

SÍNTOMAS **CO**NDUCTUALES Y **PSI**COLÓGICOS DE LAS DEMENCIAS

CONTENIDO TEMÁTICO

INTRODUCCION

UNIDAD I: LA DEMENCIA Y LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y CONDUCTUALES

I. ¿QUÉ ES LA DEMENCIA?.

II. TIPOS Y DESCRIPCIÓN DE LAS DEMENCIAS.
2.1 Demencias reversibles.
2.2 Demencias irreversibles.
2.2.1 Enfermedad de Alzheimer.
2.2.2 Enfermedad de Parkinson.
2.2.3 Demencia Vascular.
2.2.4 Demencia de Cuerpos de Lewy
2.2.5 Enfermedad de Pick.
2.2.6 Enfermedad de Binswager.
2.2.7 Demencias relacionados con el consumo de alcohol

III. DIAGNÓSTICO Y SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEMENCIA
3.1 Diagnóstico en la enfermedad de Alzheimer.
3.2 Sintomatología específica.
3.3 Diagnóstico en la Demencia Vascular.
3.4 Sintomatología específica.
3.5 Diagnóstico en los cuerpos de Lewy.
3.6 Sintomatología específica.
3.7 Diagnóstico en la enfermedad de Pick.
3.8 Sintomatología específica.

IV. FUNCIONES MENTALES QUE SE AFECTAN EN EL PACIENTE DEMENCIADO
4.1 Memoria, juicio, personalidad, praxis, conductas y problemas psicológicos.

4.2 Sintomatología conductual y psicológica específica.

V. HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

5.1 Importancia de la historia personal

VI. PLANEACION DEL CUIDADO

6.1 Planeación del cuidado de acuerdo a objetivos prioritarios

VII. RELACIONES FAMILIARES

7.1 Relación con familiares

UNIDAD II: SINTOMAS PSICOLOGICOS EN LOS PACIENTES DEMENCIADOS

VIII. SINTOMAS PSICOLOGICOS

8.1 Agitación y agresión, apatía, y ansiedad
8.2 Alucinaciones, interpretaciones erróneas, delirios, reacciones catastróficas
8.3 Depresión
8.3.1 Datos estadísticos de depresión en la demencia
8.3.2 Síntomas de la depresión
8.3.3 Exceso de incapacidad
8.3.4 ¿Depresión o demencia?
8.3.5 Tratamiento para la depresión en la demencia
8.3.6 Actividades de apoyo
8.3.7 Sentimiento de control
8.3.8 Terapia cognitiva y eventos placenteros

UNIDAD III: SINTOMAS CONDUCTUALES EN LOS PACIENTES DEMENCIADO

IX. SINTOMAS CONDUCTUALES

9.1 Higiene: Baño, vestimenta e higiene oral
9.2 Incontinencia fecal e urinaria
9.3 Alimentación
9.4 Comportamiento sexual inapropiado
9.5 Deambular
9.6 Problemas nocturnos

UNIDAD IV: LA FAMILIA, EL PERSONAL DE SALUD Y EL PACIENTE

X. TRATAMIENTO MEDICO

10.1 Tratamiento farmacológico en las demencias
10.2 Estado confusional agudo, delirium:
10.2.1 Definición
10.2.2 Criterios diagnósticos
10.2.3 Clinica
10.2.4 Causas
10.2.5 Manejo
10.2.6 Posibles evoluciones del delirium

UNIDAD V: LA COMUNICAION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE DEMENCIADO

XI. INTERACCIONES

11.1 Aspectos de la comunicación a considerar
11.2 Técnicas de interacción.
11.2.1 Escuchar todo el mensaje
11.2.2 Orientación a la realidad
11.2.3 Escuchar enfáticamente
11.2.4 Terapia de resolución
11.2.5 Terapia de validación
11.2.6 Terapia de reminiscencia

XII. EL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN LOS CUIDADORES

12.1 Predictores de la carga.
12.2 El impacto del cuidador en los SICOPSI.

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN.

Una de los factores más importantes en la etiología de las demencias es la edad. Estudios poblacionales han demostrado que la incidencia de estos padecimientos se duplica aproximadamente cada 5 años después de los 65 años de edad.

Cálculos en diversos países del mundo y en diversas culturas, incluyendo a México, han demostrado que entre los 65 y 70 años de edad, aproximadamente un 5% de la población padece una forma de demencia, a los 70 años 10% y entre los 80 y 90 años aproximadamente un 40%.

Tradicionalmente México ha sido considerado un país con una pirámide poblacional con base amplia en su sector infantil y juvenil. Sin embargo dicha pirámide muestra cambios estructurales que arrojan cifras alarmantes en la explosión de personas de edad avanzada y por lo tanto de pacientes con demencia en los próximos 20 años.

Por éstas razones, nos enfrentaremos con un mayor número de pacientes con deterioro demencial, por lo que una preparación adecuada, basada en la experiencia de países que han pasado por este tipo de problemática, así como las técnicas más actualizadas en el manejo integral de estos pacientes, le dará la posibilidad a los profesionales de salud de un manejo de excelencia y optima calidad. El conocimiento profesional da las herramientas necesarias para el manejo y cuidado de estos pacientes.

I. ¿QUÉ ES LA DEMENCIA?

La demencia es un proceso degenerativo de las células del cerebro. La causa de este problema es *orgánica*, es decir, un problema físico y no un problema de locura o psiquiátrico, como aquellas enfermedades funcionales por ejemplo: esquizofrenia o manía.

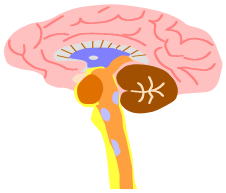
Bajo el término de demencia se engloban las condiciones que producen una pérdida progresiva de las funciones mentales como pensar, razonar o aprender. La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso, habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales.

Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber: El lenguaje, las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Puede ser acompañado de cambios en la personalidad y/o estado emocional.



II. TIPOS DE DEMENCIA.

REVERSIBLES



Son aquellas que pueden mejorar a través de un tratamiento o de una operación quirúrgica, por ejemplo trastornos endocrinológicos, trastornos vitamínicos y procesos neoplásicos.

IRREVERSIBLES



Aquellas en las que no existe ningún tipo de tratamiento para su cura, ya que son causadas por lesión cerebral, por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia de cuerpos de Lewy, etc.

2.1 Demencias Reversibles.

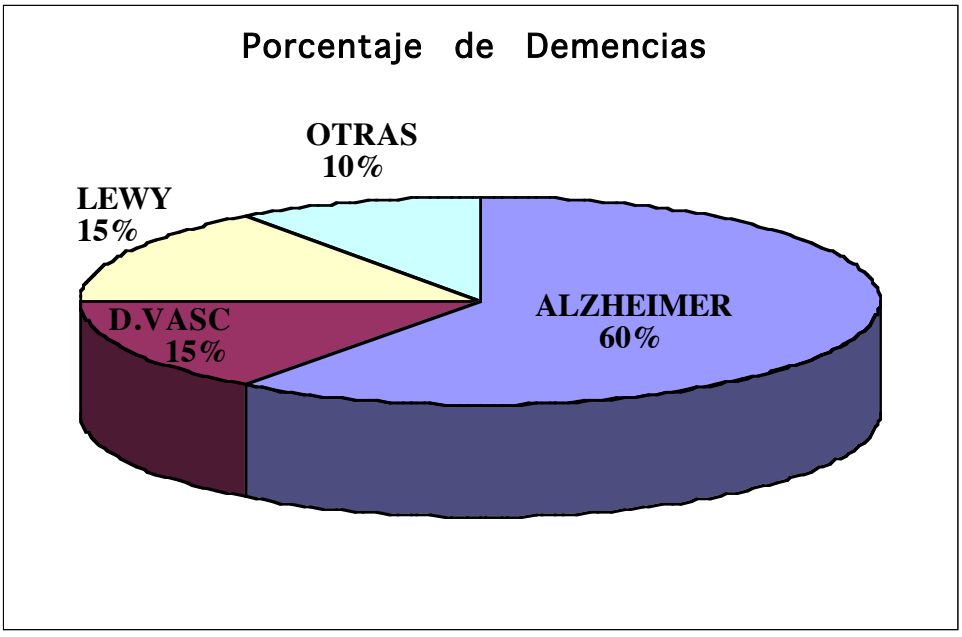
Estado de alteración cognitiva cuya causa puede ser tratada, no obstante el padecimiento lleve ya un tiempo de evolución. Las causas más comunes pueden ser trastornos endocrinológicos, como hipotiroidismo, abuso de medicamentos tranquilizantes, y trastornos vitamínicos, especialmente B12 y folatos.

Existen procesos neoplásicos que pueden presentarse como demencias, también.

En algunos casos padecimientos depresivos en gente mayor pueden presentarse con síntomas que semejan plenamente a una demencia. Estos también constituyen formas reversibles de demencia (ver sección 8.3)
En muchos casos no obstante la potencial reversibilidad del caso, esto no se da y algunos autores estipulan que no obstante que encontremos una causa potencialmente reversible que explique el deterioro solo en un 30% de los casos la mejoría se da.

2.2 Demencias Irreversibles.

Existen diversos tipos de demencias, y cada una tiene una causa y patología distinta. Las más comunes son las siguientes: Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular y Demencia de Cuerpos de Lewy. También hay algunas que son menos comunes, por ejemplo Enfermedad de Pick, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Parkinson con demencia, y demencia relacionado con el consumo de alcohol y más recientemente la demencia asociada al SIDA. A continuación se muestra una gráfica con los porcentajes de incidencia de cada una de ellas y posteriormente se explican en el mismo orden de aparición. En muchos pacientes puede haber un cuadro mixto, generalmente la combinación de Demencia tipo Alzheimer y patología vascular.



2.2.1 Enfermedad de Alzheimer.

CEREBRO CON ALZHEIMER

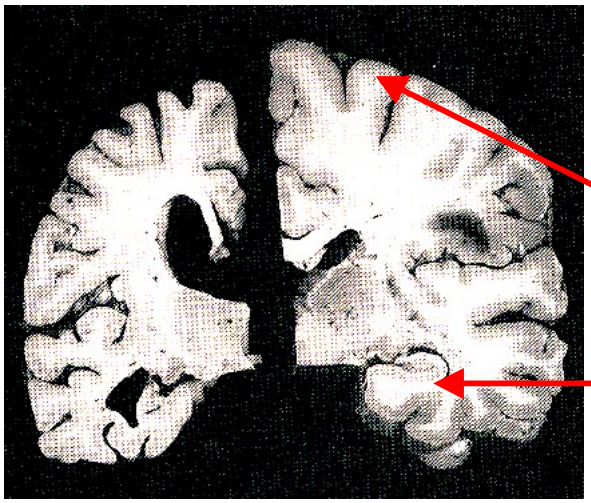
CEREBRO NORMAL

La enfermedad de Alzheimer (EA) fue nombrada por Alois Alzheimer quien, en 1907, describió los cambios específicos, ahora considerados como rasgos de la enfermedad, que se produjeron en el cerebro de una mujer de 51 años fallecida tras cuatro años y medio de discapacidad.

Corteza Cerebral

Hipocampo

¿Cuáles son estos cambios? El cerebro contiene por lo menos 10 billones de células nerviosas (neuronas) y un número diez veces mayor de células que apoyan a las neuronas. Cada célula nerviosa está conectada con miles de otras células nerviosas. En personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer, las células mueren inicialmente en partes clave del cerebro: La corteza cerebral (sustancia gris), el hipocampo y el núcleo basal de Meynert.

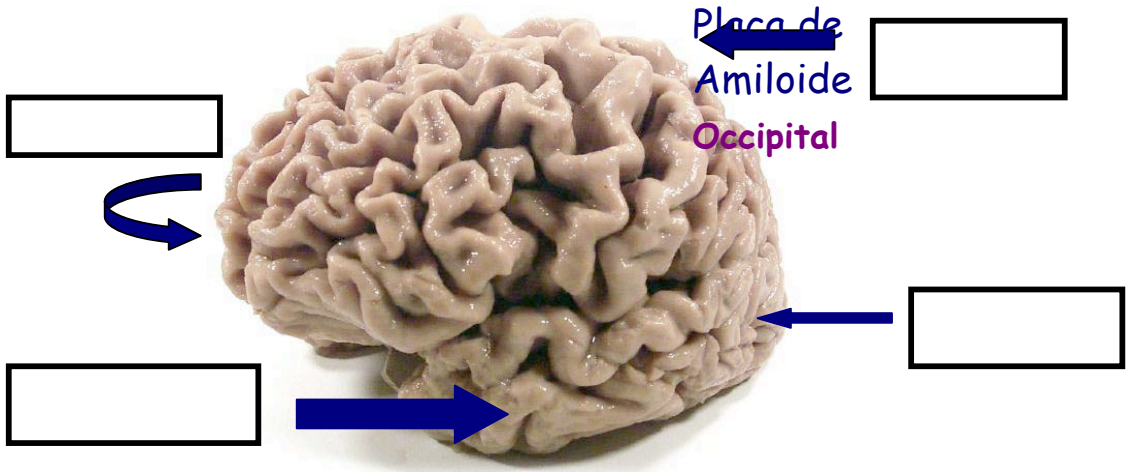


Aquí es donde las células nerviosas hacen uso de la acetilcolina para comunicarse entre sí. En el paciente con la enfermedad de Alzheimer, la acetilcolina en el cerebro es muy escasa.

Cada hemisferio del cerebro está dividido en cuatro lóbulos: El Frontal, el Parietal, el Temporal y el Occipital. Aunque todos éstos pueden verse afectados por la enfermedad de Alzheimer, el más trastornado es el *temporal,* y es precisamente este lóbulo quien controla muchas funciones importantes, incluyendo el lenguaje, la memoria, las emociones, la concentración y el sentido del tiempo y la individualidad (Gruetzner, 1988).

Parietal

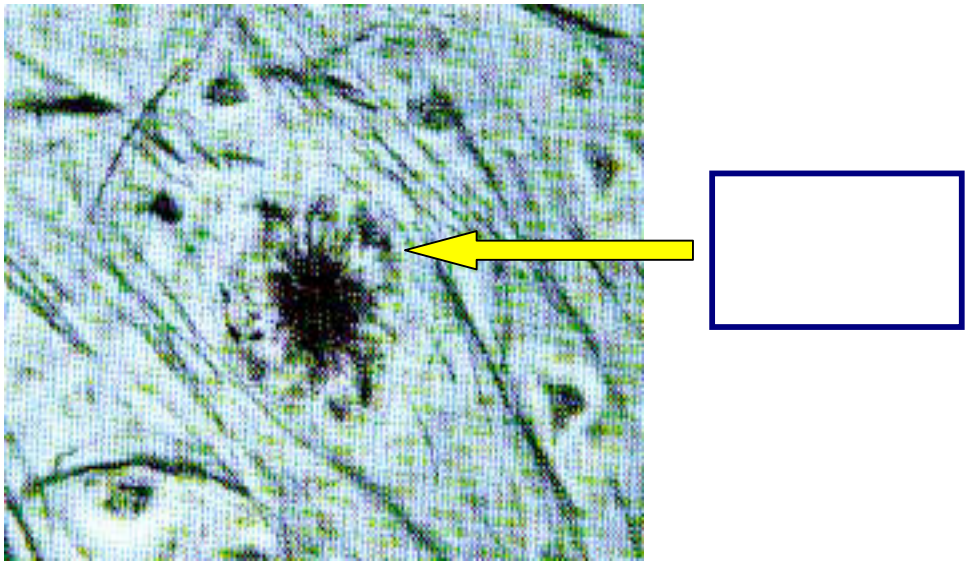
Frontal



Cabe mencionar que dos grandes cambios estructurales que se dan en el cerebro de los pacientes con Alzheimer son: Las placas seniles y las marañas de neurofibrillas, mismas que a continuación se explican.

- *Placas Seniles*

Se localizan principalmente en la capa exterior del cerebro: La corteza. Son relativamente grandes, con frecuencia mayores que las neuronas, pero para poder ser detectadas, necesitan un elevado nivel de magnificación. Aparentemente están constituidas por un agrupamiento de terminaciones nerviosas anormales y engrosadas. En las placas de mayor tamaño se distingue un área central, o núcleo, que contiene fibras de una proteína denominada amiloide.

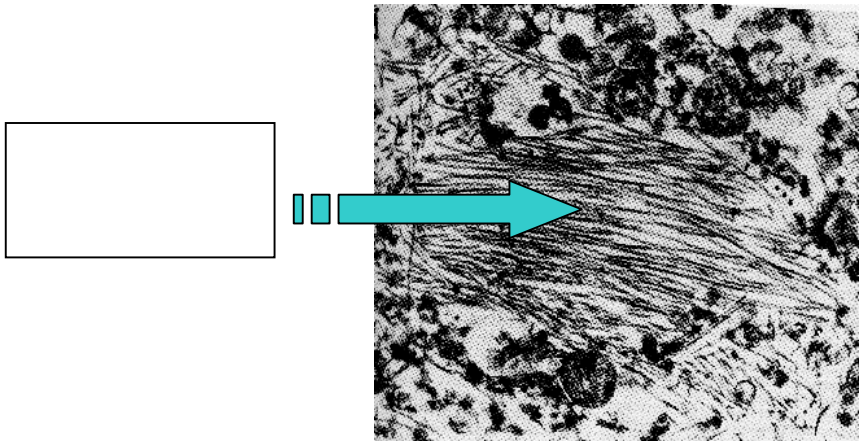


aña
rofibrilar

- *Marañas de neurofibrillas.*

Al contrario que las placas, los marañas neurofibrilares se localizan en el interior de uno de los tipos más importantes de células cerebrales (las neuronas). Las marañas están constituidas por una densa agrupación de neurofilamentos. Estas delgadas fibras contribuyen, en condiciones normales, a que las células del cerebro trabajen con eficiencia. Los marañas contienen pares de filamentos enrollados entre sí en forma de espiral. Son de naturaleza fundamentalmente proteica y similares en algunos aspectos a la proteína amiloide que aparece en las placas.

Las marañas se concentran dentro de las neuronas del hipocampo y la amígdala, que se localizan profundamente en el cerebro y que controlan la memoria y las emociones, y también pueden concentrarse en áreas claves de la corteza que nos ayudan a integrar la información y decidir qué hacer.



Las placas y marañas tienen su origen en alteraciones en la producción de ciertas proteínas codificadas genéticamente. Para que se empiecen a producir estas proteínas anormales se necesita una carga genética específica y el paso de los años. Por lo tanto la herencia genética y la edad avanzada son factores fundamentales en el riesgo de adquirir esta enfermedad.

Estos cambios sólo pueden detectarse cuando se examinan al microscopio determinadas partes del cerebro, obviamente esto sólo es posible ya que se ha muerto el paciente. El diagnóstico en pacientes se hace observando los síntomas que presenta el mismo y excluyendo otras enfermedades que pueden producir un cuadro similar.

2.2.2 Enfermedad de Parkinson con demencia.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica que afecta zonas cerebrales que controlan el tono muscular, la precisión de movimientos y la relación del cuerpo entre sí mismo. El sustrato biológico de este síndrome es una disfunción química predominantemente en una estructura llamada la sustancia nigra, la cual se ve disminuida de dopamina.

Clínicamente se presenta en dos variedades. Una en la cual predomina la rigidez y otra que predomina el temblor en reposo. Ambas se acompañan de otros signos y síntomas como pueden ser lentitud de los movimientos, baja expresión facial y alteraciones en la marcha.

Hay estudios que han mostrado una frecuencia variable de demencia en la enfermedad de Parkinson. Brown y Marsden (1984) concluyeron que un 30-40% de pacientes con la enfermedad de Parkinson desarrollarán síntomas de demencia. Sin embargo, si se sigue el criterio del DSM-III para diagnosticar demencia, la incidencia puede ser de un 15-20%. Esta discrepancia puede deberse a falta de precisión en el diagnóstico y a los efectos de medicamentos para la enfermedad de Parkinson.

La edad es un factor muy importante para determinar el riesgo de demencia para la población en general y lo mismo es cierto para quienes sufren de la enfermedad de Parkinson. Para los pacientes en que la enfermedad comienza antes de los 70 hay un menor riesgo de desarrollar demencia que para los pacientes en quienes comienza después de los 70.

En muchos pacientes con Parkinson los síntomas de demencia parecen seguir un patrón similar: después de un periodo estable con agentes anti-parkinsonianos se desarrolla confusión alucinaciones de paranoia, alucinaciones visuales y pérdida de la memoria.



2.2.3 Demencia Vascular (DV).

Este tipo de demencia es causada por alteraciones en el suministro de nutrientes a las células cerebrales ya sea por infartos cerebrales a nivel local y en forma distante al evento; o por bajas en el transporte de estos nutrientes a las neuronas. Cuando la sangre no llega a las células cerebrales los pacientes sufren un daño que puede ser irreversible. Una de las causas de este tipo de demencia es que el paciente sufre lo comúnmente conocido como Arterioesclerosis (un endurecimiento de las arterias) en su cuerpo en general, que resulta en un taponamiento gradual de los vasos sanguíneos arteriales.

En la demencia vascular, el paciente sufre un deterioro secuencial, como resultado de los episodios de infartos a diferencia de la enfermedad de Alzheimer, donde el deterioro es más progresivo.

El nivel de discapacidad del enfermo depende de la zona del cerebro lesionada por los infartos. La mayoría de los problemas más frecuentes tales como: Memoria, aprendizaje, habla, y lenguaje, son consecuencia de los lesiones que se producen en la corteza, la capa más externa del cerebro. Ciertas partes del cerebro, localizadas debajo de la corteza (áreas subcorticales) pueden lesionarse también, ello da lugar a problemas menos evidentes, pero importantes, como es la presencia de dificultades para realizar ciertas tareas de la vida diaria, lentitud, aletargamiento general y pérdida de memoria. Muchas veces encontramos gran daño en la sustancia blanca cerebral, daño denominado comúnmente como leucoaraiosis.



Los problemas de los pacientes tienden a ser menos generales y difundidos que en la enfermedad de Alzheimer (EA); algunas de sus aptitudes se mantendrán íntegras, y con mayor frecuencia que en la EA. Se sienten frustrados por sus dificultades y sufren arrebatos de intensa emoción.

2.2.4 Demencia de cuerpos de Lewy

Tiene patología tanto de la enfermedad de Alzheimer como de la enfermedad de Parkinson. Lo que la hace específica es que hay pocas placas y marañas y que los

cuerpos de Lewy específicos de la enfermedad de Parkinson predominen en la corteza cerebral y no en la sustancia nigra.



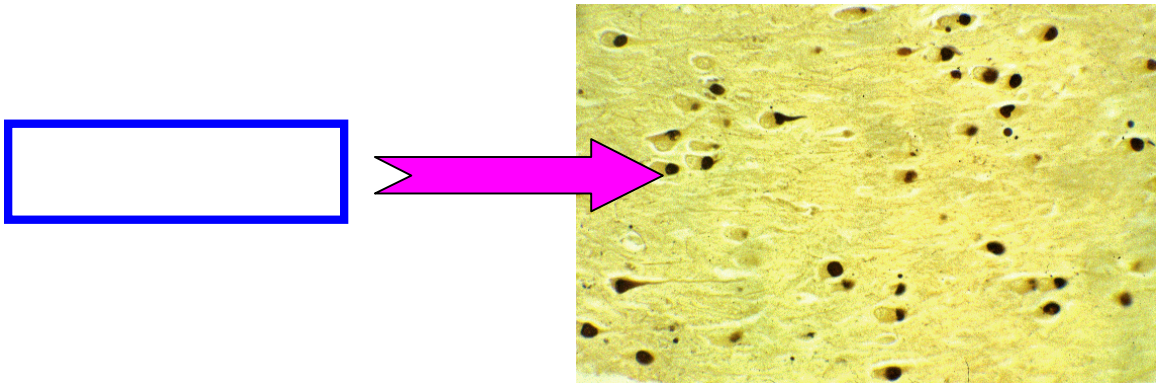
Hay una declinación cognitiva únicamente en fases tardías. Los estados cognitivos alterados fluctúan con periodos de relativa normalidad. Predominan las alucinaciones visuales recurrentes. Igualmente estos pacientes tienen tendencia a caídas, sincope, pérdida de conciencia transitoria, sensibilidad a neurolépticos, delirios sistematizados, y otros tipos de alucinaciones.

Presenten también signos de Parkinsonismo como rigidez, lentitud en los movimientos, voz débil y poca expresión facial.

2.2 5 Enfermedad de Pick.

Denominada por Arnold Pick, quien describió esta enfermedad. Para confirmar su presencia es necesario examinar el cerebro del enfermo. Visto debajo del microscopio, algunas de las neuronas aparecen anormalmente grandes, y con varios de los componentes celulares desorganizados. Estas células anormales se denominan cuerpos de Pick, y constituyen un rasgo característico de esta enfermedad. Además ciertas áreas del cerebro suelen presentar un aspecto encogido, especialmente en su parte frontal. Al igual que la EA, esta enfermedad destruye un gran número de células en el cerebro. Esta enfermedad es la más frecuente de un grupo de padecimientos demenciales que en conjunto se les conoce como Demencias Fronto-Temporales

uerpos de Pick



Como en todas las demencias suele producirse una pérdida progresiva de las facultades del enfermo. En la enfermedad de Pick, los problemas de memoria aparecen en una fase más tardía. Antes se produce una pérdida de juicio, de forma que la persona se puede poner a sí misma en situaciones peligrosas sin preocuparse por su seguridad. Sus modales empiezan a ser incorrectos sin importarle lo que se considera aceptable o inaceptable en diferentes situaciones. Muestra desinterés por todo y su comportamiento se hace repetitivo. Su apetito puede aumentar mucho. Más adelante aparecen los problemas de habla

III. DIAGNOSTICO Y SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEMENCIA

3.1 Diagnóstico en la enfermedad de Alzheimer

Generalmente el diagnóstico se hace por exclusión de otras posibles enfermedades. Las enfermedades o problemas que se asimilan a la enfermedad de Alzheimer incluyen problemas psiquiátricos (especialmente la depresión), fuertes infecciones que afectan el funcionamiento del cerebro, desórdenes metabólicos, intoxicación con medicamentos y, otros desórdenes crónicos cerebrales como la demencia vascular.

Al evaluar a los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, generalmente se utilizan pruebas neuropsicológicas, incluyendo el Mini-Mental (MMSE; Folstein, Folstein and Mchugh 1975). Esta prueba evalúa varias áreas del funcionamiento cognitivo, incluyendo la orientación en el tiempo y en el espacio, la memoria a corto plazo, la atención, el cálculo, recordar, nombrar, pruebas de lenguaje y copiar un dibujo. Aunque el MMSE no es una prueba específica para la Enfermedad de Alzheimer, puede dar una idea general si el individuo presenta un deterioro cognitivo en áreas que pueden ser afectadas por la Enfermedad de Alzheimer.

Es muy común también utilizar la prueba de fluidez verbal (Bayle and Kasniak, 1987) que evalúa la habilidad individual para pensar en nombres y sustantivos como también su habilidad para tener diferentes ideas, cuando se sospecha que puede ser Alzheimer.

En cuanto a exámenes más específicos para la Enfermedad de Alzheimer, Krasuski y colegas (1988) han encontrado un encogimiento del lóbulo temporal medio, medido a través del MRI que puede que tiene una exactitud de 94% de las personas que

posteriormente fueron diagnosticadas con la Enfermedad de Alzheimer. Pruebas de imagen del cerebro también se utilizan para descartar tumores, infartos y otras lesiones o problemas en el cerebro que pudieran detonar estos síntomas.

La investigación reciente se está enfocando a encontrar un examen más específico para la Enfermedad de Alzheimer. La línea más promisoria de investigación incluye el buscar proteínas especiales o anticuerpos en la sangre o en el fluido cerebroespinal; o genes extraños en ciertos cromosomas (Hoyne, Fallin and Mullan, 1996). Pruebas genéticas están disponibles para casos de Alzheimer temprano.

Como se dijo, el único examen para hacer un diagnóstico definitivo de la Enfermedad de Alzheimer es la autopsia en donde el patólogo busca por los cambios característicos de la enfermedad: la placas seniles y las marañas de neurofibrillas.

3.2 Sintomatología específica de la enfermedad de Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer puede ser difícil de diagnosticar, sobretodo en las primeras etapas. Un diagnóstico definitivo solo puede hacerse con la autopsia, por lo que generalmente el diagnóstico de un paciente se hace por exclusión.

La enfermedad puede presentarse de diferentes formas en cada persona. Algunas personas pueden experimentar pérdida de memoria y pueden llegar a perderse, otras se excluyen de los eventos sociales y de las actividades y otros pueden presentar severos cambios en la personalidad, otros pueden tener problemas de juicio y financieros. Los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) incluye los siguientes síntomas en el diagnóstico:

- Deterioro en la memoria
- Uno o más problemas en las áreas de afasia, apraxia, agnosia o deterioro en la función ejecutiva
- Lo anterior causando un deterioro importante en el funcionamiento ocupacional y social
- Mostrando un deterioro significativo del nivel previo de funcionamiento, no debido a un delirio o a una depresión.

Afasia significa problemas con el lenguaje. Apraxia es la falta de habilidad para llevar a cabo actividades motoras, por ejemplo, sostener una cuchara aun a pesar de que la persona puede realizar estas actividades de forma automática. Agnosia es la falta de capacidad para reconocer objetos a pesar de conservar aún las habilidades sensoriales. La función ejecutiva incluye actividades tales como el planear, organizar o secuenciar.

Generalmente los síntomas de la enfermedad de Alzheimer se clasifican por etapas:

- Etapa inicial

La etapa inicial de la Enfermedad de Alzheimer es un tiempo de incertidumbre para el individuo y para la familia. Incluso aun después de haber sido evaluado por un neurólogo, generalmente es muy pronto para decir si el paciente en verdad padece esta enfermedad.

Algunas veces la familia se da cuenta que hay algo malo con la persona pero no pueden convencer al individuo a ir con un médico para ser evaluado.

En la etapa inicial, que pude durar varios años, el detonador de la enfermedad no es claro. Es difícil señalar cuando aparecieron los cambios o los síntomas. El paciente puede verse muy saludable y puede llegar a funcionar bien socialmente. Pueden aparecer algunos problemas en el lenguaje, especialmente el olvido de nombres y sustantivos, pero la persona aun puede sustituir las palabras no recordadas y la familia puede atribuir estos síntomas al envejecimiento natural.

Personas en la etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer pueden perderse, olvidar la forma de llegar a su casa después de años de manejar o caminar la misma ruta. Aunque pueden actuar muy bien dentro del ambiente familiar porque pueden presentar largos periodos de lucidez sobre como hacer o como encontrar las cosas, los problemas pueden aparecer si se mudan o se van de vacaciones. El paciente también puede tomarse mas tiempo en realizar las tareas cotidianas. El cocinar puede presentar problemas, al ir perdiendo la persona la habilidad de llevar a cabo tareas secuenciadas o complicadas. Las cuentas pueden ser olvidadas o pagadas varias veces. El paciente puede hacer listas de todo y escribir notas para ayudar a su memoria. La persona sufre un deterioro en la memoria de los eventos recientes.

Estos cambios generalmente provocan reacciones psicológicas- la persona puede sentirse asustada, fuera de control, deprimida, ansiosa o pueden manejar esto retirándose, apoyándose en rutinas o evitando hacer nuevas cosas. Puede volverse dependiente de su familia. Algunos pacientes intentan negar los cambios que están sucediendo y enojarse si alguien cuestiona su juicio o trata de evitar que haga algunas tareas como conducir un coche.

- Etapa Intermedia

La etapa intermedia puede durar muchos años y el diagnóstico es mucho más fácil en esta etapa. El paciente puede necesitar una supervisión constante al ir perdiendo la capacidad de realizar la mayoría de las actividades cotidianas. La pérdida de memoria es profunda y el juicio se ve significativamente afectado. Aparecerán progresivamente mayores cambios en el lenguaje apareciendo tanto una pérdida del habla como de las habilidades de comprensión. También habrá agnosia (falta de reconocimiento de las cosas familiares) y apraxia (falta de habilidad para realizar acciones). Los pacientes empiezan a tener problemas para reconocer a la familia, a los amigos y pueden haber perdido la habilidad para concentrarse y haber abandonado las actividades familiares como jugar a las cartas o leer. Los pacientes perseveran- hacen la misma pregunta una y otra vez, o hacen lo mismo durante horas; deambular es muy común y la alimentación y el sueño se ven alterados. Pueden presentar una incontinencia urinaria o fecal.

Problemas conductuales son muy comunes ya que se pierde el control de los impulsos y las formas normales de comportarse. La persona puede presentar síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios y como resultado se pueden volver hostiles y agresivos.

Medicamentos pueden ser necesarios para ayudar tanto al paciente como al cuidador a manejar la agitación y la agresión.

- Etapa Final

La etapa final puede durar varios años antes de la muerte. Los pacientes pueden ser ya incapaces de hablar o tener una mayor dificultad para hacerlo, algunos solo murmurarán o gritarán continuamente. Puede haber una gran dificultad para comer y tragar; tal vez ya no sean capaces de reconocerse a si mismos o al cuidador; el movimiento es incoordinado y pueden ocurrir contracturas; existe incontinencia fecal y urinaria; el paciente puede presentar convulsiones; estará retraído, ido y tal vez duerma mucho. Es muy común que pacientes en la etapa terminal de la Enfermedad de Alzheimer mueran de una infección como una neumonía.

3.3 Diagnóstico en la Demencia Vascular

El diagnóstico en los casos de Demencia Vascular esta basado en una buena historia clínica y un examen físico completo con énfasis en el examen neurológico. En la historia datos como historia de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, trastornos vasculares en otras áreas corpóreas, nos apuntan hacia esta posible etiología. Igualmente la evolución del padecimiento puede haber tenido un inicio abrupto y un curso no linear de deterioro, sino en forma escalonada con episodios de deterioro con posible recuperacion parcial de la sintomatología. La presencia de disfasia, hemiparesias o ataque isquémicos apuntan hacia este diagnóstico. La confirmación la podemos obtener con imágenes tomográficas o de resonancia magnética.

Existe una escala que ayuda a medir la posibilidad de etiología vascular y es muy útil - la Escala de Hachinski.

3.4 Sintomatología específica de la Demencia Vascular.

Los síntomas de la demencia vascular incluyen también síntomas de una enfermedad vascular tales como la hipertensión, un historial de infartos, enfermedades del corazón o de ataques isquémicos transitorios. La diabetes también se presenta con frecuencia en personas con demencia vascular.

Problemas cognitivos en la demencia vascular son de cierta forma diferentes de los de las otras demencias. Generalmente habrá una repentina aparición de problemas de memoria o de cambios cognitivos. El grado de deterioro permanecerá quieto por un tiempo, incluso podrá mostrar cierta mejoría y de repente empeorar. Esto se conoce como un “curso fluctuante y gradual”. Este curso gradual es diferente del de la Enfermedad de Alzheimer en donde la memoria y otros problemas cognitivos se desarrollan lentamente durante meses o años. En la Enfermedad de Alzheimer los problemas pueden pasar desapercibidos al principio, pero seguirá desarrollándose y empeorando. En la demencia vascular existen más cambios repentinos.

Existen también características conductuales que distinguen a la demencia vascular de la Enfermedad de Alzheimer. Muchas de estas características están relacionadas con el daño en los lóbulos frontales del cerebro e incluyen dificultades para mantener la atención, para planear y en la coordinación motora fina (Almkvist, 1994; Cummings, 1994; Villardita, 1993). Síntomas tales como depresión, delirio, confusión nocturna también son comunes en la demencia vascular (Barclay, 1993; Cummings, 1994).

En cuanto a la personalidad, individuos con demencia vascular parecen conservar su personalidad básica durante más tiempo que los que padecen la Enfermedad de Alzheimer. A diferencia de la Enfermedad de Alzheimer, parecen conservar también su habilidad para reaccionar emocionalmente durante un periodo más largo durante la enfermedad. Por lo que los cambios pueden pasar desapercibidos por la familia o amigos.

La depresión puede ser más común en la Demencia Vascular que en otras demencias. La apatía y la falta de voluntad se presentan con frecuencia. La apatía junto con el lloriqueo que ocurre como resultado de una inestabilidad emocional pueden parecer similares a la depresión en muchos de los pacientes con demencia vascular. Inestabilidad emocional, caracterizada por cambios de humor rápidos, inapropiados y espontáneos aparece con mayor frecuencia en la demencia vascular que en la Enfermedad de Alzheimer.

Las personas con demencia vascular pueden mostrar signos locales de daño cerebral, como problemas con la visión, problemas al tragar, al caminar o problemas del habla (Disartria), debilidad en las extremidades, convulsiones o cambios en la sensación.

Mientras que los problemas en personas que padecen la Enfermedad de Alzheimer son causados principalmente por el daño a la corteza o a la materia gris del cerebro que es el área que controla las funciones intelectuales “superiores”- lenguaje, aritmética, tareas complejas (como vestirse)- los síntomas que muestran los pacientes con demencia vascular parecen ser causados por un daño en la materia blanca subcortical del cerebro. Estos síntomas incluyen el olvido, deterioro en el pensamiento y el movimiento, cambios de humor, atención dispersa menor control sobre el pensamiento y la conducta (Barclay, 1993, Cummings, 1994; Katz, Alexander and Mendell, 1987).

3.5 Diagnóstico de la Demencia por Cuerpos de Lewy

Como en la Enfermedad de Alzheimer, es la presencia de cierta patología del cerebro lo que establece un diagnóstico definitivo. En términos de un diagnóstico premórbido, el fluctuante deterioro cognitivo se evalúa utilizando pruebas neuropsicológicas y cognitivas generales y pruebas de funcionamiento en las tareas cotidianas. La presencia de alucinaciones y delirios paranoicos ayuda en el diagnóstico, junto con las caídas repetidas y la transitoria falta de conciencia. De hecho, el diagnóstico es por exclusión de cualquier enfermedad física que pueda ser responsable de los estados transitorios de

cognición fluctuante y de la exclusión de un historial pasado de infartos y/o evidencia de daño isquémico cerebral a través de exámenes de imagen (apuntando hacia un diagnóstico de Demencia Vascular).

3.6 Sintomatología específica de la Demencia por cuerpos de Lewy.

La demencia por Cuerpos de Lewy se caracteriza por un deterioro cognitivo fluctuante que afecta la atención, la memoria y las funciones superiores del cerebro, tales como el uso del lenguaje.

Déficit de atención visual espacial son muy comunes. Inicialmente el deterioro fluctuante puede ser moderado pero progresa a episodios de confusión y delirio, con frecuentes alucinaciones visuales y menos alucinaciones auditivas. El paciente generalmente desarrolla delirios paranoicos para explicar con detalle sus alucinaciones.



Muchos pacientes (más del 50%) con demencia por Cuerpos de Lewy también presentan severas reacciones adversas a medicamentos neurolépticos, esto implica rigidez e inmovilidad extrema. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de mortalidad – 2 o 3 veces mayor que en aquellos pacientes que no presentan esta sensibilidad (McKeith 1994). Por esta razón es importante que los médicos descarten la posibilidad de la presencia de demencia por Cuerpos de Lewy antes de prescribir medicamento neuroléptico.

Pacientes con este tipo de demencia también sufren frecuentes caídas (independientemente si son prescritos con un medicamento neuroléptico) y trastornos de conciencia.

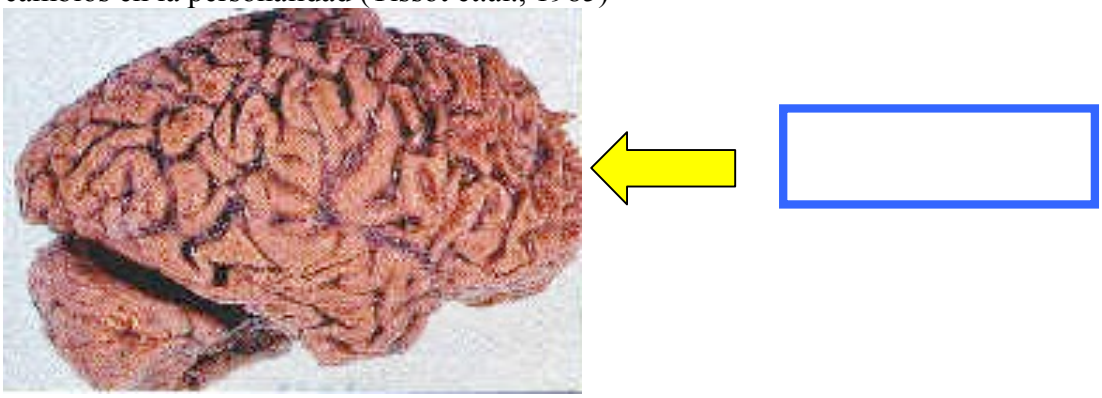
3.7 Diagnóstico de la Enfermedad de Pick

El diagnóstico de la Enfermedad de Pick es de nuevo clínico, aunque pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen como el MRI o el PET pueden ofrecer una evidencia importante de apoyo. Evidencia de tipos especiales de afasia pueden ser probados en varias pruebas psicológicas (Warrington, 1975). En un atrofia frontal, una prueba CT puede ser útil al mostrar el patrón de una atrofia predominante en el lóbulo frontal. Los lóbulos temporales sin embargo, no pueden ser vistos claramente en un CT convencional.

Atrofia Frontal

3.8 Sintomatología específica de la enfermedad de Pick

Personas con este tipo de demencia padece una atrofia en el lóbulo frontal o temporal del cerebro con o sin la presencia de cuerpos o células de dic. En pacientes con una atrofia del lóbulo frontal pueden aparecer cambios importantes en el comportamiento que incluyen mal juicio, falta de iniciativa, dificultad en realizar actividades planeadas y cambios en la personalidad (Tissot et.al., 1985)



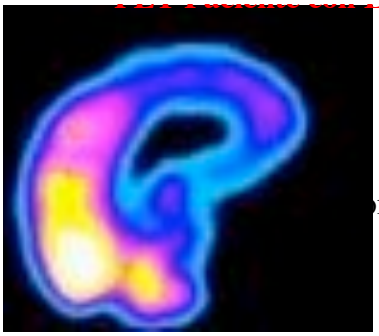
Puede haber también indiferencia hacia las responsabilidades domésticas y ocupacionales y descuido en la apariencia. La conducta social puede deteriorarse en el paciente- puede actuar de forma inapropiada en situaciones sociales y puede desarrollar hipomanía . Es común el comportamiento obsesivo compulsivo y más extraño aún, puede haber otros fenómenos psiquiátricos al inicio de la enfermedad tales como delirios y alucinaciones.

Se puede percibir deterioro en el lenguaje y éste consiste en un lenguaje vacío, reducido en calidad. Es usual que se presente también anomia (falta de habilidad para encontrar nombres y palabras para los objetos) y el paciente puede presentar ecolalia espontánea (una tendencia a repetir inmediatamente la última frase de una persona). La comprensión se irá deteriorando progresivamente (Hodges 1994).

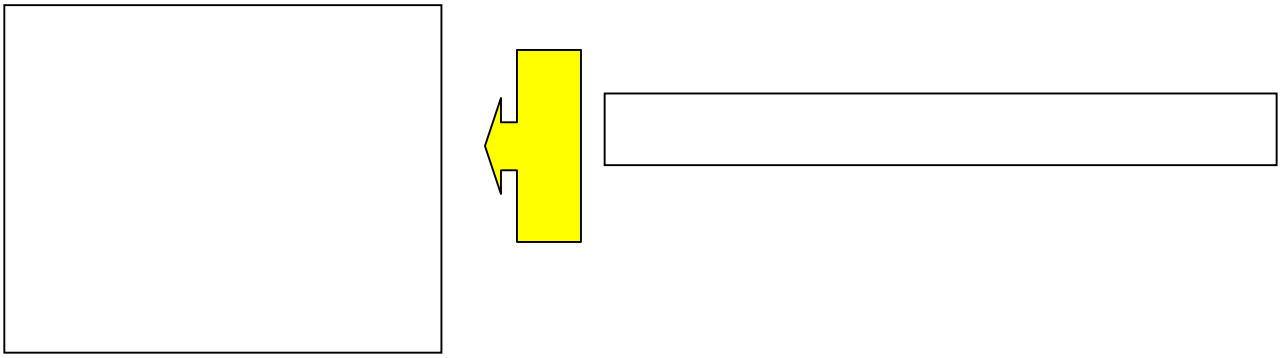
En pacientes con una atrofia en el lóbulo temporal puede haber una placidez emocional, una tendencia prominente a ponerse cosas en la boca, el deambular, una alteración sexual y cambios en la dieta- los pacientes pueden comer constantemente. Esta colección de síntomas en pacientes con al Enfermedad de Pick es llamado Síndrome de Kluver-Bucy. (Kluver-Bucy, 1939).

Otra característica importante en los pacientes con una atrofia del lóbulo temporal es un síndrome afásico que consiste en una anomia progresiva que no es simplemente un deterioro lingüístico sino una pérdida importante de la memoria semántica (o del conocimiento) de los objetos que afecta el nombrar, la comprensión de las palabras y el reconocimiento de los objetos.

El diagnóstico de la Enfermedad de Pick es de nuevo clínico, aunque pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen como el MRI o el PET pueden ofrecer una evidencia importante de apoyo. Evidencia de tipos especiales de afasia pueden ser probados en varias pruebas psicológicas (Warrington, 1975). En un atrofia frontal, una prueba CT



al mostrar el patrón de una atrofia predominante en el lóbulo frontal. Los rales sin embargo, no pueden ser vistos claramente en un CT convencional.



IV. FUNCIONES MENTALES SUPERIORES QUE SE AFECTAN EN EL PACIENTE DEMENCIADO.

4.1 Memoria, juicio, personalidad, praxis, conductas y problemas psicológicos.

Normalmente las principales funciones mentales superiores que se ven afectadas son:

Memoria

Problemas de memoria son los primeros síntomas en algunos tipos de demencia, por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer. En otros tipos de demencia, aunque no son los primeros síntomas si son los que producen muchos problemas y dificultades para el paciente.

En pacientes con demencia, fallan más la memoria de corto y mediano plazo, mismas que son muy importantes para poder mantener una conversación y para realizar las actividades de la vida diaria. Por ejemplo el paciente se olvida de bañarse con regularidad, se olvida de la fase alcanzada en una tarea secuencial compleja como puede ser vestirse y, por tanto, se coloca las prendas en un orden equivocado; se olvida de la hora que es y pretende salir de compras a medianoche.

La memoria de largo plazo normalmente se preserva hasta las últimas fases de la enfermedad. Pacientes que han aprendido otra idioma cuando eran adultos, por ejemplo, muchas veces usan su idioma materno, aunque a los demás que había aprendido no les entiendan. Muchas familias observan que aunque el enfermo sea incapaz de recordar lo que comió hace 10 minutos, puede recordar perfectamente hechos que sucedieron hace 60 años.

En el caso de la memoria de lenguaje se manifiestan problemas para expresar y para entender lo que está pasando. Muchos pacientes tienen dificultades para dar nombre a la representación de objetos de uso cotidiano; en parte olvidan el nombre concreto asignado a un objeto; pero pueden tener también dificultades para reconocer el propio objeto, lo que es y para que le sirve. De igual forma, pueden tener problemas para reconocer los nombres y rostros de las personas.

En cuanto a la memoria de espacio, el paciente no reconoce donde está, aún y cuando antes conocía muy bien el lugar, es decir se pierden.

Juicio

En cuanto a este rubro, el paciente empieza a tener problemas para analizar los pasos que tiene que seguir para hacer ciertas actividades y no puede juzgar cuáles son los riesgos o los resultados de sus acciones. Por ejemplo muchos familiares se quejan que el paciente deja prendido el gas en la cocina, o llena la tina de agua demasiado caliente para bañarse, o deja la puerta de su casa abierta. Manejar un coche es una tarea que necesita el juicio intacto y para muchos familias convencer al paciente que ya no puede manejar les causa muchos problemas.

Personalidad

Como se sabe, la personalidad es la forma de ser personal y habitual de la gente, partiendo de este supuesto, en las demencias, la enfermedad vuelve sus rasgos mas fuertes y hay cambios radicales, a tal grado que los familiares suelen decir que su paciente ya no es la persona que era antes. Con la edad las personas se hacen menos complejas en cuanto a su personalidad, pero parece existir una cierta continuidad en su planteamiento básico de la vida.

Existen como en todo, excepciones. Algunos individuos experimentan un cambio drástico de personalidad, perdiendo el control social, haciendo y diciendo cosas que en su momento les habrían parecido inaceptables. Con frecuencia, estos cambios están relacionados con lesiones que afectan las áreas frontales del cerebro, áreas que se cree que ayudan a mantener las inhibiciones normales. Sin embargo, en general se mantendrá la personalidad básica del enfermo, aunque de una forma más simple y primitiva, hasta

que la discapacidad alcance un punto tal que ya casi resulte imposible reconocer su personalidad residual.

Praxis

En este punto, el paciente ya no puede hacer cosas , que normalmente cualquiera de nosotros hace sin pensar, tales como: Abotonarse, en este caso, no saben que hacer con las manos. Poco a poco esto va deteriorándose hasta que al final presenta problemas para caminar, por eso es muy peligroso dejarlos solos. En algunos casos el paciente puede recordar muy bien que hacer pero no puede ejecutar la acción; aquí es muy importante no invalidarlo.

4.2 Sintomatología conductual y psicológica específica.

Últimamente ha sido reconocido que los problemas de conducta y psicológicos que tienen los pacientes con demencia tienen una importancia fundamental, ya que son los que más problemas generan a la familia y a los cuidadores. Algunos de estos refieren a:

- Problemas con alimentación.
- Problemas nocturnos.
- Higiene y vestido.
- Comportamiento sexual inapropiado.
- Deambular.
- Incontinencia fecal y urinaria.
- Agitación y agresión.
- Alucinaciones, reacciones catastróficas, delirios.
- Depresión.
- Gritos, insultos, ruidos extraños persistentes.
- Paranoia y sospechas.
- Preguntas repetitivas.



Una serie de estudios sobre la presencia de los SICOPSI en las residencias o asilos han encontrado que estos síntomas se presentan en el 90% de los pacientes.

La tabla 1 muestra la frecuencia reportada, en los pacientes, de cada uno de los síntomas.

TABLA 1 PREVALESCENCIA DE LOS SICOPSI	
SÍNTOMA	*FRECUENCIA REPORTADA (% DE PACIENTES)*
PERCEPTIVOS	
Delirios	20-73%
Interpretaciones erróneas	23-50%
Alucinaciones	15-49%
AFECTIVOS	
Depresión	Más del 80%
Manía	3-15%
PERSONALIDAD	
Cambios de personalidad	Más del 90%
Problemas de comportamiento	Más del 50%
Agresión/ hostilidad	Más del 20%

Algunos SICOPSI ocurren en distintas fases de la enfermedad y como hemos visto, pacientes con diferentes tipos de demencia presentan diferentes síntomas de SICOPSI– pacientes con EA pueden presentar paranoia y alucinaciones, aquellos con demencia vascular muestran inestabilidad emocional y pacientes con demencia por Cuerpos de Lewy tienden a presentar un comportamiento agresivo y alucinaciones visuales.

Algunos SICOPSI persisten más que otros. El deambular y la agitación han demostrado ser los más persistentes en un período de dos años (Devanand et. Al. 1997).
En términos del nivel de angustia causado por los SICOPSI, se pueden clasificar a los síntomas como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2 CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS		
GRUPO 1 (más común/ más angustiante)	GRUPO 2 (menos común/ moderadamente angustiante	GRUPO 3 (raro/ controlable)
Psicológicos: Delirios. Alucinaciones. Humor deprimido. Falta de sueño. Ansiedad.	*Psicológicos:* Interpretaciones erróneas.	*Psicológicos:* Llanto. Maldecir. Falta de empuje. Preguntas repetitivas. Apego.
Conductuales: Agresión física. Deambular. Impaciencia.	*Conductuales:* Agitación. Comportamiento cultural y sexual inapropiado. Grita.	

V. HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

5.1 Importancia del Historia Personal

Todo paciente que sufre de demencia, así como cualquier persona de edad avanzada que se encuentre bien de salud, llega a un punto de su vida en que ha dejado atrás toda una historia propia. Es de vital importancia recordar esto y tomarse el tiempo para preguntarles a familiares y amigos, así como a los pacientes mismos, sobre esta historia.

Esto no sólo es importante para la planeación práctica del cuidado diario del paciente, tomando en cuenta sus preferencias, sino también para entender los malentendidos y las confusiones que se dan durante la interacción. Muchas veces un paciente puede decir algo que en una primera instancia no parezca tener mucho que ver con lo que sucede y esto puede parecer difícil o imposible de interpretar. Sin embargo, un entendimiento más profundo de la historia personal del paciente, el estar dispuesto a ver más allá de lo que significan las palabras literalmente puede hacer un mundo de diferencia en la relación interpersonal entre el cuidador y el paciente y así mejorar dramáticamente el cuidado de cada paciente.

Así como cada uno de nosotros es único, cada persona que sufra de demencia reaccionará de manera distinta ante ella. Algunas personas la experimentarán como un reto al cual sobreponerse mientras que a otras las puede invadir el terror y el miedo. La gente que podemos considerar como más o menos saludable psicológicamente antes del comienzo de la enfermedad puede llegar a adaptarse mejor al proceso de daño neurológico que quien es más débil psicológicamente. Entonces, el cuadro que veremos de alguien con demencia no sólo es el resultado del deterioro físico y neurológico, sino también de su bienestar y salud psicológica.

Para entender a las personas de edad avanzada, tanto a las que sufren de demencia como a las demás, es necesario verlas a la luz del contexto de su historia de vida completa, con todo y las crisis que hayan sufrido en etapas anteriores, hayan sido resueltas exitosamente o no. Miesen y Jones (1997) opinan que cuando un individuo ha atravesado por una experiencia traumática anteriormente, es probable que interprete el trauma de la demencia en estos términos. Ven la experiencia de la enajenación que trae consigo la demencia, hacia los demás y hacia sí mismos, como esencialmente similar a traumas anteriores, por ejemplo, como la que se sufre durante las guerras.

Es de particular importancia notar que las estrategias con las que un individuo haga frente a las etapas iniciales de la enfermedad muchas veces serán las que usaba habitualmente antes de la enfermedad. Si el paciente con demencia siempre ha tenido una inclinación a ignorar o esconder información dolorosa, puede serle más difícil lidiar con las pérdidas actuales.

VI. PLANEACION DEL CUIDADO

6.1 Planeación del cuidado de acuerdo a objetivos prioritarios

Al planear una intervención de cuidado en la que se tenga que lidiar con problemas psicológicos y de comportamiento, se recomienda:

1. Identificar el problema específico.
   - El primer paso hacia la modificación de un comportamiento es su clara definición. Mientras mejor se pueda definir será más probable que se pueda identificar su solución y el curso de acción a seguir.
   - Se debe lidiar sólo con un problema a la vez. Si se hacen demasiadas modificaciones en el cuidado de un paciente éste puede confundirse.

2. Recabar información sobre el problema específico.

   - ¿Qué tan seguido ocurre?
   - ¿Cuándo sucede?
   - ¿Dónde ocurre con mayor frecuencia?
   - ¿En presencia de quién?
   - El cuidador debe anotar las respuestas a estas preguntas por un periodo de una o dos semanas.
   - Un diario puede ser de utilidad para comprender el acontecimiento, la frecuencia y la severidad del problema específico y así poder formular planes para el tratamiento.

3. Identificar qué sucede antes y después de que ocurre el problema específico.
   - El cuidador o cuidadora puede tener la impresión de que el problema sale "de la nada". Muchas veces, observar los eventos que preceden inmediatamente al comportamiento puede ser de ayuda para identificar los factores que lo disparan.
   - Estos problemas rara vez son simples: muchas veces son varios los factores involucrados en disparar un comportamiento y si los cuidadores pueden entender la interrelación entre éstos es más probable que puedan intervenir exitosamente.

4. Proponerse planes y metas realistas.
   - Puede involucrarse lo más posible al paciente para que trabaje con el cuidador y que juntos establezcan metas para el tratamiento.
   - Se debe comenzar con metas pequeñas, fáciles de alcanzar, y proceder paso a paso.
   - Se debe ajustar el plan para que esté hecho a la medida de cada paciente y su cuidador(a).

- Ser práctico(a) y dar tiempo para que los cambios ocurran – los cambios significativos no suceden de la noche a la mañana.
- Anticipar los problemas que se puedan presentar y pensar en cómo pueden resolverse.
- Pueden elaborarse varios planes alternativos por si el primero que se intente no funciona.

5. Los cuidadores deben premiarse a sí mismos por alcanzar sus metas.
   - Los logros deben ser reconocidos sin importar si son grandes o pequeños.
   - Los pacientes también se verán beneficiados si se les premia por sus logros.

6. Evaluar y modificar los planes constantemente.

   - Se debe hacer un monitoreo continuo de los planes para determinar qué tan exitosos son.
   - Hay que decidir *cómo* se evaluarán los planes –cómo medirán los cuidadores si un plan está funcionando.

Los cuidadores(as) deben ser consistentes y flexibles al llevar a cabo sus planes.

VII. RELACIONES FAMILIARES

7.1 Relación con familiares

Hay personas que pueden llegar a cuidar de un familiar que sufre de demencia por poco o mucho tiempo, quizá hasta veinte años. Puede ser una tarea sumamente demandante, incluso hasta más demandante que con las enfermedades obviamente físicas como el cáncer. Muchas veces, gente que sufre de demencia se ve muy saludable, muy bien, y su apariencia muchas veces es engañosa. La cuidadora puede verse en la situación de tener que explicarles varias veces al día a familiares, vecinos, amigos o extraños en la calle que su mamá / papá, etc... se comporta de tal forma porque sufre de demencia. Sin embargo, como no hay señales visibles de la enfermedad puede ser difícil que la gente entienda los problemas por los que atraviesan el paciente y la cuidadora.

Esto puede provocar varios problemas entre la cuidadora y otros miembros de la familia; por ejemplo, hermanos o hermanas, esposos o esposas, pueden creer que la cuidadora está exagerando los problemas y el estrés involucrado en el cuidado del pariente y que quiere hacerlos sentir culpables.

Las familias también tienen su historia. Es importante darse cuenta de que los miembros de una familia no llegan al punto en el que se encuentran hoy en día cuanto a sus relaciones personales sin haber atravesado por un largo periodo de interrelaciones, de las cuales no todas han sido felices o plenas. Los hijos adultos de un paciente con demencia pueden haber tenido una infancia muy problemática que puede haber involucrado episodios de abuso, físico o psicológico por parte del paciente. Puede haber relaciones antagónicas entre hermanos que pueden llevar a tener desacuerdos sobre cómo cuidar de un padre o una madre entrado en años, aunque estos desacuerdos pueden tener sus raíces en algo totalmente diferente.

Existen varias etapas involucradas en la experiencia de cuidar a una persona con demencia. Éstas han sido descritas por Pollack (1988). En la etapa inicial de la demencia, los familiares del paciente pueden experimentar negación. Ross y colegas (1997) encontraron que un 20% de las familias no reconocen que su pariente sufre de demencia. También pueden sentirse frustrados con la persona antes de que se realice el diagnóstico –pueden preguntarse por qué no hace un mayor esfuerzo o mostrarse impacientes y enojarse.

En las etapas tempranas y hasta en las etapas más avanzadas de la enfermedad, la persona puede tener días "buenos" cuando su memoria estar mejor o su comportamiento es menos problemático. Esto puede causar que la familia sienta una falsa esperanza de que no se trata realmente de demencia o de que el paciente está de alguna forma mejorando. Es importante que los familiares aprecien los días buenos pero también deben darse cuenta de que sí se va a dar un deterioro progresivo.

En cuanto la enfermedad va progresando el familiar que cuida del paciente puede sentirse cada vez más apenado por el comportamiento de la persona que sufre de demencia. El paciente puede deshacerse de inhibiciones, exhibir comportamiento sexual no apropiado, tener arranques y gritar o usar palabras soeces en lugares públicos, presentar problemas para comer o al ir al baño. Esto puede hacer que la cuidadora entre en la segunda etapa de la experiencia de cuidar de un familiar demente: el aislamiento. Puede encontrar que la familia y los amigos se sientan incómodos y dejen de visitar a su pariente o lo dejen de invitar a reuniones. También puede darse cuenta de que es imposible abandonar la casa porque no puede dejar solo al paciente y no hay nadie que la cubra.

Una función importante de la cuidadora durante esta etapa es la de proteger el amor propio del paciente (Bowers, 1988). La cuidadora trata de hacer y decir las cosas de tal forma que la persona que sufre de demencia no se dé cuenta de que se le está ayudando o cuidando. Los miembros de la familia muchas veces se ofenden al escuchar a otras personas (particularmente en asilos u hospitales) llamar a su pariente por su primer nombre, por un apodo al cual no está acostumbrado o por otras formas de dirigirse a los enfermos que pueden parecer irrespetuosas.

La cuidadora, que pudiera ser la hija adulta del paciente, también puede tener problemas con su pareja o sus hijos que pueden sentirse relegados mientras está con el paciente. Pueden resurgir conflictos entre hermanos y hermanas, enterrados tiempo atrás, que lleven a desacuerdos sobre quién debe tomar la responsabilidad. Una persona de mediana edad o más grande puede renunciar a su trabajo para dedicarse a cuidar al paciente y esto puede ocasionar que su familia sufra problemas financieros.

La siguiente etapa por la que pasará la cuidadora es el resentimiento. En este momento la cuidadora está proveyendo de un cuidado casi total al paciente. Esto puede resultarle físicamente exhaustivo. Aronson (1988) encontró que parientes que fungen como cuidadores tienen varios problemas físicos y psicológicos (vea la sección de auto cuidado para la salud física y psicológica del cuidador). Los cuidadores pueden sentirse solos,

exhaustos, enojados e inquietos. Puede ser que el paciente no le dé un momento de paz y privacía. La cuidadora puede resentir este cambio en su estilo de vida y deprimirse y sentir resentimiento que después le provoca una sensación de culpabilidad.

Después del resentimiento, la cuidadora puede verse forzada, en cierto sentido, a "dejar ir". El paciente puede morir y en ese caso el "dejar ir" involucrará el proceso de duelo. O puede ser que se le anime a aceptar ayuda externa de algún tipo, -quizá que se involucre un cuidador profesional, o que se traslade el pariente a un asilo. Estos son asuntos que pueden involucrar emociones abrumadoras, entre las cuales no falta la culpa por haberse dado por vencida y abandonado responsabilidades percibidas.

UNIDAD II SINTOMAS PSICOLOGICOS EN LOS PACIENTES DEMENCIADOS

VIII SINTOMAS PSICOLOGICOS

8.1 Agitación y agresión, Apatía y Ansiedad

Agitación.

Puede ser definida como actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es juzgada por un observador externo y que surge directamente de las necesidades o de la confusión del paciente (Cohen-Mansfield and Billig, 1986). Se han identificado cuatro subtipos de agitación (Cohen-Mansfleid et.al. 1989) que a continuación se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2 SUBTIPOS DE AGITACIÓN	
Comportamiento físico no agresivo Inquietud general. Manierismo repetitivo. Apego. Tratar de llegar a otro lugar. Manejo inapropiado de las cosas. Vestir o desvestir inapropiado.	*Comportamiento verbal no agresivo* Pesimismo. No le gusta nada. Demanda constante de atención. Ordenes verbales. Quejarse o compadecerse. Relevantes interrupciones. Interrupciones irrelevantes. Oraciones repetitivas.
Comportamiento físico agresivo Pegar. Empujar. Arañar. Arrebatar cosas. Golpear y morder.	*Comportamiento verbal agresivo* Gritar. Maldecir. Desabruptos de temperamento. Hacer ruidos extraños.

Cohen-Mansfield (1996) ha identificado el tipo de pacientes en donde ocurre cada subtipo de agitación.

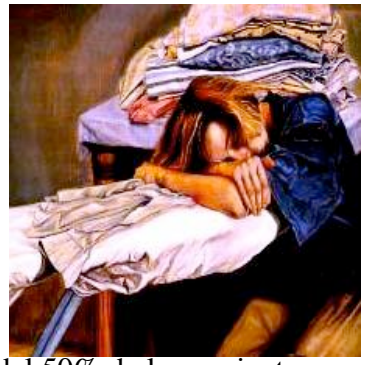
La agresión física y verbal ocurre principalmente en pacientes con demencia que tienen relaciones sociales muy pobres.

La agresión física es típica en pacientes con un severo deterioro cognitivo y más común en hombres.
La agresión verbal está relacionada con la depresión y problemas de salud.
El comportamiento físico no agresivo se observa en pacientes con un deterioro cognitivo de severo a moderado.
El comportamiento verbal no agresivo es mas común en mujeres con demencia y depresión, con una mala salud y posiblemente con un dolor crónico.

Apatía

Los síntomas de la apatía incluyen:

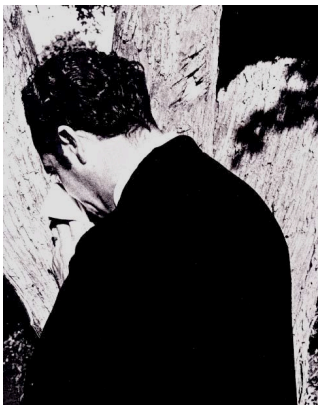
- Falta de interés en las actividades cotidianas y en el cuidado personal.
- Disminución de la interacción social.
- Disminución de la expresión facial.
- Disminución en la inflexión vocal.
- Disminución en las respuestas emotivas.
- Disminución en la iniciativa.



Estos síntomas se ven en más del 50% de los pacientes que se encuentran en las etapas iniciales o intermedias de la EA y otras demencias.

Ansiedad.

Pacientes con ansiedad y demencia frecuentemente desarrollan una preocupación mayor sobre sus finanzas, la salud futura (incluyendo la memoria) preocupaciones sobre eventos que antes no eran estresantes y actividades tales como alejarse de su casa (Reisberg, et. al 1986). Es común que pacientes demenciados, con ansiedad presenten el síndrome de "Godot" – hacer preguntas repetitivas sobre un evento futuro. Esto parece ser resultado del deterioro cognitivo de las habilidades (en especial la memoria), y de la incapacidad de manejar las capacidades aún conservadas. Este tipo de comportamiento generalmente provoca un mayor estrés en el cuidador.



Los pacientes con ansiedad en general desarrollan un temor a estar solos, que se vuelve aparente en cuanto el cuidador deja la habitación o el paciente le repite continuamente al cuidador que no lo deje solo.

8.2 Alucinaciones, interpretaciones erróneas, delirios

Alucinaciones.

Son experiencias sensoriales que son reales para el paciente, aunque los demás no los sienten. Las más comunes son visuales o auditivas.

Pueden distorsionar la habilidad de los pacientes demenciados para entender el mundo exterior. Esto puede deteriorar su capacidad para realizar tareas cotidianas y pueden afectar de manera adversa su relación con los cuidadores.

Las alucinaciones visuales son las más comunes y son más comunes en la demencia moderada que en las iniciales o severas (Swearer, 1994). En las personas con demencia por cuerpos de Lewy tienen una mayor frecuencia, más del 80% (McKeith et al., 1992). Los pacientes también pueden padecer de alucinaciones auditivas, olfativas o táctiles, aunque estás son más raras.



Una alucinación visual común es ver a personas dentro de la casa que de hecho no están ahí.

Interpretaciones Erróneas.

Ejemplos de desórdenes de la percepción (Burns, 1996). Interpretaciones erróneas son malas percepciones de estímulos externos y pueden ser definidos como malas percepciones con una creencia asociada o elaboración sostenida con una intensidad de delirio. Interpretaciones erróneas comunes incluyen: La presencia de personas en la casa del paciente, interpretaciones erróneas del paciente mismo (no reconocen su reflejo en el espejo), malas interpretaciones de otras personas o de eventos en la TV (creyendo que estos eventos están ocurriendo en la habitación del paciente en la vida real).



Una interpretación errónea donde un paciente demenciado no reconoce a su pareja puede ser especialmente angustiante para la pareja que cuida.

Delirios.

Los delirios más comunes son de persecución o paranoides. Por ejemplo: "La gente me está robando cosas". Es común que el paciente guarde algo en un lugar "seguro" y más tarde no pueda recordar dónde lo puso. Los pacientes con frecuencia creen que la casa donde viven no es su casa. La principal causa de esto es porque el paciente ya no puede recordar o ya no reconoce su propia casa. Este tipo de creencia puede llevar al paciente irse a su "casa" dando como resultado el deambular.

Un delirio muy angustiante, tanto para el paciente como para el cuidador, es la creencia que la pareja (u otro cuidador) es un impostor. Esto puede causar enojo o provocar la agresión hacia el supuesto impostor.

Los pacientes también pueden creer que han sido abandonados o que existe una conspiración para ingresarlos a una institución. Ocasionalmente están convencidos de que su pareja les es infiel.

Los delirios parecen ser un factor de riesgo de la agresión física (Deutsch et al, 1991; Gilley et. al 1997). En el Estudio Gilley et. al, 80% de los pacientes que presentaron altas tasas de agresión física, también sufrían de delirios.

Reacciones Catastróficas.

Las reacciones catastróficas se caracterizan por una excesiva o repentina respuesta o comportamiento físico. Los factores de riesgo para una reacción catastrófica incluyen el severo deterioro cognitivo, la vejez o los rasgos de personalidad anterior.



Las reacciones catastróficas se presentan en una o varias de las siguientes formas:

Repentinos sobresaltos de enojo.
Agresión verbal (por ejemplo: Gritar y maldecir).
Rasgos de agresión física.
Agresión física (golpear, patear, morder, etc.)

8.3 Depresión

8.3.1 Datos estadísticos de depresión en la demencia

Los datos del porcentaje de personas con demencia que sufren depresión varían enormemente dependiendo del criterio que utilizan los diferentes estudios para definir la demencia. Burns, Jacoby and Levy (1990) encontraron que, a pesar de que ninguno de los pacientes que estudiaron satisfacía el criterio DSMII R (revisado) para un desorden mayor depresivo, se reportaron *síntomas* depresivos en casi dos tercios (63%) de su muestra.

Sin embargo, otros estudios de personas con demencia, mostraron altos niveles de depresión clínica. Teri and Reifler (1987) reportaron que en su estudio, aproximadamente 30% de los pacientes, con la Enfermedad de Alzheimer satisfacían el criterio DSMIII de un desorden mayor depresivo. Cummings and Victoroff (1990) estimaron que la prevalencia de la depresión en personas con Alzheimer llegaba a un 87%. Está claro que es difícil llevar a un cálculo preciso de la prevalencia del problema de depresión en la demencia.

8.3.2. Síntomas de la Depresión

La presencia de una sintomatología depresiva en pacientes que sufren demencia, parece haberse extendido. Los síntomas de depresión incluyen: humor deprimido, pérdida de placer y gusto por la vida, pérdida de energía, cambios en el peso corporal, cambios en el patrón de sueño, incapacidad de concentrarse, sentimientos de inutilidad o impotencia, culpa, aletargamiento o agitación y pensamientos suicidas. Es frecuente que las personas

con demencia no se sientan deprimidas, pero pueden presentar algunos o todos los síntomas de depresión. La ansiedad también es una emoción muy común en una persona deprimida. El individuo puede sentirse nervioso, incapaz de dormir y tener síntomas físicos de ansiedad, tales como, palpitaciones, trastornos intestinales o manos sudorosas.



La depresión en personas mayores es con frecuencia el resultado de las muchas pérdidas que estas personas han experimentado. En cuanto a la demencia, es la pérdida del pensamiento y de la memoria, la pérdida del trabajo, la pérdida de las relaciones con amigos, familias, compañeros de trabajo, pérdida de la casa, tal vez a causa de su incapacidad de manejar las tareas que significan el manejo de la casa y, la pérdida de la independencia. Las personas con demencia deben lidiar también con la amenaza de las pérdidas por venir.

Su habilidad para manejar las pérdidas está comprometida con la reducida capacidad cognitiva y con los cambios en su mundo social, que restringirán también, su oportunidad para recibir un apoyo emocional. La reacción más común ante las pérdidas es la depresión y no es sorprendente entonces que la depresión y los síntomas depresivos sean la respuesta afectiva más reportada en personas con demencia.

8.3.3. Exceso de Incapacidad

La depresión el problema psiquiátrico menos diagnosticado en la demencia y la fuente más común de "incapacidad" (el paciente experimenta un mayor deterioro que el que se evalúa por la enfermedad misma) y, la que mejor responde al tratamiento. Además de los cambios en la memoria, asociados a la demencia, la persona con demencia puede tener aun una mayor dificultad para pensar y para recordar a causa de la depresión. Esto, junto con los otros síntomas de la depresión, tales como el aislamiento, la falta de interés en la vida, los sentimientos de impotencia, etc, pueden conducir a un exceso de incapacidad. En términos de la depresión, la incapacidad incluye un deterioro en el funcionamiento ocupacional, problemas con el cuidado y la higiene personal, dificultad para realizar tareas cotidianas, deterioro en las funciones cognitivas, mantener un rol dentro de la estructura familiar y problemas en la interacción social. Si la enfermedad causa cambios en la conducta, la persona presentará mayores cambios que lo normal para la etapa de la enfermedad en la que se encuentra. El exceso de incapacidad puede causar que la persona llore, deambule, esté más desorientada que lo normal; que presente cambios en el patrón de sueño y en sus hábitos alimenticios, que grite o se queje más de lo normal, que no quiera participar en ciertas actividades o que se resista al cuidado o que esté más inquieto.

Es importante entonces que la depresión sea tratada ya que es posible que el paciente mejore significativamente, incluso cuando padece una enfermedad demencial. Esto no quiere decir que la demencia mejore, pero si que los problemas adicionales, causados por otros desórdenes pueden ser tratados.

8.3.4 ¿Depresión o Demencia?

Algunas veces es muy difícil diagnosticar la depresión en las personas mayores. Las personas jóvenes generalmente expresan sus sentimientos de depresión, mientras que las personas mayores creerán que sus sentimientos apáticos o de tristeza son parte normal del envejecimiento. Pueden o no darse cuenta de que están deprimidos, o pueden sentirse avergonzados de esto. A cambio, pueden quejarse de la pérdida de memoria, de la dificultad para pensar o concentrarse. Cuando se les pregunta por ejemplo, sobre la fecha del día prefieren decir "no lo recuerdo". Las personas mayores deprimidas se resisten a las pruebas psicológicas y pueden decir simplemente "no se". Sin embargo, cuando son animados, generalmente saben la respuesta correcta.

Los problemas de pensamiento y memoria en una persona deprimida generalmente se denominan "seudo-demencia" Frecuentemente es difícil para el médico diferenciar entre una persona mayor deprimida de una persona con demencia y de hecho entre el 10 y el 30% de las personas mayores con un desorden depresivo son mal diagnosticadas con demencia.

Van Reekum, et. al (1999) encontraron que había una "evidencia preliminar considerable para relacionar a la depresión como un detonador de la demencia, en especial cuando la depresión ocurre en pacientes mayores; se asocia con un deterioro cognitivo reversible y tiene su primera aparición en la edad adulta." Sin embargo, existen ciertas limitaciones a estos hallazgos y es muy importante diferenciar la depresión de la demencia y viceversa. Una persona mayor con depresión puede ser diagnosticada con demencia, lo que es un grave error, ya que la demencia por el momento no tiene cura y la depresión puede ser tratada con antidepresivos y se ha visto una gran mejoría.

Como se dijo anteriormente, un porcentaje variable de pacientes con demencia también sufren de depresión- Esto es para decir que no siempre es así. Lo importante es diagnosticar la depresión cuando esta ocurre.

8.3.5. Tratamiento para la depresión en la Demencia

La comorbilidad Demencial-Depresiva es extremadamente frecuente. En la practica clínica la sintomatología mixta puede confundir al medico y existen posibilidades de pasar por alto al diagnostico de depresión así como el sobre diagnosticar su co-existencia.

Para el tratamiento efectivo de la depresión asociada a la demencia es necesario considerar algunos preceptos básicos de la farmacología de antidepresivos, así como el uso de diversos antidepresivos dependiendo de la sintomatología prevalente de la depresión

En general, el uso de antidepresivos tricíclicos ha dejado de ser una practica común en estos casos. Estos en general tienen un perfil de efectos secundarios importante, y uno de ellos en particular, las propiedades anticolinérgicas, hacen de su uso una practica poco efectiva en el manejo depresivo.

La existencia de nuevos fármacos contra la depresión ha venido a ayudar enormemente en el manejo. Los Inhibidores selectivos de la captura de serotonina como la paroxetina (Aropax, Paxil) que tienen propiedades discretamente sedantes son de utilidad si la depresión se asocia con ansiedad o agitación. Igualmente otros ISRS como la sertalina (Altruline) citalopram (Seropram) e inclusive la fluoxetina (Prozac) han sido utilizados con éxito.

Cuando la fenomenología depresiva tiene una tendencia a los eventos apáticos y de somnolencia, antidepresivos con características estimulantes se han utilizado. Uno de ellos la reboxetina (Edronax) ha dado buenos resultados. Ocasionalmente esta fenomenología se ha tratado con derivados lejanos de las anfetaminas como son el metilfenidato (Ritalin).

Otros antidepresivos de otras categorías se pueden utilizar, algunos de ellos teniendo la ventaja que han sido estudiados en el manejo de agresividad y agitación en las demencia como son la trazadona (Sideril) y la mirtazapina (Remeron).

8.3.6. Actividades de Apoyo

Es importante proveer un acercamiento de apoyo. Esto significa, apoyar al paciente, tratando de entenderlo, hablándole, escuchándolo, descubriendo sus sentimientos y dándole afecto. Algunos pacientes que se sienten abrumados por sus pérdidas encuentran cierto confort en simples sustitutos. Por ejemplo: una muñeca que cuidar.



8.3.7. Sentimiento de Control

Algunos pacientes con demencia se deprimen porque sienten que no tienen ningún incentivo en la vida, ningún motivo para vivir. En un estudio de Langer y Rodin (1976) se demostró que dándole a los residentes de un asilo una planta que cuidar- los residentes mejoraban notablemente su salud física y mental. Uno de los problemas menos obvios al cuidar a una persona con demencia es quitarle la responsabilidad al paciente – la falta de control o de oportunidad para tomar las decisiones sobre las rutinas más simples de su

vida, por ejemplo: cuándo y qué comer, cuando bañarse, cuando dormirse, etc, Personas que han tenido que delegar el control, generalmente se sienten estresadas e inútiles y son propensas a presentar una depresión. Es importante para el cuidador pensar en las formas de devolver al paciente el control.

8.3.8. Terapia Cognitiva y Eventos Placenteros

El objetivo de la terapia cognitiva es identificar las actividades que la persona encuentra remunerables para posteriormente animar a la persona a participar en dichas actividades. El cuidador también debe guardar un registro sobre el humor y cómo éste cambia cuando se aumenta la participación del paciente en actividades placenteras. La terapia cognitiva ha sido exitosa en el tratamiento de la depresión, de acuerdo a Beck, et. Al (1979) y Gallagher and Thompson (1981).

Los cuidadores deberán descubrir lo que los pacientes encuentran agradable. El Calendario de los Eventos Agradables Para Personas Mayores, ha sido utilizado para evaluar esto. Algunas de las actividades son muy simples: observar las nubes, escuchar música, recibir un cumplido, leer una revista, etc; sin embargo, son cosas que hacen que valga la pena vivir. Los cuidadores necesitan ayudar al paciente a experimentar algunas de las actividades agradables, por ejemplo: recibir un cumplido.

Es probable que con el tiempo los pacientes cambien sus ideas sobre lo que consideran agradable y placentero. Es frecuente que los pacientes que encontraban agradable hacer trabajos manuales, en una etapa posterior lo encuentren frustrante e inútil. El participar en una actividad simple puede demostrar el incremento en sus problemas de memoria y coordinación, cuando ya no pueden terminar un trabajo manual de la misma forma que antes. Si este es el caso, será mejor para la persona intentar una actividad más simple como la jardinería o escuchar música.

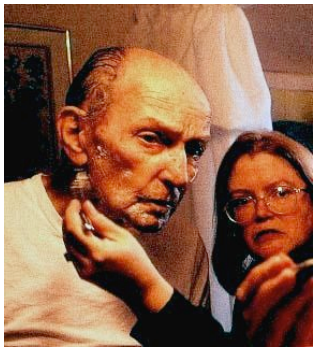
Si el paciente no puede decirle al cuidador si le gusta o no la actividad, el cuidador puede preguntar a la familia y a los amigos sobre los pasatiempos o los eventos que el paciente solía disfrutar. Las siguientes áreas de interés fueron sugeridas por Falten, Wilhite y Reyes-Watson (1988) como áreas que deben ser exploradas: manualidades, deportes, lectura, escritura, juegos de mesa, música, actividades intelectuales (discusiones en grupos, lectura) ver películas, paisajes, clubes y organizaciones (grupos religiosos, grupos cívicos) y otros pasatiempos (fotografía, colecciones, observar a los pájaros, jardinería, etc).

UNIDAD III SINTOMAS CONDUCTUALES EN LOS PACIENTES DEMENCIADOS

IX SINTOMAS CONDUCTUALES

9.1 Higiene: Baño, vestimenta e higiene oral

Muchos pacientes se ven con el impedimento de atender a su higiene personal y esta puede ser una de las razones principales por las que requieran de ayuda profesional. Bañarse y vestirse son tareas complejas que involucran muchos pasos –tareas que pueden parecer abrumadoras para el paciente con demencia. Muchos pacientes de avanzada edad también pueden resistirse al baño y a vestirse porque las maniobras involucradas les resultan difíciles o dolorosas. Pueden darse reacciones catastróficas si hay demasiada insistencia por parte del cuidador.



9.2 Incontinencia fecal e urinaria

Una característica común de la demencia es que existen problemas de incontinencia fecal y urinaria, aunque en el caso de la segunda puede deberse a que los pacientes se mueven demasiado despacio y no llegan a tiempo al baño, en cuyo caso puede ser necesaria una modificación al ambiente. Para atender la incontinencia fecal puede ser de ayuda una dieta mejor y el promover mejores hábitos de evacuación intestinal. Las infecciones son una causa importante de incontinencia.

9.3 Alimentación

Personas que sufren de demencia pueden desarrollar hábitos alimenticios distintos a los que tenían. Pueden tener muy poco apetito y, algunas veces, rehusarse a comer. Algunos pacientes con la enfermedad de Alzheimer pueden tener dañada el área del cerebro que nos informa que ya hemos comido lo suficiente (el centro de saciedad) y no saber cuándo parar de comer. Problemas en la memoria pueden provocar que algunos pacientes piensen que no han comido, aunque coman regularmente. Pueden existir problemas para tragar – el paciente puede no entender que la comida debe tragarse- o, cuando la demencia ha seguido su curso, los músculos y reflejos involucrados en el proceso de masticar y tragar pueden verse afectados.

También es probable que existan problemas de constipación, debido en parte a una reducción en la marcha del sistema digestivo en general y en parte a la dieta. También puede contribuir la falta de líquidos y debe animarse a los pacientes para que beban lo suficiente.

9.4 Comportamiento sexual inapropiado

Uno de los problemas más difíciles para las familias y los cuidadores es el comportamiento sexual inapropiado del paciente, que muchas veces surge de malos entendidos.



Por ejemplo: un paciente puede confundir a su nieta con su esposa e insinuársele sexualmente. El paciente puede aparecer en público vestido de forma poco apropiada –puede no entender la importancia social de estar vestido. Infecciones pueden llevar al paciente a manipular sus genitales y esto puede malinterpretarse como masturbación.

9.5 Deambular.

El deambular es uno de los SICOPSI más problemáticos que acompañan a la demencia, especialmente en términos de la carga puesta en el cuidador. Varios tipos de comportamiento son cubiertos con el término "deambular" (Hope and Fairburn, 1996) algunos de ellos pueden ser:

- Revisar (revisar continuamente el paradero del cuidador).
- Apego – seguir al cuidador todo el tiempo
- Hacer cosas sin importancia – en el jardín o la casa, tratando de realizar, sin éxito, ciertas tareas.
- Caminar sin propósito.
- Caminar dirigiéndose a algún propósito inapropiado.
- Excesiva actividad.
- Caminar en la noche.
- Deambular fuera de casa.
- Intentar salir de la casa.



Pueden existir varias razones para estos diferentes tipos de comportamiento, por ejemplo: Hiperactividad o mala habilidad de navegación.

9.6 Problemas nocturnos

Los trastornos del sueño incluyen no poder dormir en la noche, despertarse muy temprano, dormir demasiado durante el día, confusión durante la tarde (síndrome crepuscular) durante la noche. Todo esto es muy problemático para el cuidador y puede ser agotador –emocional y físicamente- tanto para éste como para el paciente.

UNIDAD IV LA FAMILIA, EL PERSONAL DE SALUD Y EL PACIENTE

X. TRATAMIENTO MEDICO

10.1 Tratamiento farmacológico en las demencias

El manejo farmacológico en pacientes con enfermedad demencial tiene ciertas características especiales.
Es muy importante tomar en cuenta que los pacientes tienen una diversidad de situaciones en las cuales los medicamentos puedan ser de utilidad.
Siempre se tendrá que valorar el balance entre los potenciales benéficos del medicamento y su perfil de efectos colaterales y toxicidad, así como la indicación precisa para cada una de las intervenciones.
En estos párrafos no se abordará el tratamiento de enfermedades concomitantes ó de la comorbilidad existente en estos casos especialmente en lo que se refiere a la concomitancia con la enfermedad depresiva, la cuál ha sido tratada en otro parte de este documento.

Antes de establecer un tratamiento farmacológico es necesario tomar en cuenta las siguientes situaciones:

Factores Físicos Asociados:
Existen contraindicaciones para el uso de ciertos medicamentos por la condición de salud del paciente. También debemos establecer si la sintomatología que presenta el paciente se relaciona con el proceso demencial o esta relacionado a otra patología o al estado físico existente de este individuo.

Factores Psicosociales:
Los síntomas que presenta el individuo tienen relación con la situación familiar y/o social que pudieran explicar su naturaleza y por ende la intervención daría mejores resultados mejorando la estructura del entorno psíquico-social del paciente.

Gatillos Ambientales:
Antes de establecer un tratamiento farmacológico es de suma importancia establecer si existen fuerzas motivadoras en el entorno del paciente que produzcan una liberación de los síntomas conductuales y psicológicos en los pacientes con demencia.

Factores Perpetuantes:
Si se manifestaran situaciones las cuales perpetúan la sintomatología, los abordajes farmacológicos solo enmascararían las situaciones. Se podría caer en círculos viciosos de incrementos medicamentosos tratando de resolver la sintomatología.

En los pacientes con trastornos demenciales y de acuerdo a la edad de presentación del problema siempre debe considerarse los siguientes factores para poder decidir el medicamento indicado y el potencial de riesgo beneficio para el síntoma o condición a tratar. Estos son:

Farmacocinética
Alteraciones Nutricionales
Cambios en el Aclaramiento Hepático y Renal
Mayor sensibilidad a efectos adversos

PREGUNTAS ESCENCIALES:

XIII. ¿El síntoma merece tratamiento farmacológico ?

- ¿El síntoma responde a medicamentos ?
- ¿Que tipo de fármaco sería útil ?
- ¿Que efectos colaterales predecimos?
- ¿Por cuánto tiempo hay que prescribirlos?

INICIAR MANEJO SI:

- No existe causa física que explique el síntoma
- El Síntoma no es consecuencia de otro fármaco
- El Síntoma no ha respondido a Intervenciones de otro tipo

Existen un gran numero de sustancias farmacológicas utilizadas en los pacientes con trastornos demenciales.
Veremos a continuación algunos de ellos:

Antipsicoticos convencionales

Convencionales.- Bloqueadores de los receptores Dopaminergicos D 2
Han sido los más usados en asilos en Estados Unidos en pacientes con Demencia sin una real justificación ó eficacia, destaca como el más utilizado el Haloperidol (Haldol) (May 1980).

Usos: : Agresión Física , Psicosis , Hostilidad (Devenand , 1983)
Eficacia : En un estudio de Meta-Análisis solo el 18% reacciono mejor que con placebo (Schneider , 1990)
Efectos colaterales de consideración. Extrapiramidales ,
Diskinesia Tardía , Hipotensión Postural , Cognición empeora , Caídas.

Atípicos.- Bloqueo / Antagonismo Dopaminérgico D2 Selectivo
Usos: : Agresión Física ó Conducta Violenta , Psicosis , Mejoran Sueño. (Goldberg, 1995)
Mejor Tolerancia. Menos Efectos Extrapiramidales
Entre los mas utilizados tenemos en México:Risperidona (Risperdal) Quetapina (Seroquel) Olanzapina (Zyprexa)

Tranquilizantes Benzodiacepínicos y derivados
Es el segundo Grupo de Medicamentos más usados en SiCoPsi.
Uso primario en Conductas Agitadas (Coccaro et al , 1990).
Usos : Ansiedad , Tensión , Irritabilidad , Insomnio.
Cuidado: Mareos , Ataxia , Aumento en confusión , caídas, empeoramiento cognitivo.
Manejo : Dosis bajas por periodos cortos.
La Buspirona es útil en Ansiedad leve. No en Agitación (Lawlor , 1994)
Se han usado el Alprazolam (Tafil) el Bromazepam (Lexotan) el Clonazepam (Rivotril) y otros.

Anticonvulsivos
Acido Valpróico 400 -1000 mg (Epival)
En una valoración inicial en pacientes con agitación el resultado ha sido bueno. (Mellow et al , 1998) (Lott et al , 1995)
Carbamazepina 300 - 800 mg (Tegretol)
Eficaz en Agitación (Leibovici y Tariot , 1998) (Patterson , 1988)

Antidepresivos

TRAZODONA 200 - 600 mg (Sideril)
Ha demostrado utilidad en Agitación y Trastornos del Sueño
Pinnev y Rich , 1988) (Aisen et al , 1993) (Lawlor et al , 1994)
(Sultzer et al , 1997)

TRICICLICOS
Para Depresión Asociada y agitación
Preferentemente Aminas Secundarias (Nortriptilina/
Desipramina) (Reynolds et al , 1987) (Reifler et al , 1986)

INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA
Citalopram (Seropram).-Buen efecto en Depresión , ansiedad , agitación e interacción social (Gottfriet et al , 1992)
Posible efecto Antipsicótico. (Burke et al , 1997)
Otros.- Paroxetina,(Paxil, Aropax) Sertralina (Altruline), Fluoxetina(Prozac, Fluoxac), Fluvoxamina (Luvox).
OTROS
Maprotilina : (Ludiomil) Buen Efecto (Fauchs et al , 1993)
Meclobemida.-(Aurorex) Potencialmente Benefico

La Mirtazapina (Remeron) , Reboxetina (Edronax), Bupropion (Wellbutrin).-
Están siendo valorados para su eficacia en trastornos del sueño, anorexia, apatía, desinterés, agitación, conductas compulsivas, y desinhibición sexual.

LITIO (Carbolit)- Discrepancia en los resultados en diversos centros de investigación . Para Williams puede disminuir la agitación . (Williams y Goldstein , 1979)
De acuerdo a otros autores no tiene un efecto benéfico y es más tóxico en pacientes demenciados que controles de la misma edad sin deterioro cognitivo. (Randels et al , 1984)

SELEGILINA.- Mejoría General Cognoscitiva y de SiCoPsi (Tariot et al , 1987)
Mejoría discreta en SiCoPsi (Goad et al ,1991) (Schneider et al , 1991)
Sin Efecto. (Burke et al , 1993)

HIPNOTICOS.-
Uso para trastornos del Sueño por períodos cortos de tiempo.
Zopiclona (Imovane)3.75mg - 7.5mg Zaleplon (Sonata) 5mg y Zolpidem (Stilnox) 5mg.

INIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA

Evidencia de utilidad en SiCoPsi, no obstante que su indicación específica son los trastornos Cognitivos en las Demencias
Donepecilo (Eranz), Galantamina (Reminyl), Rivastimina (Exelon) (Kaufer et al ,1996)

10.2 Estado confusional agudo, delirium

El Delirium es un reto diagnostico en la mayor proporción. Implica como causalidad infinidad de etiologías medicas. El proceso diagnóstico se inicia pensando inicialmente en esta entidad.
Todo aquel involucrado en la atención de individuos de edad avanzada, debe conocer ampliamente sobre el tema de los Estados Confusionales Agudos .

10.2.1 Definición

Como hemos visto, la demencia en términos generales puede ser definida como una gama de estados mentales resultantes de la enfermedad de los hemisferios cerebrales. La demencia no es una condición única, sino un espectro amplio de disfunción.

5 El "estado confusional agudo" es un término utilizado para describir el estado mental alterado en forma generalmente aguda. La característica principal es una alteración del estado de conciencia donde la atención se ve específicamente limitada. Otros síntomas como cambios en el afecto , alucinaciones y las fluctuaciones de éstos ayudan a establecer el diagnóstico clínico.

- Delirium es el término empleado para describir un trastorno global y reversible de los procesos cognitivos. En particular se encuentran afectados los mecanismos de la atención, en un estado de alteración del estado de conciencia.

XIV. En la demencia lo que se encuentra más afectada es la capacidad intelectual, en presencia de una conciencia clara.

10.2.2 Criterios Diagnósticos

De acuerdo con el DSM-IV los criterios diagnósticos del delirium son los siguientes:

- Una disminución en la capacidad para mantener la atención en estímulos externos.

- Pensamiento desorganizado, manifestado por verborrea, lenguaje incoherente e irrelevante.

- Por lo menos dos de las siguientes características:

- Reducción en el nivel de consciencia, v.g. mantenerse despierto durante la entrevista
- Trastornos preceptúales: ilusiones o alucinaciones
- Trastorno del ciclo sueño-vigilia con insomnio nocturno o somnolencia durante el día.
- Actividad psicomotríz aumentada o disminuida.
- Desorientación en tiempo, lugar o persona.
- Alteraciones en la memoria: incapacidad para aprender material nuevo, recordar eventos pasado.

- El cuadro clínico se desarrolla en poco tiempo (generalmente horas o días) y tiende a fluctuar durante el transcurso del día.

Evidencia de acuerdo a la historia clínica, examen físico y/o resultados de laboratorio de que uno o varios factores orgánicos están etiológicamente relacionados con el padecimiento.
En la ausencia de dicha evidencia, se puede suponer una etiología orgánica, ya que el cuadro no es explicable sobre una base de una patología funcional, por ejemplo un cuadro de manía.

La disgráfia es uno de los indicadores más sensibles de la existencia de un trastorno de la conciencia de acuerdo con Chedru y Geschwind. En 34 pacientes con un trastorno confusional agudo, 33 tenían problemas con la escritura. La escritura estaba alterado en los aspectos motores, espaciales y lingüísticos. La disgráfia desapareció en el momento en que se quitó la confusión.

En todo cuadro de delirium o estado confusional agudo hay una reducción en las funciones cognoscitivas u obnubilación de la conciencia. Esto se acompaña de una lentificación generalizada en el electroencefalograma.

Se ha hablado del delirium de origen psicológico como el "síndrome de terapia intensiva". En la mayoría de los casos no son el miedo, la angustia y el aislamiento los factores etiológicos sino factores orgánicos no detectados.

10.2.3 Clinica

- Su inicio puede ser súbito o gradual.
- Los pacientes pueden estar conscientes de su alteración y utilizar mecanismos de defensa como negación, proyección, conversión, o retraimiento para encubrir y controlar los sentimientos de disfunción.
- Las exacerbaciones nocturnas son comunes.
- Siempre hay desorientación en el delirium.
- Su percepción del entorno generalmente está alterada.
- La atención se encuentra alterada. Los pacientes se distraen con gran facilidad.
- El pensar resulta un gran esfuerzo y generalmente se les ocurren ideas absurdas.
- Tienden a ser más bien concretos que abstractos.
- Generalmente tienen alteraciones preceptúales, ya sea ilusiones o francas alucinaciones. Predominan las alucinaciones visuales.
- La memoria reciente se encuentra alterada
- Los afectos más comúnmente encontrados son la angustia y el miedo, ya sea aislados o combinados.
- El comportamiento psicomotor se puede encontrar lentificado o agitado.

10.2.4 Causas

Los estados confusionales agudos o los cuadros de delirium se pueden deber a las siguientes causas:

- Infecciones del SNC, meningitis y meningoencefalitis
- Trastornos ictales y postictales
- Intoxicación por drogas o medicamentos
- Problemas metabólicos
- Embolia pulmonar
- Carcinoma
- Estados de supresión por alcohol o drogas
- Fiebre

10.2.5 Manejo

En el manejo del delirium, siempre es importante llegar a dilucidar la causa orgánica del mismo. La revisión detallada del expediente clínico, y de los resultados de los estudios

de laboratorio, al igual que un conocimiento de los medicamentos que están siendo empleados, orientarán a la detección de la etiología.

Siempre se deberá tratar la causa subyacente.

Orientar al paciente.

Contacto humano con el paciente en términos de staff, visitas de familiares y otros profesionales. Mucho apoyo emocional.

Medicación ya sea como restricción química, reducción de angustia o tratamiento de la causa del delirium mismo.

10.2.6 Posibles Evoluciones del Delirium

Existen tres posibles evoluciones del delirium:

- Recuperación completa
- Progresión hacia un síndrome amnésico irreversible o demencia
- Progresión hacia el coma irreversible y muerte.

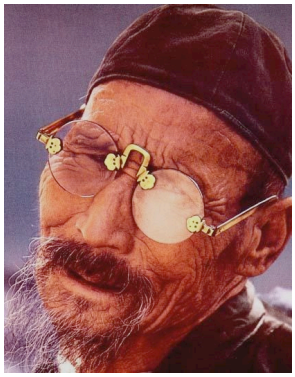
El delirium puede durar desde un minuto has meses, pero por lo general no dura más de una semana. Los pacientes que desarrollan delirium generalmente permanecen más tiempo en el hospital. De igual forma la mortalidad es mayor en los pacientes con delirium.

UNIDAD V LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE DEMENCIADO

XI. INTERACCIONES

11.1 Aspectos de la comunicación a considerar

11.1.1 Cambios sensoriales y su impacto.



Los cambios sensoriales que naturalmente acompañan al envejecimiento, tales como cambios en la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto, pueden interferir e impactar negativamente en la comunicación interpersonal con gente mayor. Por ejemplo, cambios en el ojo incluyen la pérdida de elasticidad del lente, lo cual dificulta enfocar el material cercano al ojo, y enfermedades como cataratas, glaucoma, degeneración macular y problemas de visión secundarios debidos a una embolia o diabetes.

El cambio más común en el oído es una pérdida de audición progresiva en ambos oídos, debida a cambios sensoneuronales que llevan a la inhabilidad para oír sonidos de tonos altos y consonantes importantes.

Puede haber una disminución en la sensibilidad del gusto que es exacerbada en gente que fuma o bebe mucho alcohol o tiene una mala higiene oral. Se ha visto que la declinación progresiva en el funcionamiento del sentido del olfato que se da con la edad y que es más común en adultos mayores que tienen la enfermedad de Alzheimer ,que en otros ancianos que no tienen demencia, puede afectar los hábitos alimenticios y llevar a problemas de salud.

También puede afectar la habilidad de pacientes para percibir fugas de gas, humo y otros olores que son señal de peligro. Muchas veces, cambios en el sentido del tacto acompañan al envejecimiento y la gente mayor es más propensa a sufrir problemas médicos que llevan a daños en este sentido que es una herramienta poderosa para la comunicación para todas las edades. La gente mayor que sufre un impedimento en este sentido puede verse privada de él.

11.1.2 Cambios en el habla y el lenguaje.

Estos cambios, aunque comunes y naturales en la vejez, pueden afectar la calidad de la comunicación con adultos mayores. Un paciente con demencia puede presentar problemas adicionales con respecto a la comunicación, debido a cambios en el lenguaje que forman parte de su enfermedad. Puede ser que no encuentren la palabra correcta para nombrar un objeto (afasia con anomia) o que no lo reconozcan o no sepan para qué sirve. Puede ser que entiendan lo que se les dice pero no puedan hacer que salgan las palabras correctas (afasia expresiva).

Algunos pacientes, aunque parecen hablar con fluidez, no entienden lo que se les dice y lo que dicen no tiene mucho sentido (afasia receptiva). Problemas en la memoria pueden llevarles a comenzar una oración pero olvidar la idea a la mitad y no poder terminar la oración o hasta la palabra. Los procesos de pensamiento se vuelven muy “concretos”, es decir que posiblemente ya no puedan entender abstracciones e interpreten incorrectamente el sentido de una oración o no la entiendan completamente.

Pacientes con demencia también pueden tener una reacción retardada durante una conversación. En una conversación normal esperamos que se nos responda a una pregunta o un comentario dentro de un periodo corto de tiempo, generalmente unos segundos o menos.

Si una persona no responde dentro de ese marco temporal, muchas veces podemos darnos cuenta que están pensando en la respuesta gracias a su expresión facial. Cuando interactuamos con personas que sufren de demencia, que pueden presentar falta de expresión facial (común en quienes padecen la enfermedad de Alzheimer, Parkinson y demencia vascular) y un tiempo de respuesta retrasado, podemos pensar que no nos han oído o no van a responder y hacemos la pregunta siguiente.

La comunicación puede volverse confusa y frustrante para ambas partes. Los cambios en la expresión facial también pueden llevar a tener interacciones menos gratificantes con los pacientes porque la retroalimentación puede ser poca o nula –puede no sonreír o presentar reacciones faciales incorrectas para el contexto, durante la interacción.

11.1.3 Comunicación no verbal.



La comunicación es tanto verbal –lo que decimos, como no verbal, - cómo lo decimos. Nuestras expresiones faciales, tono de voz, postura, mirada y gesticulaciones, todas son necesarias para hacer llegar un mensaje verbal, durante una interacción. Argyle (1988) ha sugerido que las señas no verbales son mucho más poderosas que las verbales para expresar nuestros sentimientos acerca de algo. Sin embargo, rara vez utilizamos la comunicación no verbal de manera planeada. Hay varias razones para ello:

- Porque hablamos tanto que tendemos a pensar que las palabras son más importantes que las acciones.

- Rara vez nos damos cuenta de que nos estamos comunicando de manera no verbal – no tenemos conciencia de nuestra postura, mirada, gesticulaciones, movimientos de cabeza y expresiones faciales.

- La comunicación no verbal puede involucrar al tacto que, en algunas culturas, es cada vez menos común o aceptable.

- Muchas veces nos preocupa que la comunicación no verbal toma más tiempo y entonces puede quitarnos tiempo que debemos dedicar a tareas que consideramos más apremiantes por creer que son más importantes.

11.1.4 Tacto.

El tacto es una de las formas no verbales más efectivas para comunicarnos con los demás (Northhouse and Northhouse, 1998). El tacto es el modo más temprano y básico de comunicación (Montagu, 1971). Es verdad que los humanos necesitamos del tacto para sobrevivir.



Los primeros estudios que se llevaron a cabo al respecto durante la década de los cincuentas mostraron que bebés que vivían en instituciones y que no recibían caricias o no eran cargados no prosperaron y algunos hasta murieron. El contacto físico es así de importante también para ancianos muy enfermos y confusos; puede calmar y tranquilizar (Weiss, 1988) y aumentar la atención y comunicación no verbal de los ancianos confusos (Langland y Panicucci, 1982). Bartol (1979) también demostró cómo el contacto físico puede provocar que ancianos con demencia escuchen y mantengan la atención.

11.1.5 Expresiones faciales.

Existen seis expresiones faciales básicas: Repugnancia, sorpresa, felicidad, tristeza, enojo y miedo (Ekman, 1982). La gente muchas veces comunica una de estas emociones o una combinación de ellas sin realmente estar consciente de ello; comunicamos expresiones faciales mediante nuestra frente, cejas, nariz, mejillas, color de piel y boca.

Es difícil esconder estas expresiones. Ekman (1985) demostró que el sentimiento verdadero saldrá a la luz sin importar qué tanto intentemos esconderlo. Si lo que decimos

no va de acuerdo con nuestra expresión facial el oyente tenderá a creer lo que exprese nuestra cara. Ya que es difícil esconder nuestros sentimientos es importante que investiguemos su *porqué* e intentemos cambiar nuestras actitudes hacia pacientes y sus comportamientos que quizá son difíciles.

11.1.6 Contacto visual.



Estudios han mostrado que miramos directamente a las personas que nos agradan y desviamos la vista de quienes nos desagradan (Ruffner y Burgoon, 1981). El contacto visual es importante durante una conversación –mirar a quien habla muestra nuestro interés en esa persona.

Si vemos hacia abajo o hacia otro sitio podemos transmitir desagrado, culpabilidad o aburrimiento. Nuestros ojos pueden revelar los sentimientos verdaderos que tenemos hacia una persona. Nuestra mirada puede ayudar a ganarnos la confianza de alguien o a hacer que alguien se sienta cómodo con nosotros.

Investigación temprana por parte de Hess y Holt (1960) mostró que el tamaño de nuestra pupila puede indicar si alguien nos agrada o desagrada. Las pupilas tienden a crecer cuando miramos a alguien que nos agrada. Las pupilas de los ancianos son naturalmente más pequeñas. Muchas veces la gente mayor parece tener ojos muy claros y pupilas pequeñas. Inconscientemente podemos interpretar esto como señal de que les desagradamos. No estamos conscientes de estas dinámicas sutiles.

11.1.7 Tono de voz.

El tono de voz puede tener una mayor importancia que lo que se está diciendo. Nuestra manera de hablar –el tono de voz, la cadencia, las pausas y los silencios- puede revelar los sentimientos detrás de nuestras palabras. Es importante no hablarle a todos los ancianos que sufren demencia como si fueran bebés y no usar con todos un lenguaje infantilizador. Gente que sólo sufre una demencia leve puede sentirse menospreciada. Un tono de voz consolador, más bajo y una entrega más lenta puede surtir efecto para calmar a personas agresivas, nerviosas o ansiosas.

11.1.8 Postura, proximidad y gestos.

Nuestra postura también puede ser indicativa de nuestros sentimientos hacia alguien. Una postura cerrada –cruzar los brazos frente al cuerpo, puede indicar que una persona nos desagrada y necesitamos protegernos de ella.

Una postura abierta, con los brazos relajados o ampliamente extendidos, puede ser señal de bienvenida al acercarse un paciente. Una cuidadora que se hace hacia delante para escuchar a un paciente muestra interés en lo que éste quiere decir.

Invadir el espacio personal del paciente al brindarle cuidados puede serle incómodo y hasta puede conducir a reacciones catastróficas. Es importante explicarle al paciente qué se hace y porqué. Pacientes con problemas de vista o audición pueden no percatarse de que una cuidadora se acerca y sobresaltarse por lo que debe acercárseles desde enfrente y a la altura de los ojos, si es posible.

Los gestos son otro aspecto importante del lenguaje corporal. Pueden ser utilizados en vez de las palabras cuando hay un problema de afasia o pérdida de audición. Pueden ayudar a que otros entiendan el contenido y los sentimientos de nuestras palabras.

11.2 Técnicas de interacción

Existen varias escuelas de pensamiento sobre la comunicación con personas con demencia. Sin embargo, deberá recordarse que cualquiera que sea el tipo de intervención de comunicación que se utilice con el paciente, la clave determinante en la calidad de cuidado que recibe el paciente, es la interacción personal entre éste y su cuidador. La meta de un cuidador en la interacción con una persona con demencia debe ser la creación de un ambiente en donde la persona se sienta segura y capaz de expresar sus sentimientos y emociones.

11.2.1 Escuchar todo el mensaje

Utilizamos muchas formas de comunicación, dentro de las cuáles el lenguaje es sólo una de ellas. Debemos poner atención también a las expresiones faciales del paciente, la forma en que sostiene el cuerpo, la forma en que se mece o cómo mueve las manos. Algunas veces, una respuesta no verbal puede ser apropiada, como por ejemplo acariciar el cabello de la persona o los hombros para que ésta se relaje. Es importante también escuchar los cambios en el tono de voz por más sutiles que éstos sean. (Ver la siguiente sección para mayor información en la comunicación y la interacción verbal y no verbal).

La interacción con personas generalmente involucra temas similares: temas de pérdidas: pérdida de amigos y familiares, los retos que han sido alcanzados. Escuchar cuidadosamente el significado temático del lenguaje utilizado por la persona con demencia, más que distraerse con el mensaje literal, nos ayudará a comprender mucho más. En este contexto, la tarea del cuidador es darle a la persona con demencia el sentimiento de que ha sido escuchada y que lo que ha dicho tiene mucho valor.

11.2.2 Orientación de la Realidad

La orientación de la realidad fue desarrollada por Folsom (1968) y desde ese tiempo varios acercamientos la han utilizado, incluyendo la orientación de la realidad estructurada y la informal. Puede ser utilizada en una práctica individual o en grupos y,

su idea central es que el cuidador aproveche la oportunidad para proveer de ayudas de orientación y detenga la desorientación y el lenguaje desorientado por falta de estímulo.

La orientación y la memoria se utilizan constantemente y la discusión de información diaria y ciertos temas son apoyos también. Woods(1992) enfatiza el punto de que es importante nunca estar de acuerdo con un enunciado incorrecto del paciente.

Una ventaja de la orientación de la realidad es la mejoría en la orientación espacial (Lam and Woods, 1986). Esto puede ser útil en un ambiente institucional, ayudando a la persona a recuperar su independencia perdida y a crear conciencia en los demás. Holden y Woods (1988) enfatizan el valor humano de la orientación de la realidad argumentando que está basada en la mejoría de las habilidades de comunicación.

Sin embargo existe mucha crítica a este acercamiento. Se ha descrito como una técnica para el manejo de síntomas sin darle ninguna importancia a las emociones del paciente. Investigaciones que han evaluado la efectividad de la orientación de la realidad han demostrado una mejoría en la orientación verbal pero ninguna específica en el funcionamiento conductual (Hanley, 1986). Green, et. al. (1983) encontraron que la orientación de la realidad tenía poco valor y resultados decepcionantes en situaciones prácticas. Argumentan que su principal valor puede estar en ayudar al equipo a tener un mejor entendimiento de los problemas del paciente y una mejor actitud hacia la desorientación en general.

11.2.3 Escuchar enfáticamente

Uno de los aspectos más importantes en la comunicación del paciente es el escuchar enfáticamente, lo que significa el atender no sólo al contenido de lo que la persona está diciendo o si es verdad o mentira sino también debe ponerse atención a la parte emocional y a los mensajes que están debajo. La terapia de Resolución y la de Validación son ejemplos de este tipo de intervención.

11.2.4 Terapia de Resolución

Desarrollada por Goudie y Stokes (1989), la terapia de la resolución anima al cuidador a tener una empatía con los significados escondidos y los sentimientos que se piensa están detrás de la confusión expresada por las personas con demencia. Goudie y Stokes creen que el comportamiento y lenguaje confuso de la persona con demencia se debe a los intentos de darle un sentido al mundo, intentos que están detrás de su déficit cognitivo. Goudie y Stokes dicen que si se da la necesaria reflexión a los sentimientos de los pacientes con demencia y se responde con sensibilidad y paciencia, estos sentimientos serán mucho más claros y la causa detrás del comportamiento confuso empezará a desaparecer.

Una comunicación efectiva entonces requiere que los que escuchan tengan tanto la creatividad como la percepción necesaria, la habilidad para hacer los saltos enfáticos en

el mundo interior de la persona con demencia. Se requiere la voluntad para escuchar y para ser movido por lo que uno escucha y para comunicar nuestro entendimiento en una forma en que la otra persona lo encuentre aceptable.

11.2.5 Terapia de Validación

La técnica de validación es una forma de comunicarse con gente mayor que padece la enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia y quienes están confundidos y desorientados. Está basada en una actitud de respeto para resolver los conflictos en la vida pasada. La idea de resolver estos conflictos del pasado es una función crítica en la teoría de la validación.

La teoría pone a prueba la necesidad de intentar la orientación con el paciente naturalmente desorientado y enfatiza la interacción entre el paciente y sus cuidadores. El enfoque de la interacción en los temas emocionales y los conflictos del paciente y, el cuidador es animado a validar las emociones expresadas por el paciente, limitando los conflictos que surgen de estas emociones y, ayudando al paciente a resolverlos.

Uno de los objetivos más importantes de la validación es crear un sentido de confianza y seguridad en los pacientes. Esto se logra a través de varias técnicas y además, las cualidades que tengan las cuidadoras, que incluyen: sinceridad, honestidad, paciencia, compasión, tenacidad, imaginación, respeto por todos, empatía, objetividad, profesionalismo y entusiasmo.

La teoría de la validación utiliza una mezcla de teorías como fundamento, las cuales provienen de un acercamiento humanista de la psicología. Traza una línea entre la filosofía humanista y los métodos tradicionales conductuales utilizados con pacientes con demencia. Muchas preguntas han surgido al utilizar la terapia de validación. Por ejemplo: ¿En verdad la terapia de validación se contrapone a los métodos conductuales tradicionales? ¿Puede haber algo en común entre ellos? ¿Deben ser los tratamientos psicológicos para las demencias mezclados (ver Woods (1992), lo que nos lleva a la siguiente pregunta: ¿La terapia de validación por si misma es efectiva en el tratamiento de los problemas conductuales? (Morton and Bleathman 1992). Su efectividad también necesita ser evaluada (Jordan 1990)

11.2.6 Terapia de Reminiscencia

El revisar la vida pasada se ha utilizado como una herramienta terapéutica en varias situaciones y para diferentes etapas de la vida. Butler (1963) desarrolló este tipo de psicoterapia para personas mayores demenciadas. Se basa en la idea de Erikson de que en la vejez se alcanza un estado mental en donde se debe mirar hacia atrás, aceptando con integridad la cercanía de la muerte (Erikson 1950).

La reminiscencia es vista como un proceso normativo en donde el terapeuta ayuda al paciente para traer al conciente las experiencias pasadas, que se han perdido en el proceso demencial, en un intento para resolver los conflictos de la vida. Estos conflictos pueden imponer una carga adicional en el paciente, y por consiguiente, teniendo un efecto negativo en el comportamiento del paciente.

Ha sido aplicada principalmente en terapias de grupos, lo que también promueve la socialización y la reintegración en el resto de los pacientes y del equipo en una institución. Dentro del grupo, se discuten preocupaciones comunes y conflictos, a través de un facilitador y las discusiones detonan el uso de las experiencias pasadas como una herramienta de resolución. La idea de ser un sobreviviente, se realza al equilibrar el pasado con los logros presentes de uno mismo y de los otros.

Se dice que la terapia de reminiscencia ayuda a mejorar la autoestima y también el comportamiento en pacientes con demencia (Burnside 1986). Esto nos puede llevar a un efecto positivo en las emociones del cuidador y, a incrementar la idea de que su trabajo vale la pena (Clarke, et. al. 1986) Sin embargo, existen muchas críticas a este acercamiento, incluyendo a Thornton and Brotchie,(1987) que dicen que no tiene ningún valor terapéutico y debe ser vista como una "actividad de distracción". Goldwasser (1987) llevó a cabo un estudio de control sobre el valor de la terapia de reminiscencia y encontró que tenía un efecto muy corto en el afecto y una mejoría efímera de la autoestima, mientras que no tiene ningún efecto importante en el funcionamiento cognitivo y conductual.

XII EL IMPACTO DE LOS SICOPSI EN LOS CUIDADORES

Los cuidadores corren un alto riesgo de desarrollar un desorden psicológico (George and Gwyther, 1986); Whitlatch et.al., 1991) y las tasas de depresión y ansiedad se incrementan a comparación de la población en general. La prevalencia de la depresión en cuidadores adultos de pacientes demenciados tiene un rango entre 14-47% en varios estudios y además se ha visto que 10% de los cuidadores sufre de una ansiedad clínica (Dura et al., 1991).

Niveles de estrés interpersonal y familiar es mayor en familias que cuidan a un paciente demenciado. Entre las variables relacionadas con la percepción del cuidador, del estrés interpersonal y familiar , están los cambios conductuales y emocionales experimentados por el paciente, cambios en el patrón de sueño (Schulz et al., 1995) y demandas del comportamiento (Gilleard et al., 1982; Brodaty and Hadzi-Pavlovic, 1990).

Los efectos en el cuidador de atender a una persona con demencia se describen en términos de "carga". Para definir la "carga del cuidador de manera más clara, se utilizan los términos de "carga objetiva" y "carga subjetiva".

- *Carga objetiva* : Se refiere a los problemas prácticos asociados con el quehacer diario, tales como el continuo cuidado.

- *Carga subjetiva:* (También llamada tensión) se refiere a la reacción emocional del cuidador (por ejemplo: baja de moral, ansiedad y depresión).

Los SICOPSI imponen mayor carga en los cuidadores que el deterioro cognitivo o la dependencia física o el deterioro funcional. Éstos incluyen:

- Gritar.
- Agresión física.
- Enfrentamientos de personalidades (discusiones entre el paciente y los cuidadores).
- Deambular.
- Depresión.
- Resistencia a ayudar con las actividades cotidianas (vestirse, lavarse, bañarse, comer).
- Desconfianza, acusaciones.
- No dormir en la noche.

Estos síntomas son vistos por los cuidadores como los más pesados y también la causa más común para llevar al paciente al psiquiatra.

A pesar de que los SICOPSI por sí solos son claramente un contribuyente para la carga del cuidador, la reacción de los cuidadores ante los SICOPSI es muy importante. Cada cuidador tiende a responder de diferente forma ante los SICOPSI y cada uno tiene su forma de manejarlos – no todos los cuidadores ven al mismo síntoma igual de problemático; un gran número de investigaciones y de observaciones clínicas han identificado cuidadores característicos que son ya sea predictores o que alivian la carga (Zarit et al., 1986; Brodaty and Hadzi-Pavlovic, 1990; Vitaliano et al., 1991).

12.1 Predictores de la carga.

A.-Muy importantes para predecir la carga del cuidador son:

- Delirios, alucinaciones y depresión.
- Conducta disruptiva (por ejemplo: Agresión física).

B.-Más o menos importantes para predecir la carga del cuidador son:

- Género masculino.
- Paciente joven.

C.-Dudosos o no importantes para predecir la carga del cuidador son:

- Tipo de demencia.
- Severidad de la demencia.
- Grado de deterioro cognitivo.
- Estatus Funcional (habilidad para trabajar y vivir de forma independiente, realizar tareas simples y cuidarse a si mismo).

- Duración de la demencia.

Existen algunos predictores de carga en cuanto a las características de los cuidadores por ejemplo:

- Los que proveen el cuidado experimentan una mayor carga que el que maneja el cuidado.
- La pareja lo experimenta más que los hombres.
- Las mujeres la experimentan más que los hombres.
- Los cuidadores con mayor contacto experimentan una mayor carga.
- Mecanismos de manejo inmaduros.
- Menor apoyo de la familia y amigos.
- Menor conocimiento de la demencia, su desarrollo y manejo.
- Pobre relación previa con la persona con demencia.
- Altos niveles de emociones negativas (por ejemplo: Hostilidad y crítica).

También existen factores Protectores tales como:

- Apoyos informales (por ejemplo: Cuidados vecinales).
- Conocimiento sobre la demencia, sus efectos y su manejo.
- Madurar las habilidades de manejo (por ejemplo: Resolver problemas).
- Grupos de Apoyo (por ejemplo: Asociaciones de Alzheimer).

12.2 El impacto de los cuidadores en los SICOPSI.

El comportamiento de los cuidadores hacia la persona que presenta los SICOPSI tienen un impacto directo y muy importante en el paciente. Mientras que los efectos negativos de los SICOPSI en el cuidador están bien estudiados, no se sabe

mucho sobre la habilidad del cuidador para influenciar en la aparición y severidad de los SICOPSI. Por ejemplo, muchos cuidadores creen que los SICOPSI que presenta el paciente pueden ser controlados por la persona, por lo que representan un sentimiento antagónico en el cuidador. Los cuidadores en esta situación piensan que el olvido en el paciente es una irresponsabilidad de éste y que las preguntas repetitivas son un intento deliberado de molestar y frecuentemente critican o se vuelven hostiles con el paciente, lo que puede angustiar al paciente y aumentar la tensión de la situación.

Por lo anterior existen comportamientos de los cuidadores que pueden detonar los SICOPSI, algunos de ellos son:

- Crear repentinos o no esperados cambios en las rutinas del paciente.
- Fomentar “luchas de poder” con el paciente: Por ejemplo, insistir que el paciente haga algo de cierta forma o se ponga una prenda particular de ropa.
- Demandar algo al paciente que está fuera de sus capacidades.

- Ser excesivamente crítico con el paciente.
- Ignorar las necesidades del paciente.
- Ser excesivamente rígido o controlador.
- Obligar repetidamente al paciente a recordar algo .
- Enojarse o estar agresivo con el paciente (exasperarse).

BIBLIOGRAFÍA

Aronson, M.K. Patients and families: Impact and long-term management Implications. In M.K. Aronson (ed) *Understanding and coping with Alzheimer's Disease* 1988; New York: Charles Scribner's Sons.

Argyle M *Bodily Communication* (2nd edn) 1988 London: Methuen.

Alkvist, O. Neuropsychological deficits in vascular dementia in relation to Alzheimer's disease: Reviewing evidence for functional similarity or divergence. *Dementia* 1994; 5: 203-209

Barclay, LL., (1993) Vascular dementia. In LL Barclay (ed.) *Clinical Geriatric Neurology* Philadelphia: Lea and Febiger.

Bartol MA Nonverbal communication in patients with Alzheimer's Disease *Journal of Gerontological Nursing* 1979; 5: 21-31.

Bayles, KA and Kaszniak, AW (1989) *Communication and Cognition in normal aging and dementia*. Boston; Little, Brown.

Bowers, B.J. Family perceptions of care in a nursing home. *Gerontologist* 1988; 28: 361-368

Brodarty H, Hadzi-Pavlovic D,. Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Aust. NZ. Journal Psychiatry* 1990; 24: 351-361.

BrownRG and Marsden CD. How common is dementia in Parkinson's disease. *Lancet* 1984 ; ii : 1262-5

Burgio LD, Fisher SE Application of psychosocial interventions for treating behavioral and psychological symptoms of dementia. *International psychogeriatrics* 2000; 12 (suppl. 1): 351-358.

Burns A, Misidentifications. *Int. Psychogeriatrics* 1996; 8 (suppl 3): 393-397 *International psychogeriatrics* 2000; 12 (suppl. 1): 347-350.

Burns A. Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver burden.

Burns, A., Jacoby, r., and Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease III: Disorders of mood. *Brit. Journal of Psychiatry* . 1990; 157: 81-86

Cayton H, Graham N, Warner J. Alzheimer's at your fingertips. (1997) Class Publishing, London, UK.

Cheston, R. and Bender, M. (1999) *Understanding Dementia. The Man with the Worried Eyes*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Clark, H., Kinderman, P.J., and Calaghan, W. Group reminiscing in an old people's home. *Nursing and the aged* 1988; 29: 17-21

Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behavior in the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc*. 1986; 36: 711-721.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosental AS. A description of agitation in a nursing home. *J. Gerontology* 1989; 44: M77-M84.

Cummings JL. Vascular subcortical dementia: clinical aspects *Dementia* 1994; 5: 177-180

Cummings, J.L., and Victoroff, J.L. Noncognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*. 1990; 13: 140-158

Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, et.al. The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimers disease. *Archives Geriatric Psychiatry*, 1997; 54: 257-263.

Deutch LH, Bylmsa FW, Rovner BW, et.al. Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 1159-1163.

Dura JR, Stokenberg KW, Kiecolt-Galser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents *Psychol. Aging* 1991; 6: 467-473.

Dippel RL, Hutton JT. Caring for the Alzheimer Patient. (1996) Prometheus Books, New York, USA.

Dura JR, Stokenberg KW, Kiecolt-Galser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents *Psychol. Aging* 1991; 6: 467-473.

Ekman P *Emotion in the human face* (2nd edn) 1982 Cambridge: Cambridge University Press.

Ekman P *Telling lies* (1985) New York: Norton.

Fiel, N. The Validation Breakthrough (1993). Health Professions Press Inc., Baltimore, Md. USA.

Folsom, J.C. Reality orientation for the elderly mental patient. *Journal Geriat. Psych*. 1968; 1: 291-307

Folstein, MF, Folstein, SE, and McHugh, PR Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. of Psych. Research* 1975; 12:1989 - 1998

George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidemensional examination of family caregivers of demented adults *Gerontologist* 1986; 26: 253-259.

Gibb, WRG and Luthert PJ. Dementia in Parkinson's Disease and Lewy Body Disease. In A Burns and R Levy (eds.) *Dementia* 1994. London, Chapman and Hall.

Gilley DW, Wilson RS, Beckett LA, Evans DA. Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatric Soc*. 1997; 45: 1074-1079.

Goldwasser, A.N., Auerback, S.M. and Harkins, S.W. Cognitive, affective and behavioural effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *Int. J. Aging Hum. Devel*. 1987; 25: 209-22

Goudie, F., and Stokes, G. Dealing with confusion. *Nursing Times* 1989; Sept. 20th, 38.

Gray-Davidson F. The Alzheimer's sourcebook for caregivers (1993) Lowell House, Chicago, USA.

Green, J.G., Timbury, G.C., Smith, R. and Gardiner, M. Reality orientation with elderly patients in the community: an empirical evaluation. *Age and Aging* (1983); 12: 38-43

Gruetzner, H. (1988) *Alzheimer's: A caregivers guide and sourcebook*. New York: Wiley.

Hanley, I.G. (1986) Reality orientation in the care of elderly persons with dementia – three case studies. In *Psychological Therapies for the Elderly*. I.G. Hanley and M. Gilhooly (eds.) London: Croom Helm.

Hess EH and Holt JM Pupil size as related to interest value of visual stimuli. *Science* 1960; 132:349-350.

Hodges, J.R., Patterson, K., Oxbury, S., and Funnell, E. Semantic dementia: progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain* 1992; 115: 1786-806

Hodges, J.R. (1994) Pick's disease. In *Dementia* A. Burns and R. Levy (eds.) London: Chapman and Hall.

Holden, U.P. and Woods, R.T. (1988) Reality orientation: Psychological approaches to the confused elderly (2nd edn.) Edinburgh: Churchill Livingstone

Hope RA, Fairburn CG. The nature of wandering in dementia: a community-based study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1990; 5: 239-245.

Hoyne, JB., Fallin, D., and Mullan, MJ. Research update in dementia. In SB Hoffman and M Kaplan (eds) *Special care programs for people with dementia*. Baltimore: Health Professions Press.

Jordan, R. Letter to editor *Care of Elderly* (1990); 2: 40

Katz, DI., Alexander, MP., and Mandell, AM., Dementia following strokes in the mesencephalon and diencephalon. *Archives of Neurology* 1987; 44: 1127-1133

Kluver, H. and Bucy, P.B. Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *Arch. Neurol. Psychiatry* 1939; 42: 979-1000

Krasuski, JS, Alexander, GE, Horwitz, B., Daly, EM., Murphy, DGM., Rapoport, SI., and Schapiro, MB. Volumes of medial temporal lobe structures in patients with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment (and healthy control). *Biological Psych*. 1998; 43: 60-68

Lam, D.H. and Woods R.T., Ward orientation training in dementia: a single case study. *Int. J. Geriatric Psychiatry* 1986; 1: 145-7

Langer, E., and Rodin, J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field study in an institutional setting. *J. Personality and Social Psychology* 1976; 34: 191-198

Langland RM, Panicucci CL. Effects of touch on communication with elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing* 1982; 8: 152-155.

Lehninger, F.W., Ravindran, V.L., and Stewart, J.T. Management strategies for probelem behaviours in the patient with dementia. *Geriatrics*. 1998; 53: 55-56, 66-68, 71-75.

Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA et al. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 1438-1443.

Mace NL, Rabins PV. The 36-hour day (1991) Warner Books, New York, USA.

Maxmen, J.S., and Ward, N.G., (1995) *Essential Psychopathology and its treatment* (2nd edn.) New York: Norton.

McKeith, I. (1994) The differential diagnosis of dementia. In *Dementia* A. Burns and R. Levy (eds.) London: Chapman Hall.

McKeith I, Fairbairn A, Perry R, et al. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of the Lewy body type. *Brit. Med. J.* 1992; 305: 673-678.

Miesen, B and Jones, G.T.Y. (1997) Psychic pain resurfacing in dementia: from new to past trauma? In L. Hunt, M. Marshall and C. Rawlings (eds) *Past Trauma in Late Life: European Perspectives on Therapeutic Work with Older People*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Mittelman MS. Effect of support and counseling on caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics* 2000; 12 (suppl. 1): 341-346.

Montagu A *Touching: The human significance of the skin* (1971) New York: Columbia University Press.

Morrow, SL, Allen, SC and Campbell, BW. Enhancing quality of life in AIDS-related dementia. *Psychotherapy* 1997; 32:3. 324-332.

Morton, I. and Bleathman, C. Reality orientaiton: does it matter whether its Tuesday or Friday? *Nursing Times* (1988) 84(6): 25-7

Northouse LL, Northouse PG *Health communication strategies for health professionals* (1998) Stamford, CT: Appleton and Lange.

Pollack R. (1988) Dealing with the emotional turmoil of Alzheimer's disease. In M.K. Aronson (ed.) *Understanding Alzheimer disease* New York: Charles Scribners Sons.

Reisberg B, Borenstein J, Franssen E, et.al. Remediable behavioral symptomatology in Alzheimer's Disease. *Hospital Community Psychiatry* 1986; 37: 1199-1201.

Ross, G., Abbot, R.D., Petrovitch, H., Masaki, K.H., Murdaugh, C., Trockman, C., Curb, J.D., and White, L.R. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men: The Honolulo-Asia aging study. *Journal of the American Medical Association* (1997) 277: 800-805

Ruffner M, Burgoon M. *Interpersonal communication*. (1981) New York: Holt, Rinehart and Winston.

Schulz R, O'Brien, AT, Bookwala J, et al. Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's Disease caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771-791.

Sheridan C, Failure-free activities for the Alzheimer's patient (1987) Cottage Books, San Francisco, USA.

Steffens, D.C., Hays, J.C., and Krishnan, K.R.R. Disability in geriatric depression. *Am. J. of Geriatric Psychiatry*. 1999; 7(1): 34-40

Swearer JM. Behavioral disturbances in dementia In: Handbook of dementing illnesses. Morris JC (ed) New York; Marcel Decker, Inc. 1994.

Teri, L., and Reifler, V.V., (1987) Depression and dementia. In L. Carstensen and B. Edelstein (eds.) Handbook of clinical gerontology. New York: Raven Press.

Thornton, S. and Brotchie, J. Reminiscence: a critical review of an empirical literature. *Brit. J. Clinical Psycholo*. 1987; 26: 93-111

Tissot, R., Constantinidis, J., and Richard, J. (1985) Pick's disease. In *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 2(46) J.A.M. Frederiks (ed) Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Van Reekum, R., Simard, M., Clark, D., Binns, M.A., and Conn, D. Late-life depression as a possible predictor of dementia. *Am.. J. Geriatric Psychiatry* 1999; 7: 151-159

Villardita, C. Alzheimer's disease compared with cerebrovascular dementia. Neuropsychological similarities and differences. *Acta Neurologica Scandinavica* 1993; 87: 299-308

Vitaliano PP, Russo J, Young HM. Et al. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol. Aging* 1991; 6: 392-402.

Warrington, E.K. Selective impairment of semantic memory. *Q. J. Exp. Psychol*. 1975; 27: 635-57

Wells, C.E. Pseudodementia. *A.m. J. Psychiatry*. 1979; 136: 895-900

Whitlatch CJ, Zarit SH, Von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31: 9-14.

Woods, R.T. (1992) What can be learned from studies on reality orientation? On *Caregiving in Dementia* G.M.M.Jones and B.M.L. Miesen (eds.) London: Rutledge

Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 577-587.

Zarit SH, Todd PS, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26:260-266.