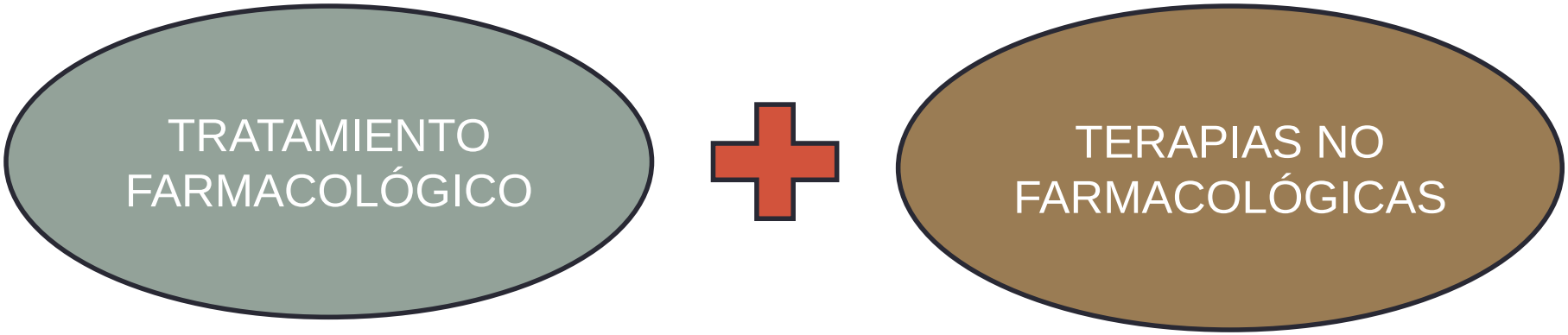
14. REACCIONES CATASTRÓFICAS

Respuestas verbales o físicas excesivas y bruscas.

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

Para tratar los síntomas cognitivos y psicológicos de las demencias, es necesario un **tratamiento combinado**.

Los fármacos son necesarios, pero no se entienden sin las terapias no farmacológicas.

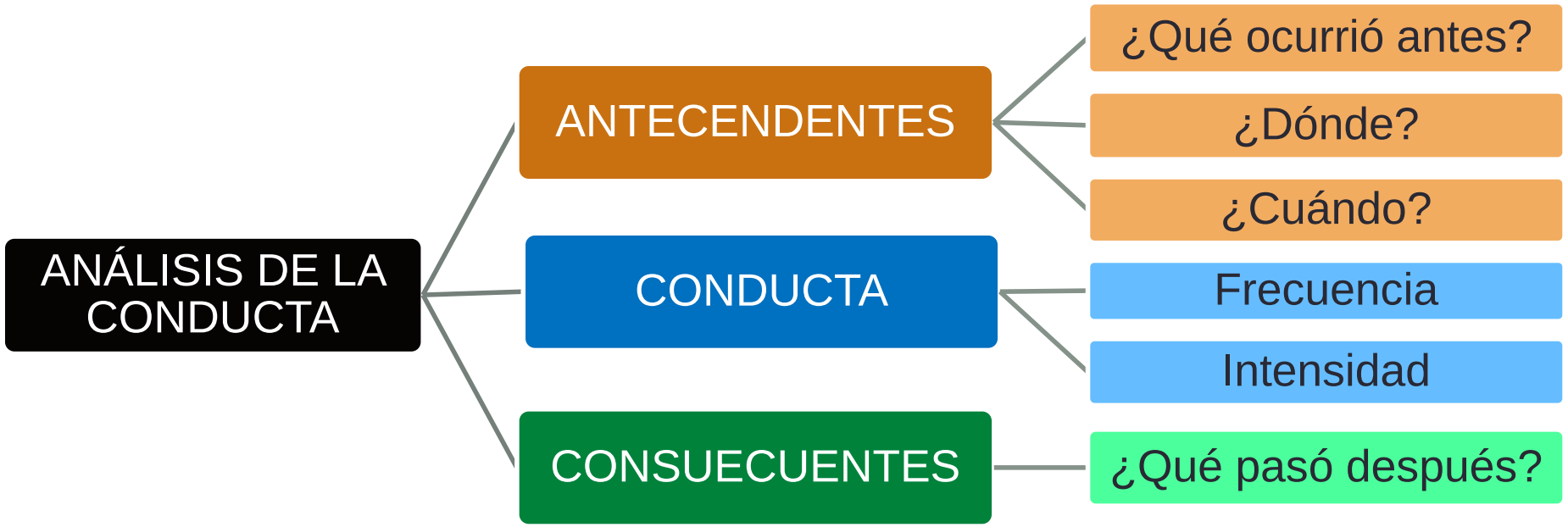


5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LOS SPCD

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

PROMOVER CONDUCTAS ADECUADAS Y ELIMINAR CONDUCTAS INADECUADAS



✓***Buscamos establecer relaciones funcionales de la conducta con los estímulos ambientales para así poder introducir cambios que orienten a la conducta hacia un sentido u otro.***

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

EJEMPLO DE ANÁLISIS DE LA CONDUCTA

IDENTIFICACIÓN DEL SÍNTOMA PRIMARIO

Ejemplo: ***Pablo se puso a insultar y a gritar cuando su hija Elena le ayudaba a ir al baño***

ANTECEDENTES			CONDUCTA		CONSECUENTES
Lugar	***Cuando***	***Qué sucedió antes***	***Frecuencia***	***Intensidad***	***Qué pasa después***
En casa	Al levantarse de la cama	Había mojado la cama y su cuidador había puesto mala cara	Baja	Alta	Elena le muestra su enfado y levanta el tono de voz

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LOS SPCD

MANERA DE PROCEDER DE LOS PROFESIONALES:

1 -Observar y definir el problema de conducta

2 -Realizar el análisis de la conducta

3 -Planificar intervención individualizada

4 -Implantar el plan

5 -Valorarlo e introducir modificaciones oportunas

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

MANEJO GENERAL DE LOS SPCD

1. La comprensión del **proceso biológico** que produce la demencia.
2. Asunción de la **perspectiva personal** del individuo.
3. Búsqueda y modificación de posibles **factores desencadenantes.**
4. **Actitud** que permita recobrar la confianza y la sensación de control.

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

MANEJO GENERAL DE LOS SPCD

No siempre vamos a ser capaces de eliminar completamente estos SPCD

→

Reducir la frecuencia y la intensidad de los síntomas.
Dar prioridad al bienestar de la persona

Distinguir entre SPCD y conductas de resistencia a los cuidados.

"Tan importante como lo que debe hacerse es aquello que se debe evitar"

Puede tratarse de reacciones personales que se deben respetar

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

ILUSIONES Y ALUCINACIONES

- Reaccionar con tranquilidad
- No discutir sobre la alucinación
- El contacto físico puede ser tranquilizador
- Buscar el motivo que la ha desencadenado
- Vigilar los fármacos
- Si no son peligrosas, no tratarlas

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

IDEAS DELIRANTES

- Espacio que le resulte familiar
- No discutir sobre si es verdad o no
- Reforzar las conversaciones coherentes
- Mantener la calma si se desorienta
- Corregir deficiencias visuales y auditivas
- No hablar en voz baja delante de él
- Repetir la información
- Desviar la atención hacia actividades gratificantes

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

ERRORES DE IDENTIFICACIÓN

- Descartar que se deban a alteraciones visuales o auditivas
- Si no repercuten negativamente, no tratarlos.
- Intentar relajar y explicar lo que está sucediendo.
- No discutir ni recriminar. Desviar la atención.
- No seguir la corriente.
- Tener la casa bien iluminada.

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

ANSIEDAD - DEPRESIÓN

- Realizar actividades gratificantes
- Analizar las causas y suprimirlas
- Utilizar refuerzos positivos y aprobación
- Validar sus sentimientos
- Cuidar el estado de ánimo del cuidador

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

APATÍA

- Proponer actividades gratificantes
- Utilizar la música
- Proponer actividades sin posibilidad de error

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

EUFORIA

- No imitar ni reforzar
- No trivializar
- Corregir u ofrecer afecto de forma respetuosa

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

DEAMBULACIÓN ERRÁTICA

- Permitir la actividad si no supone peligro
- Calzado cómodo y espacios seguros
- Vigilancia constante
- Actividades manipulativas como alternativa
- No intentar detenerlo

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD

- La prioridad es la seguridad de la persona
- Ser prudentes con las sujeciones
- Utilizar la distracción
- Utilizar la imitación
- Proporcionar un ambiente relajado
- Suprimir cafeína, estimulantes y alcohol

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

DESINHIBICIÓN

- Estudiar posibles desencadenantes
- Ofrecer actividad física/ lúdica y contacto social
- Recurrir al humor y ser flexible
- Enseñar a convivir con esta sintomatología
- Limitar la contención a evitar perder dignidad

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

IRRITABILIDAD

- Modificación ambiental
- Prestar atención a la actitud del cuidador

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

ALTERACIONES DEL SUEÑO

- Acostarse y levantarse a la misma hora
- Rutina agradable para ir a la cama
- Entorno tranquilo en el dormitorio
- Hacer ejercicio físico
- No acostarse con hambre ni tras comer mucho

5. MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

ALTERACIONES DEL APETITO

DISMINUCIÓN DE APETITO

- Usar el gusto premórbido para presentar alimentos y ambiente en la comida
- Hacer los platos atractivos. Usar la conversación

AUMENTO DE APETITO

- Reducir o evitar la exposición
- Actuar para combatir la ansiedad

PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

REACCIONES CATASTRÓFICAS

- No pedirle lo que no puede hacer o comprender
- Mantener una rutina en AVD
- No meterles prisa
- No forzar situaciones
- Cuando se produce: no discutir ni gritar, ponerse de frente y hablar calmado.

GRACIAS
POR SU ATENCIÓN

Carmen Aparicio Gómez
carmenag.psi@gmail.com
Psicóloga CL4924

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Palencia
Calle La Puebla, 9 – Palencia
Telf. 979 71 38 88
afapalencia@hotmail.com