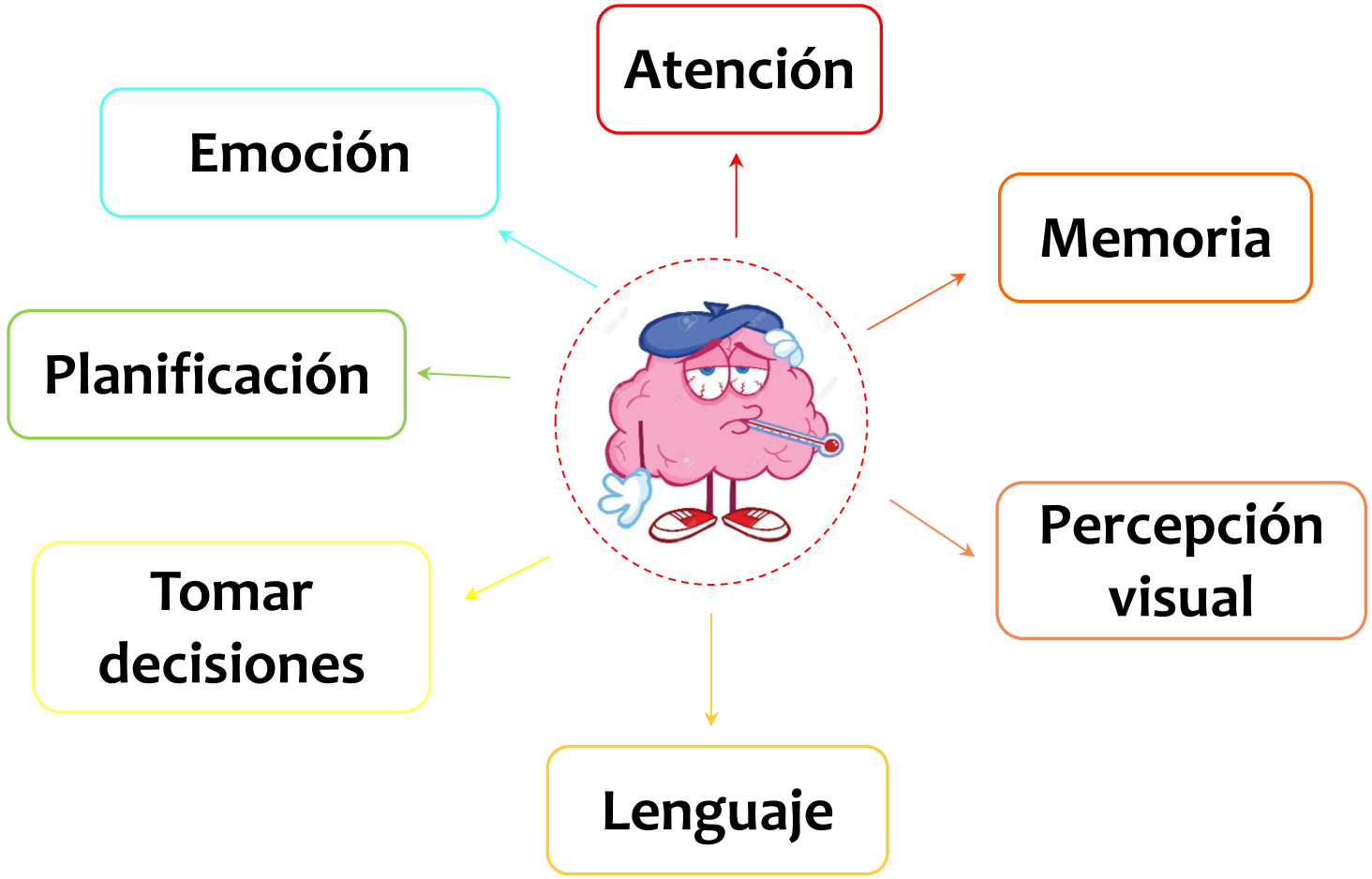


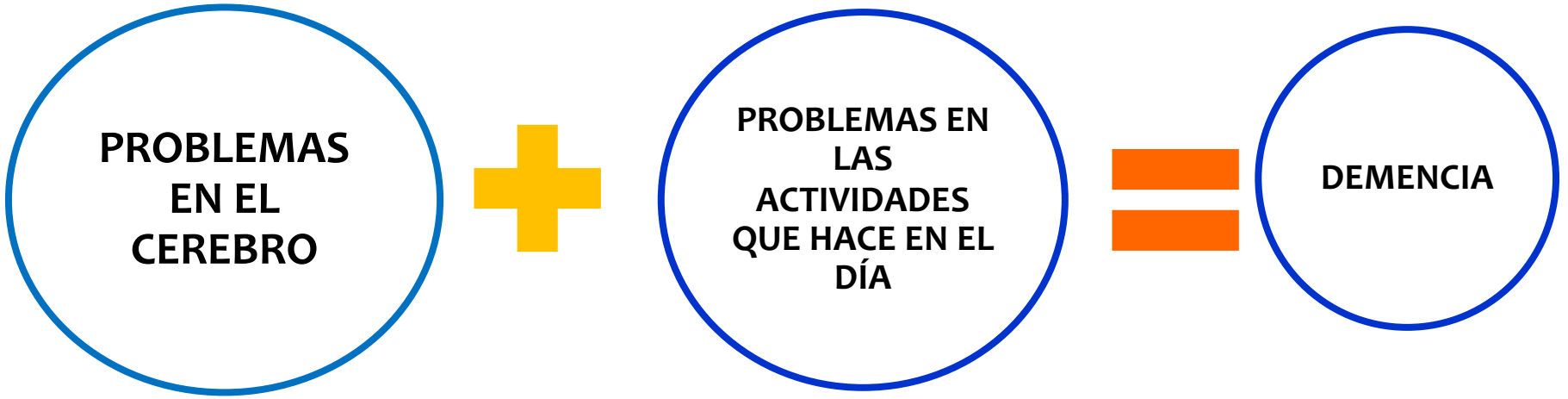
Manejo de síntomas psicológicos y conductuales en personas con demencia.

Klgo. Mg. Michel Faggioni

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Peñalolén
Crece para todos




PROBLEMAS EN EL CEREBRO
PROBLEMAS EN LAS ACTIVIDADES QUE HACE EN EL DÍA
DEMENCIA

Síntomas Psicológicos y Conductuales

Los **SPCD** son una de las **principales causas iniciales de consulta**, incluso más que los trastornos cognitivos en sí mismos. Estos síntomas repercuten de manera directa en la funcionalidad de la persona; impactando no solo en su **calidad de vida sino que incrementando el deterioro funcional**.

La frecuencia, severidad y angustia que provocan puede generar un estrés significativo para el cuidador, contribuir a una institucionalización prematura e incrementar los costos asociados a los cuidados (IPA, 2010).

(López, Vilalta, Garre, Pons & Cucurella, 2007; Slachevsky & Fuentes, 2005)

Sintomas Psicológicos y Conductuales asociados a la demencia

Síntomas Conductuales

- Agresión física, gritos
- Inquietud, agitación
- Vagabundeo
- Comportamientos culturalmente inadecuados
- Desinhibición
- Arrebatos verbales.
- Alteraciones de la alimentación.
- Trastorno del sueño



Síntomas Psicológicos

- Ansiedad
- Apatía
- Ánimo depresivo
- Euforia
- Irritabilidad
- Alucinaciones e ideas delirantes.

NPI:
INVENTARIO NEUROPSIQUIATRIICO

Evalúa:

- 12 síntomas y conductas
- Frecuencia de aparición
- Severidad del sint/ conduc.
- Angustia en cuidador.

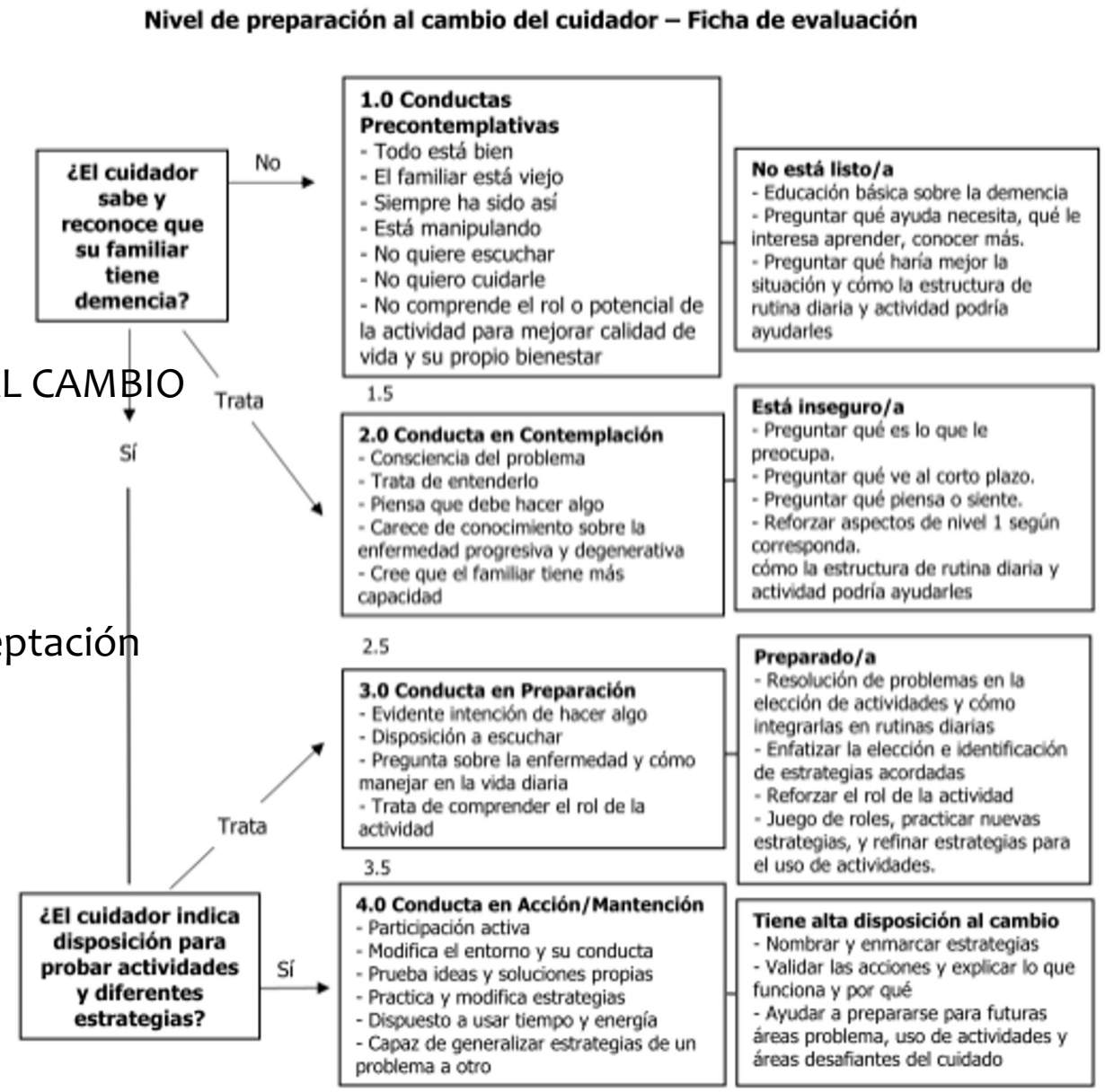
a. IDEAS DELIRANTES					
¿El/la paciente cree cosas que usted sabe que no son reales? (por ejemplo, insiste en que las personas tratan de hacerle daño o de robarle). ¿Ha dicho que los miembros de la familia no son quienes dicen ser o que la casa no es de ellos? No estoy preguntando por meras suposiciones, me interesa saber si el/la paciente está convencido/a de que estas cosas le están sucediendo.					
	SI (1)		NO (0)		No aplica (9)
	1. ¿El/la paciente cree que corre peligro o que otros planean hacerle daño?				
	2. ¿El/la paciente cree que otros le están robando?				
	3. ¿El/la paciente cree que su esposo/a o pareja lo/la está engañando?				
	4. ¿El/la paciente cree que visitas no bienvenidas viven en su casa?				
	5. ¿El/la paciente cree que su esposo/a u otras personas no son quienes dicen ser?				
	6. ¿El/la paciente cree que su casa no es en realidad la suya?				
	7. ¿El/la paciente cree que miembros de su familia planean abandonarlo/a?				
	8. ¿El/la paciente cree que personas famosas, de televisión o de revistas están realmente en su casa? (¿trata de hablar o interactuar con ellos/ellas?)				
	9. ¿El/la paciente cree en alguna otra cosa inusual sobre la cual yo no haya preguntado?				
Observaciones:					

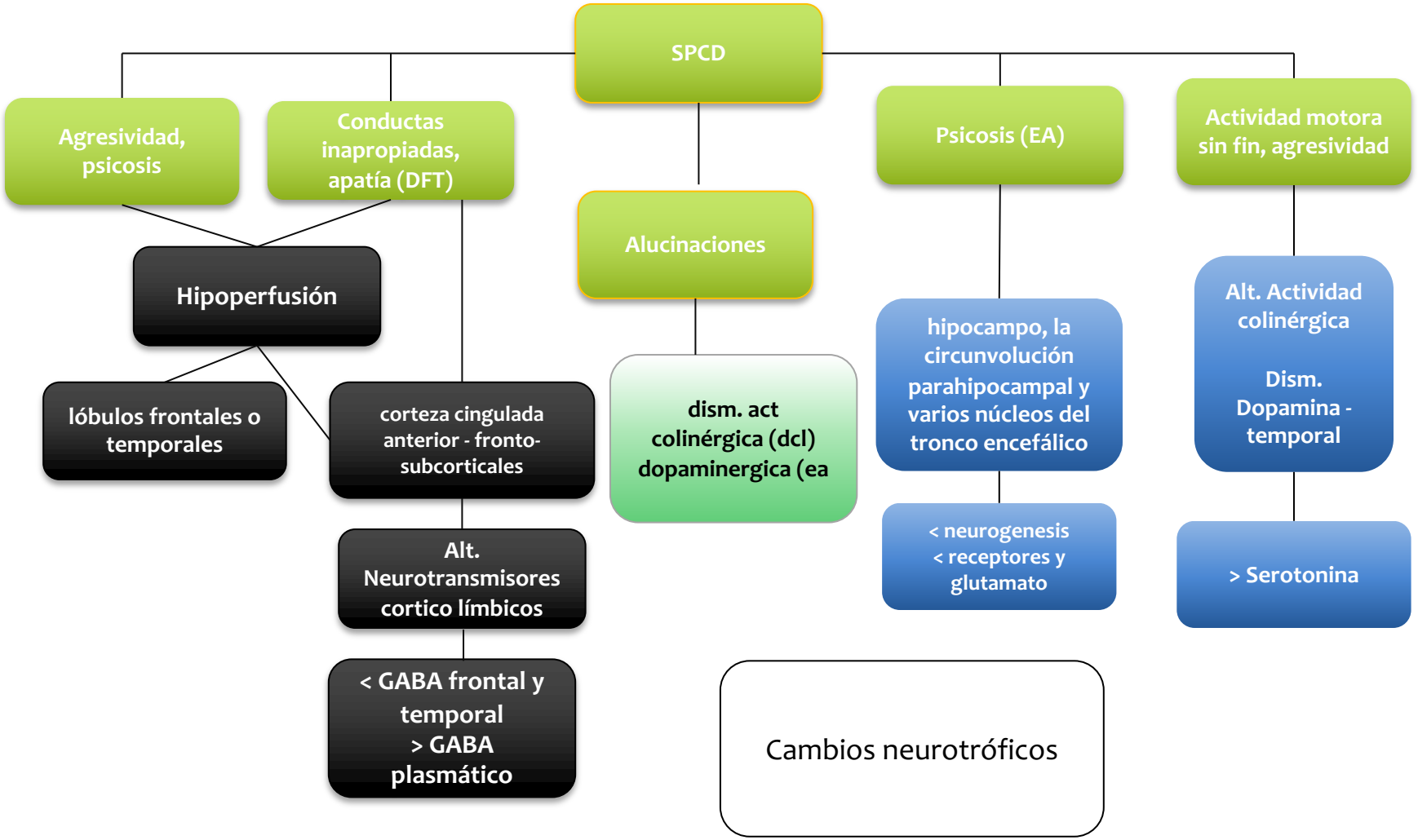
FRECUENCIA	
1	Rara vez – menos de una vez por semana
2	A veces – alrededor de una vez por semana
3	Frecuentemente – varias veces por semana, pero no todos los días
4	Muy frecuentemente – una vez o más por día
SEVERIDAD	
1	Leve - presencia de delirios, pero parecen inofensivos y producen poca angustia a el/la paciente
2	Moderada - los delirios son angustiantes y problemáticos.
3	Severa - los delirios son muy problemáticos y son una causa importante del cambio de la conducta (si tiene indicado medicamentos PRN, su uso señala que los delirios tienen una severidad marcada)
ANGUSTIA	
0	Nada
1	Mínimamente
2	Levemente
3	Moderadamente
4	Severamente
5	Muy severamente o extremadamente

READINESS:

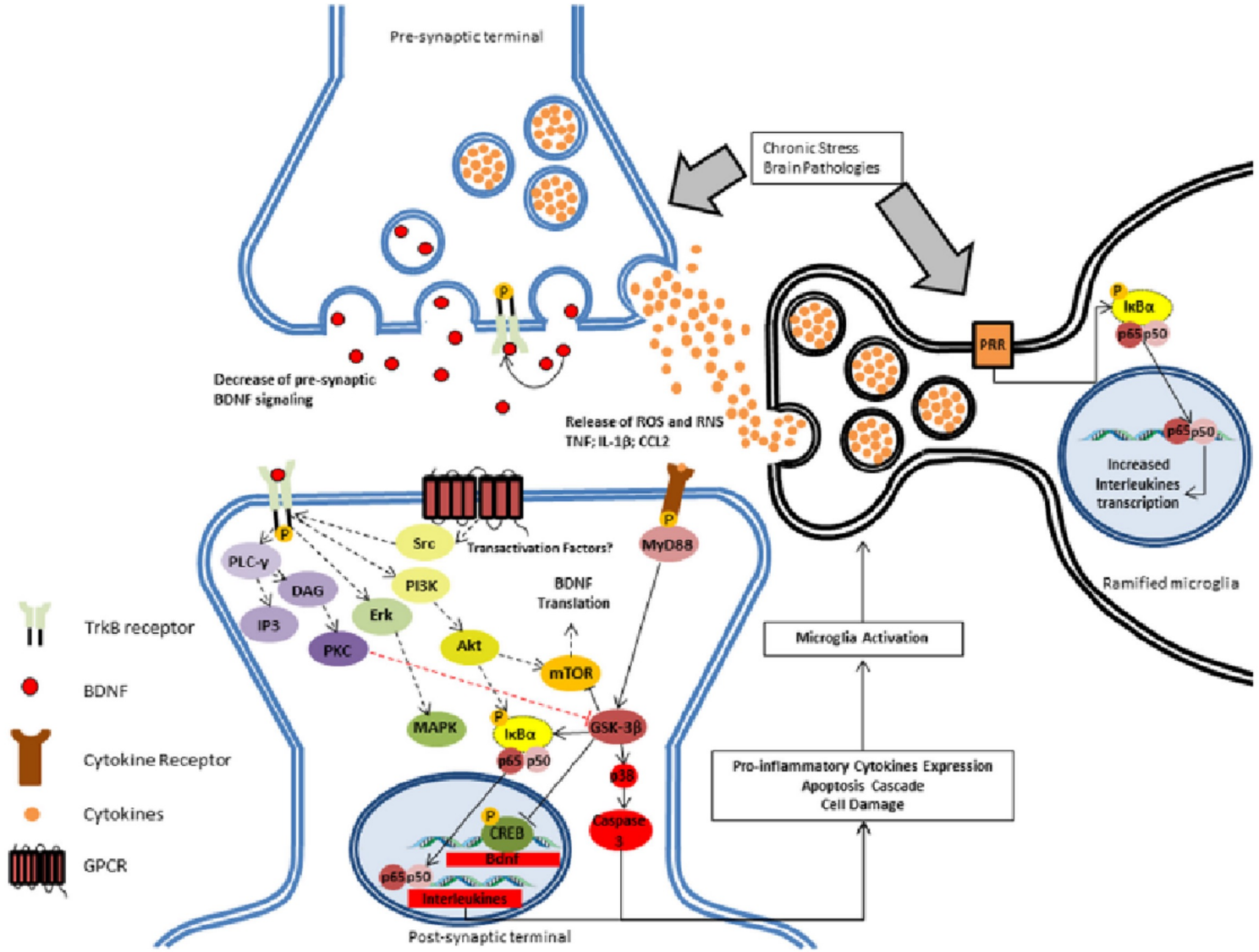
- ESCALA DE PERCEPCION AL CAMBIO

- EVALUA:
- 4 Estadios
- 3 intermedios
- Nivel de conocimiento, aceptación y ejecución del cuidado

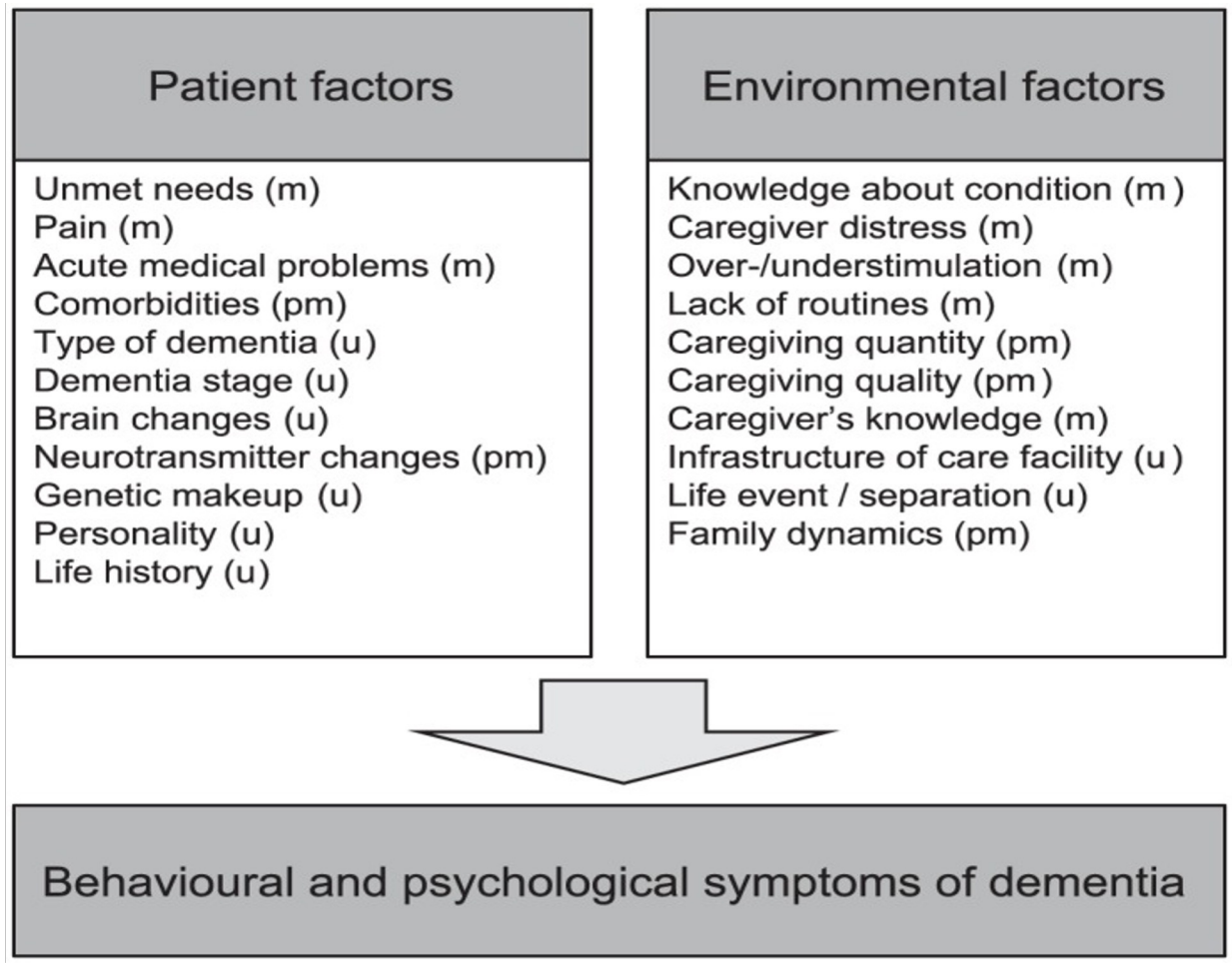




Ther Adv Neurol Disord. 2017 Aug; 10(8): 297–309.



* -Mol Neurobiol (2019) 56:3295–3312



* Ther Adv Neurol Disord.2017 agosto; 10(8): 297–309

Review Article

Brain-Derived Neurotrophic Factor, Depression, and Physical Activity: Making the Neuroplastic Connection

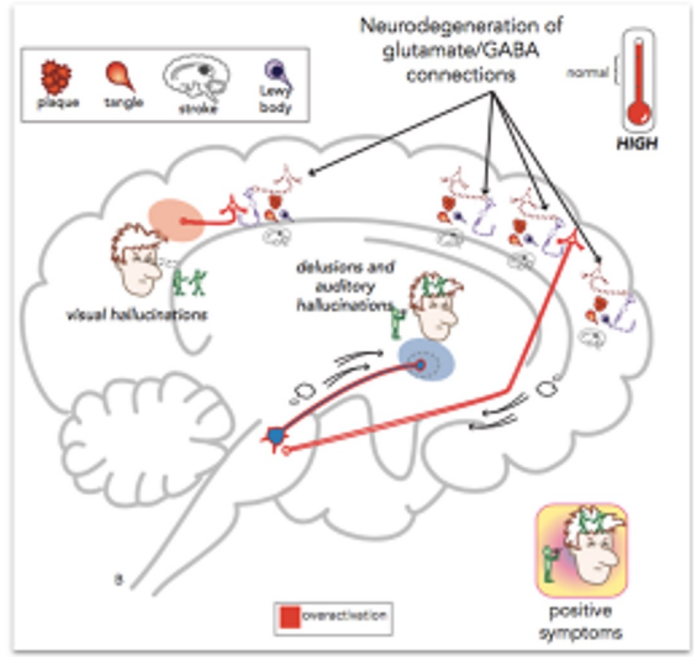
* corteza prefrontal dorsal, la corteza prefrontal ventral, el giro cingular anterior, la amígdala, el hipocampo, el estriado y el tálamo.

* Hipotesis neurotrofica
* “ Alteraciones a niveles del BDNF”
* Amigdala regula alza
* Hipocampo, CPFm regula baja

* Disfunción de astrocitos, microglia, neurotrofinas, atrofia desconexión sináptica
* BDNF- factor / neurotransmisor

Alteración circuitos neuronales específicos

Aumento vulnerabilidad a estresores

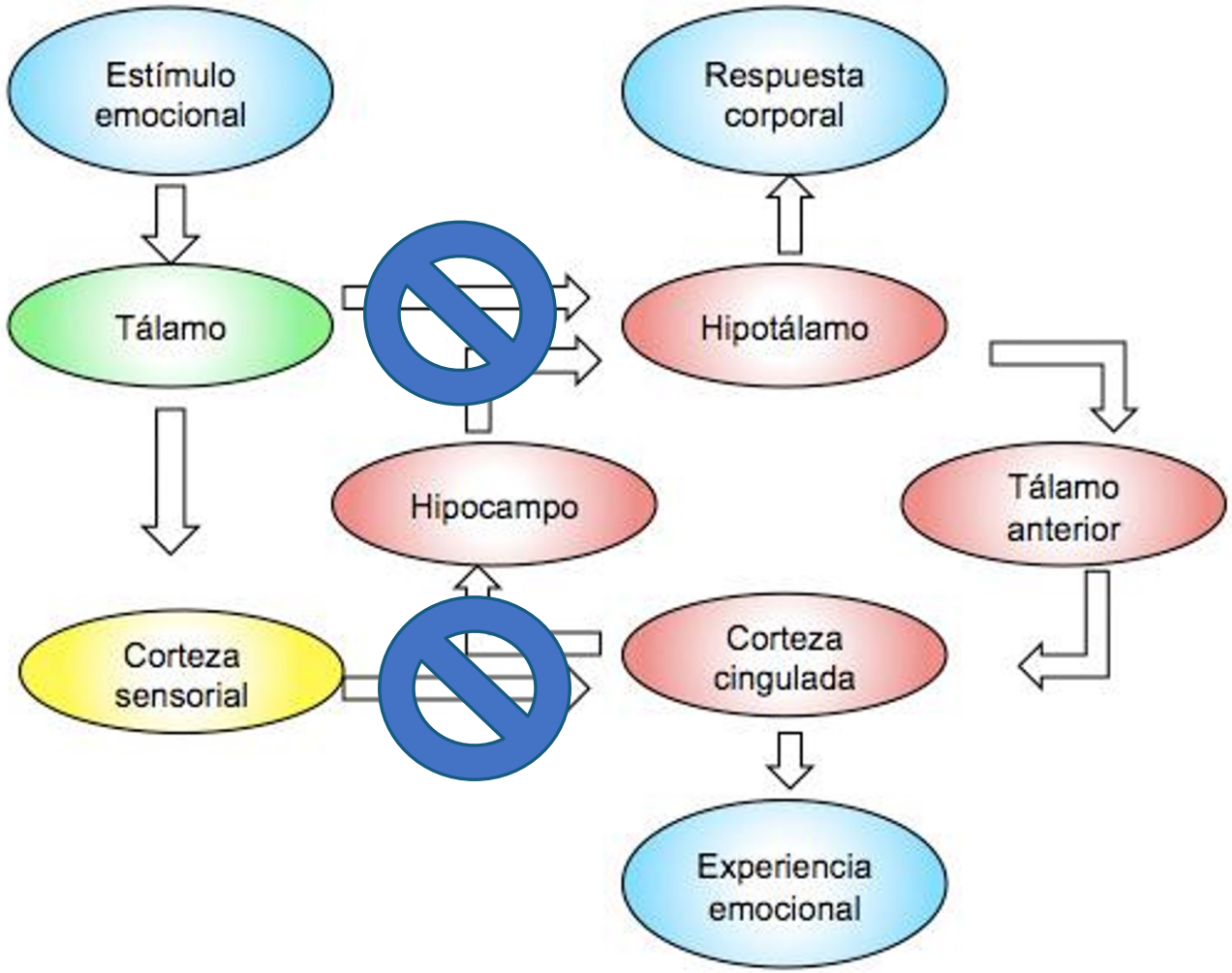


PSICOSIS EN DEMENCIA



MANEJO NO FARMACOLÓGICO + PROBABLEMENTE FÁRMACOS

Psychiatr Clin N Am (2017) (modificado)


Estímulo emocional
Respuesta corporal
Tálamo
Hipotálamo
Hipocampo
Tálamo anterior
Corteza sensorial
Corteza cingulada
Experiencia emocional

Teorías del manejo de SPCD

(Lawton & Nahemow, 1973)

Plantea la relación entre **capacidades de la PcD y las demandas que el ambiente genera hacia él**. Si los elementos ambientales superan las capacidades personas, o por el contrario, no generan desafío, se establecerá un área de disconfort y disrupción conductual

(Hall et al., 1987)

Plantea que la **PcD presentaría un umbral menor de tolerancia al estrés** interno y externo, por lo que su potencial adaptación y respuesta a las necesidades se vería interferida

Necesidades insatisfechas

(HaAlgase et al., 1996)

Plantea que la **PcD presentaría dificultades en el reconocimiento y expresión de sus necesidades,** y puede expresarlas a través de conductas disruptivas o una interacción inadecuada con su entorno.

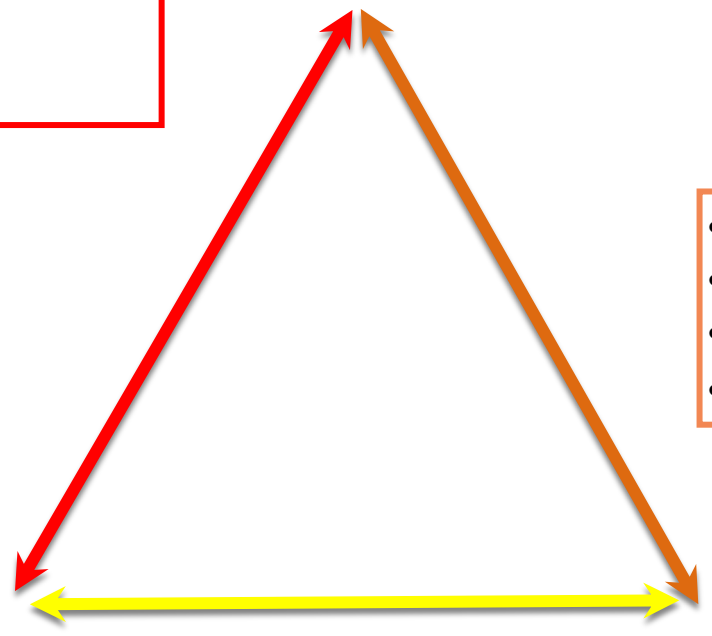
Modelo Integral de proceso de involucramiento de personas con demencia

(Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali, & Marx, 2009)

Propone que la **PcD avanzada presenta un potencial de respuesta a estímulos sociales, y sus reacciones se comprenden como una forma de involucramiento a dichos estímulos.** Este potencial de la persona es resultado de atributo de la persona, características del ambiente, que se traducen en respuestas conductuales y afectivas

Persona con Demencia

- Necesidades insatisfechas
- Problemas médicos
- Déficit sensoriales



- Nivel de estimulación
- Riesgos
- Falta de actividad
- Falta de rutina

Cuidador

Ambiente

- Estrés, sobrecarga, depresión
- Desconocimiento demencia
- Problemas de comunicación
- Expectativas

D escribir	El síntoma, no únicamente en relación a la persona, sino que incorporando elementos contextuales, del cuidador, etc.
I nvestigar	Los potenciales gatillantes de los síntomas, considerando factores de la persona, cuidador, y ambiente
C rear	Soluciones colaborativas con el cuidador y otros miembros del entorno familiar
E valuar	La efectividad de las soluciones en la resolución o reducción de los síntomas.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. Journal of the American Geriatrics Society, 62(4), 762–769.


No todo
es por
demencia

- NO CONTRADECIR!!
- NO RETAR!!!
- REORIENTAR
- MENTIR!!!
- DISTRAER

Comunicación efectiva

* **Facilitación de la comunicación:**
* No taparse la boca, si estoy con mascarilla, hablar más fuerte (no gritar), pronunciar bien las palabras, hablar normal (ni rápido ni lento) no usar jergas juveniles
* Hablar de frente y a la altura de los ojos, buscar un lugar iluminado y con poca bulla.
* Escribir si es necesario.
* Actitud corporal

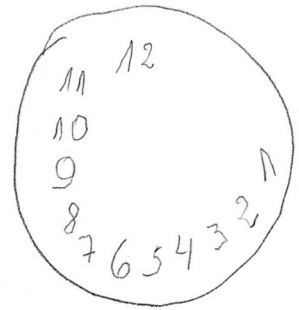
Blue: calming and restful effect. They are recommended for use in quiet rooms and
Green: It is associated with growth and life, It reduces central nervous system activity and helps people feel
Violet: It does not seem to have consistent effects on mood or the nervous system, probably because it is a combination of red and blue
Red: It increases brain wave activity and can stimulate the production of adrenalin into the blood stream, and so is recommended for high activity areas and communal spaces where stimulation is required



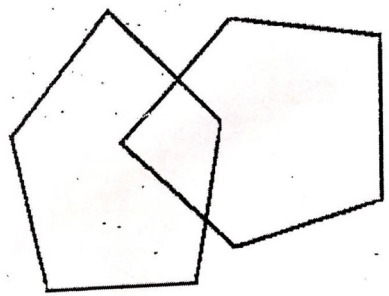
Referenced from Calkins, Margaret P. 2002. “How Colour Throws Light On Design In Dementia Care”. Journal of Dementia Care 10 (4): 20-23

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

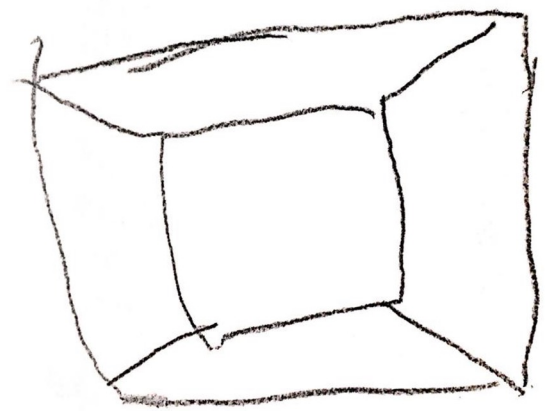


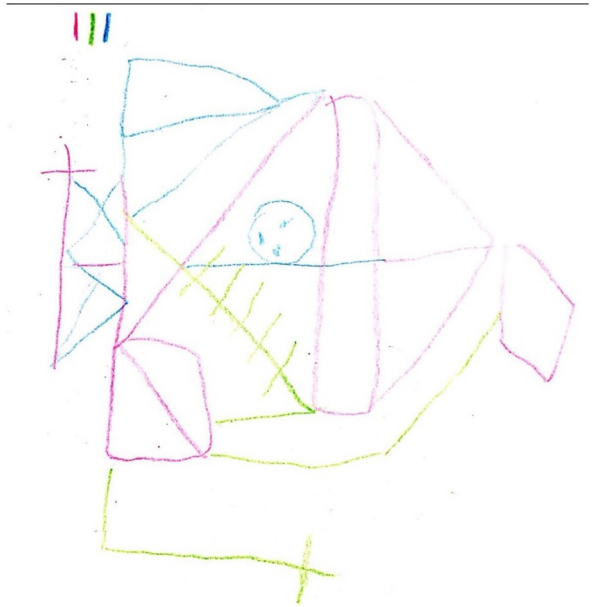


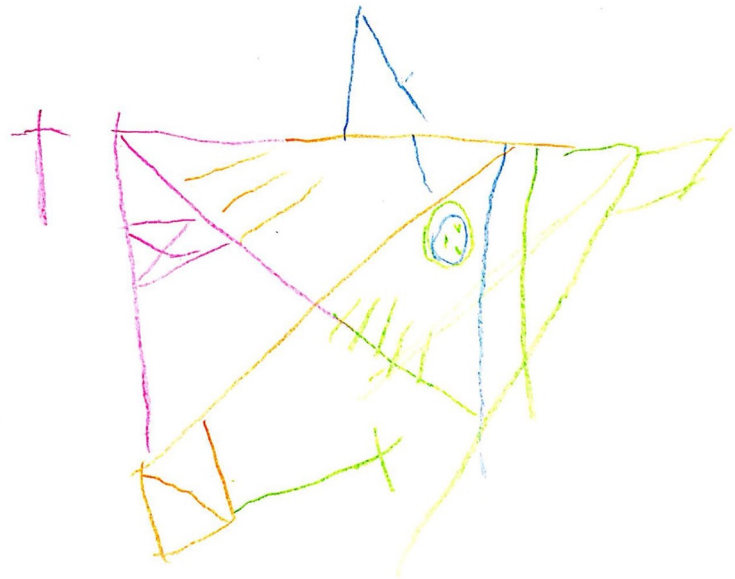
Peñalolén
Crece para todos

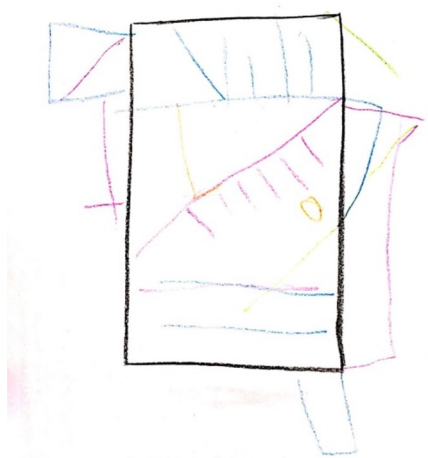


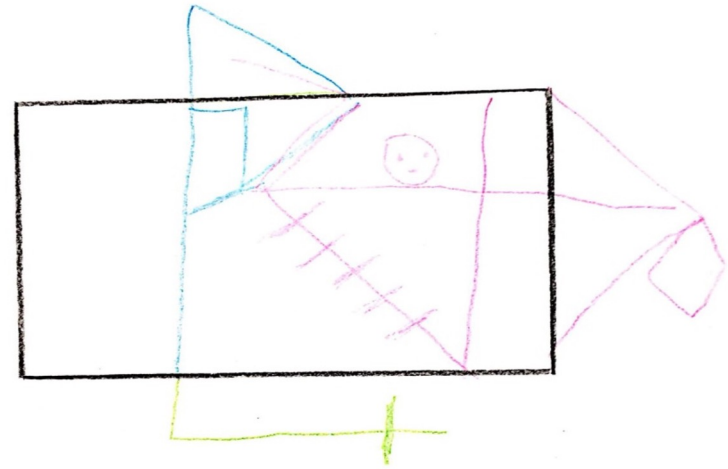












Caso clínico

* Usuaria 80 años
* Nombre: MNPQ

* SPCD:
* “ mi mama dice que Jesús le habla y que la virgen la viene a ver y vuela dentro de su pieza, se angustia por que la virgen no tiene donde descansar por que en la pieza hay ríos de sangre”



Caso clínico

* Usuaria 92 años
* Nombre: MSFF

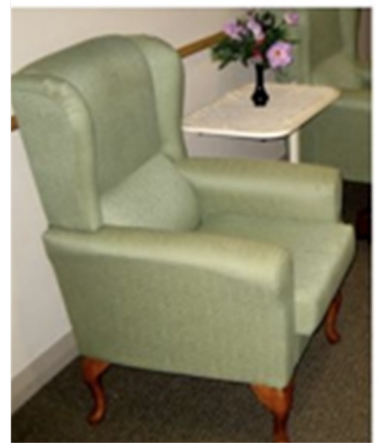
* SPCD:
* “ La Sra. M. entra al baño y siempre se sienta en la tina a hacer pipi y caca, por mas que le digo antes que entre pero no me hace caso”.













Caso clínico

* Usuaria de 65 años, demencia probable EA variante posterior moderada GDS 5, con SPCD de alucinaciones, ideas delirantes.
* Problemática principal:
* “no quiere comer a la hora de once, toma un adorno de la mesa, lo mira lo deja ahí y después se quiere parar e irse”.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Peñalolén
Crece para todos

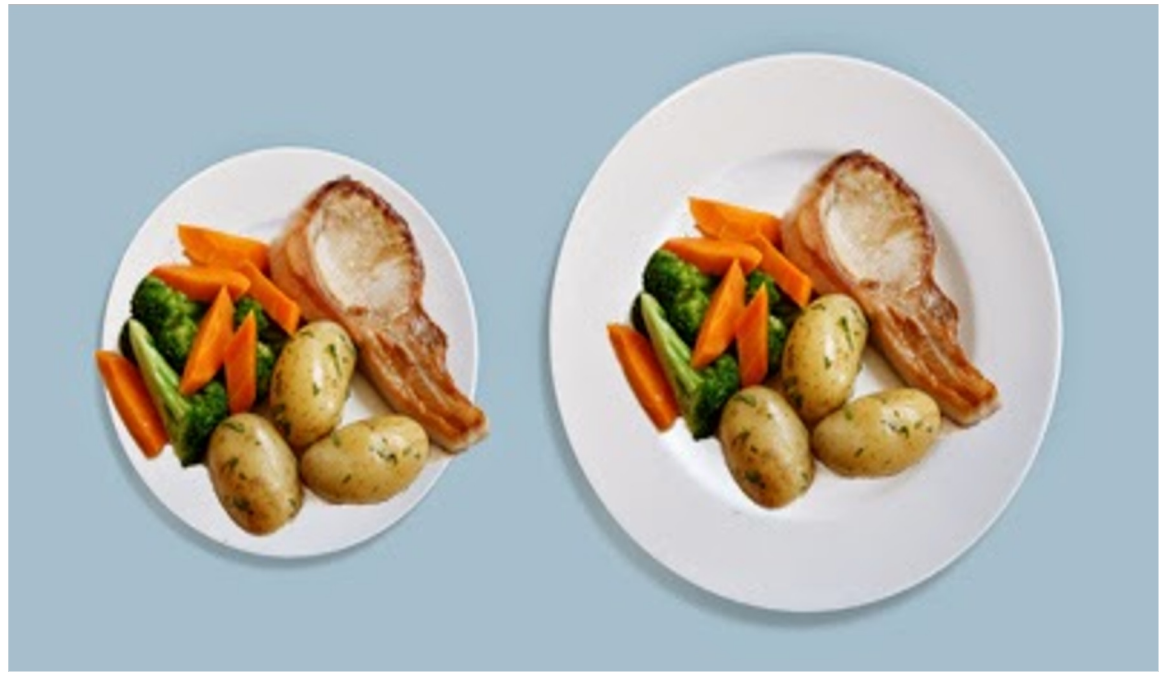


Caso clínico

* Usuaria de 78 años, asiste a talleres de centro diurno en Kintun. En la actividad de almuerzo, refiere no querer comer y que es mucha comida. Lleva media hora y solo se comió la ensalada.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Peñalolén
Crece para todos



Alteraciones en el apetito







Trastornos del sueño

1. Debe tomar en consideración que una persona con demencia duerme entre 4 a 6 horas promedio.
2. Horario de fármacos ???
3. Si su familiar no quiere dormir, se recomienda nunca proceder con agresividad o con violencia (mostrar la hora que es o mostrar que esta de noche).
4. Utilizar ropa cómoda y de fácil manejo para facilitar el proceso al momento de acostarse.

Trastornos del sueño

1. Llevar al baño con o sin ganas.
2. En el hogar se debe generar un ambiente optimo para dormir, manteniendo buena temperatura, luz apagadas y evitar ruidos molestos.
3. Se debe evitar ingerir alimentos, pesados para el organismo a la hora de once.
4. Se recomienda sacar a caminar a su familiar 2 a 3 hrs antes del horario de dormir.

Caso clínico

* Mujer de 79 años.
* Viuda
* 3 hijos, 7 nietos, 2 bisnietos

* Dg: Demencia mixta de perfil vascular. (moderada-severa)
* Usuaria oriunda de Nueva Imperial, vivió en el campo hasta los 16 años.
* Trabajo en textileria.

* **Problema principal :**

* **Toma agua desde el inodoro - 10/10 angustia en cuidador**
* **Ve gente en la casa - 3/10 angustia en cuidador**

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud



Peñalolén
Crece para todos

Caso clínico

* Usuario de 75 años.
* Casado.
* 2 hijas, 4 nietos.

* Dg: Demencia de perfil vascular. (Moderada – severa)
* Usuario oriundo de Temuco.
* trabajo en minería.

* **Problema principal.**

* **Manejo de dinero, no deja que administren su dinero – 10/10 angustia en cuidador.**
* **Intentos de fuga – 8/10 angustia en cuidador**

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Peñalolén
Crece para todos



Consideraciones

* Los SPCD no se dan de igual forma en todas las personas.
* No importa la cantidad de SPCD presentes si no la sobrecarga o angustia que genera en el entorno.
* La psicoeducacion /psicoterapia hacen la diferencia en forma de afrontar los SPCD
- La TNF costo efectiva en la reducción de los SPCD.
- Programas de educación multicomponente.



Sociedad
Médica
Cuidados
Paliativos
Chile