

Abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Addressing psychological and behavioral symptoms of dementia

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
ESCUELA UNIVERSITARIA "CASA DE
SALUD VALDECILLA"
GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Grado



Directora: Josefina González Expósito
Alumna: Eva Bustamante Revuelta
Curso académico: 2016-2017

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Objetivo general y objetivos secundarios	5
1.2. Metodología	5
2. ENVEJECIMIENTO COGNITIVO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO COGNITIVO PATOLÓGICO	6
3. DEMENCIA	8
3.1. Definición	8
3.2. Clasificación y prevalencia.....	8
3.3. Manifestaciones clínicas:	9
4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA.....	11
5. ABORDAJE DE LOS SPCD.....	12
5.1. Abordaje farmacológico	12
5.2. Abordaje no farmacológico:.....	13
5.2.1 CONCEPTO.....	13
5.2.2 MARCO CONCEPTUAL:	14
5.2.3 OBJETIVOS	15
5.2.4. TIPOS DE TNF.....	15
6. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS...	21
REFLEXIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS	36
Anexo I: Escala GDS.....	36
Anexo II: Escala FAST.....	38
Anexo III: Escala Hachinski	40
Anexo IV: Síntomas psicológicos de la demencia.....	41
Anexo V: Síntomas conductuales de la demencia.....	42
Anexo VI: Terapias no farmacológicas	43

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Porcentaje de demencias a nivel mundial	9
Figura 2: Columnas de agua Sala Snoezelen	19
Figura 3: Mezcla visual y aventura sala Snoezelen	19

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
DCM	Dementia Care Mapping
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DeCS	Descriptorios en Ciencias de la Salud
EA	Enfermedad de Alzheimer
FAST	Functional Assessment Staging
GDS	Global Deterioration Scale
IACE	Inhibidores de la Acetilcolinessterasa
IRS	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
MEC	Mini-Exam Cognitive
MeSH	Medical Subject Heading
NMDA	N-metil D-aspartato
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SPCD	Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia
TNF	Terapias No Farmacológicas
TF	Terapias Farmacológicas

RESUMEN

En las últimas décadas, el envejecimiento progresivo de la población ha supuesto un aumento de casos de demencia, una enfermedad neurodegenerativa irreversible que afecta al desarrollo normal de las actividades de la vida diaria y que supone un cambio drástico en el estilo de vida tanto del enfermo como de sus cuidadores.

Durante el proceso de la enfermedad, estos pacientes suelen desarrollar distintos síntomas psicológicos y conductuales que les generan un gran sufrimiento, por esta razón, es importante que los profesionales de la salud, con el fin de disminuir el uso de fármacos, conozcan las diferentes terapias no farmacológicas destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, además del abordaje precioso cuando estas situaciones se desatan.

Palabras clave (DeCS): Demencia, terapia farmacológica, atención de enfermería, síntomas conductuales, tratamiento no farmacológico.

ABSTRACT

During the last decades, the continuous ageing process of the population has lead to an increasing of dementia cases, an irreversible neurodegenerative disease which affects to the normal daily routine and means a drastic change in the lifestyle, both for the patient and for the assistant

During the disease process itself, these patients normally develop different psychological and conductive symptoms which cause them great suffering. It's for this reason that the healthcare professionals, with the aim of reducing the use of pharmaceuticals products, should be able to know the different non-pharmacological therapies intended for improving the patient's quality life and his/her assistants, in addition to the valuable approach when these kind of situations arise.

Key words (MeSH): Dementia, Drug therapy, Nursing care, Behavioral Symptoms, Non-pharmacological treatment

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un hecho, entre el 2000 y el 2050 la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará. Este cambio demográfico es un logro para la sociedad, pero al mismo tiempo está suponiendo un reto para los sistemas proveedores de salud que tienen que adaptarse a esta nueva realidad.

Una consecuencia del envejecimiento poblacional es el aumento de las enfermedades crónicas y de las situaciones de dependencia. Se prevé que en 2050 se habrá cuadruplicado el número de ancianos que necesitarán ayuda para realizar sus actividades cotidianas, (1) hecho que se traduce, ya en la actualidad, en un aumento de la institucionalización y un consumo creciente de los recursos sociosanitarios.

Las enfermedades neurodegenerativas son actualmente la tercera causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades circulatorias y el cáncer. Entre las diferentes enfermedades neurodegenerativas, la demencia es una de las más prevalentes puesto que afecta a nivel mundial a unos 47,5 millones de personas. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más, sufre algún tipo de trastorno cognitivo en un determinado momento. (2)

Cualquier demencia ocasiona discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo y tiene un fuerte impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad. De los diferentes trastornos que ocasionan deterioro cognitivo, la demencia tipo Alzheimer (EA) es la más frecuente (70%) y tiene una prevalencia aproximada en nuestro país del 6% en personas mayores de 70 años (3). Se trata de una enfermedad neurológica degenerativa, progresiva, irreversible y con consecuencias devastadoras para el paciente y su entorno familiar y social. En el curso de la EA se observa una afectación de ciertas funciones intelectuales como la memoria, la atención, la concentración, praxias, gnosias, funciones visuoespaciales y capacidades ejecutivas. (4). Además de estas alteraciones cognitivas y funcionales, los síntomas psiquiátricos también son frecuentes y están relacionados con alteraciones en la percepción, en el curso y contenido del pensamiento, en el estado de ánimo y en la conducta. La presencia de estos síntomas neuropsiquiátricos aumenta conforme progresa la enfermedad y producen un menoscabo importante en la calidad de vida del paciente, los familiares y cuidadores (5). Son además, motivo frecuente de claudicación familiar e institucionalización (5) ya que se estima un promedio de vida de unos ocho años desde que la sintomatología se hace evidente. Estos síntomas neuropsiquiátricos también son conocidos como síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) en inglés. Este término acuñado por primera vez en la conferencia de consenso convocada por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1996 lleva asociado dos tipos de síntomas. Los psicológicos, por un lado, obtenidos mediante entrevista a las fuentes primarias, paciente y familia o cuidadores (por ejemplo, ansiedad, depresión); y por otro lado los síntomas conductuales observables en el paciente (por ejemplo, agresividad, desinhibición). (6)

Por otro lado, en todos los tipos de demencia estudiados, la manifestación externa y más evidente del deterioro global es la afectación de las actividades de la vida diaria (AVD). Barry Reisberg describió en 1982, cómo las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer sufrían un patrón de deterioro cognitivo totalmente previsible y progresivo conocido como retrogénesis, es decir, trayecto inverso hacia el nacimiento. Se entiende por retrogénesis al proceso llevado a cabo por los mecanismos degenerativos que provoca una reversión del orden de la adquisición del desarrollo humano normal. (7) Posteriormente, diferentes estudios han demostrado que conforme avanza la enfermedad se suele producir una regresión de las

capacidades cognitivas, funcionales y físicas a estadios evolutivos previos al desarrollo humano normal (8). Específicamente en la EA este deterioro sigue un curso predecible contemplado en las escalas GDS (Global Deterioration Scale-GDS) y FAST (Functional Assessment Staging) descritas por Barry Reisberg y sus colaboradores (Anexos 1, 2). Se observa, además, una correlación significativa entre la alteración funcional y la cognitiva (9). En la tabla (Anexo 3), aparece la correlación entre la escala GDS y el MEC como escala de valoración cognitiva.

El conocimiento y la comprensión de los SPCD, tan prevalentes en los pacientes institucionalizados diagnosticados de demencia (84%) (10) por parte de cuidadores e instituciones, ayudará a establecer estrategias de abordaje no farmacológicas que redundarán en un menor uso de fármacos y de contenciones físicas. De esta forma se evitarán las complicaciones no deseadas asociadas a la mayoría de los tratamientos farmacológicos y al uso de las contenciones que tan frecuentemente son pautados en estos pacientes. Por otro lado, tener conocimiento de las etapas por las que irá pasando el EA, también nos ayudará a planificar las mejores estrategias para su abordaje y seleccionar los recursos específicos disponibles tanto para el enfermo como para los cuidadores. En este sentido, también existen muchos trabajos cuyo objetivo es identificar las etapas iniciales o prodrómicas de la EA con el fin de hacer diagnósticos tempranos e iniciar las medidas terapéuticas en un momento en el que la capacidad funcional de la persona se encuentra todavía preservada (11). Este diagnóstico en las fases iniciales servirá también para poner en marcha programas de apoyo al entorno familiar.

Cabe señalar, que la atención a estos pacientes genera una gran demanda de cuidados, y los profesionales de enfermería son los principales responsables de la monitorización y la detección precoz de las complicaciones y los problemas de salud del paciente. Además, están en la mejor situación para implementar acciones que minimicen los resultados negativos de dichos problemas.

1.1. Objetivo general y objetivos secundarios

Objetivo general:

- El estudio y abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con demencia

Objetivos secundarios:

- Definir las características del envejecimiento cognitivo normal y del patológico.
- Breve descripción del concepto de demencia, sus tipos, prevalencia y la sintomatología asociada.
- Aproximación a las principales terapias no farmacológicas utilizadas en el abordaje de las demencias
- Descripción de las principales intervenciones enfermeras desarrolladas en el abordaje de las demencias

1.2. Metodología

Se trata de una monografía en la que se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica a través de las siguientes bases de datos: PubMed-Medline, Cochrane Library Plus en español, CUIDENplus, Psycodoc, PsycINFO, siendo posible el acceso a través de la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cantabria.

Además, tienen relevancia algunos libros como: DSM-IV, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, etc.

Los artículos datan en su mayoría del año 2012 en adelante. Aunque cabe destacar que algunos de ellos, anteriores a esta fecha, se han utilizado debido a que aportaban información significativa para el trabajo.

2. ENVEJECIMIENTO COGNITIVO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO COGNITIVO PATOLÓGICO

Raquel Langarica Salazar en 1985 define el envejecimiento como la “sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible que se presentan antes que las modificaciones externas den al individuo aspecto de anciano”. El envejecimiento es fisiológico o normal cuando se cumplen los parámetros biológicos aceptados para la edad y se mantiene la capacidad de relación, funcional, mental y social. No todos envejecemos de la misma manera. El proceso de envejecer es distinto de unos individuos a otros y varía, dependiendo de factores endógenos o intrínsecos, relacionados con la carga genética y los factores exógenos o extrínsecos, relacionados con el entorno (hábitos de vida, clima, etc.). Además, la presencia o no de enfermedades es lo que determinará la diferencia entre envejecimiento fisiológico y patológico.

Por otro lado, debemos diferenciar el envejecimiento cognitivo saludable, que forma parte del envejecimiento gradual y variable de cada individuo, del deterioro cognitivo patológico que conlleva una serie de cambios a nivel bio-psico-social importantes.

En general, los cambios morfológicos que se producen en el sistema nervioso tienen que ver con la disminución del peso cerebral, del número de neuronas y neurotransmisores y con la fibrosis y calcificación de las capas meníngeas. Existe también un aumento de placas de amiloide y de ovillos neurofibrilares.

Los cambios cognitivos fisiológicos que más quejas generan en la persona mayor son los relacionados con la memoria y el lenguaje. La inteligencia cristalizada que está basada en los conocimientos adquiridos con la experiencia y la capacidad de juicio se mantiene, pero disminuye la inteligencia fluida (agilidad mental y concentración) y la capacidad de resolución de problemas.

Frente al envejecimiento fisiológico cerebral, está el “envejecimiento cognitivo patológico”. Éste se produce cuando aparecen alteraciones en las actividades cognitivas procesadas en el cerebro. Estos cambios tienen que ver con la disminución de la capacidad de atención y de la memoria de trabajo, la capacidad de inhibir los distractores potenciales, la toma de decisiones y la velocidad de procesamiento. (12)

Así pues, una de las funciones cerebrales que se ve afectada, es la inteligencia fluida, entendida como la capacidad de adquirir nuevos conceptos y de adaptarse a nuevas situaciones. Esto se traduce en una disminución para aprender o razonar. El factor determinante en cuanto a la pérdida de inteligencia es la velocidad de procesamiento que va disminuyendo con la edad dependiendo de las características individuales de cada persona.

Otra función que sufre alteraciones con el paso de los años y una de las más estudiadas debido a que es un potente indicativo de demencia, es la memoria.

Con el envejecimiento se produce una velocidad de procesamiento menor, lo que influye en aspectos como la recuperación de información o la asimilación de información nueva, hechos que también se ven afectados por la disminución en la concentración y la atención. En general, en el envejecimiento normal no se altera ni el recuerdo de los sucesos lejanos, ni el conocimiento acumulado a lo largo de la vida, ni las habilidades practicadas con asiduidad (13)

Sin embargo, cuando existe un envejecimiento cognitivo patológico se acaba afectando la memoria episódica (memoria autobiográfica ligada a experiencias personales vividas y vinculada a la experiencia subjetiva en tiempo y espacio).

Con respecto a la atención, se describe una pérdida en lo referente a la atención sostenida, la velocidad perceptiva y la flexibilidad. Todo esto condiciona que las personas mayores tarden más en atender, se concentren menos y les cueste discriminar entre la información relevante e irrelevante.

En cuanto al lenguaje se aprecia una dificultad en la evocación de palabras y en la fluidez verbal. (14)

En el deterioro cognitivo, el lenguaje es pobre, y se caracteriza por el uso de circunloquios, parafasias y palabras comodín, para compensar la dificultad para nombrar los objetos. Estos cambios en el lenguaje se asocian también con alteraciones en la escritura y en la lectura.

Es sabido que existen una serie de factores protectores y facilitadores de un envejecimiento saludable entre los que se encuentran: el mantenimiento de estimulación cognitiva continuada, el ejercicio físico, el nivel educativo, una dieta saludable y, sobre todo, el mantenimiento y estimulación de una amplia red social, el desarrollo de un rol en la sociedad. (15)

Por el contrario, existen otros factores que predisponen al desarrollo de las demencias. Éstos se pueden clasificar en modificables y en no modificables. Entre los potencialmente modificables destacan el control de factores de riesgo cardiovascular, ambientales y sociodemográficos. Por otro lado, existen una serie de factores en los que no se puede intervenir, como son los factores genéticos. (3) (16) (17)

3. DEMENCIA

3.1. Definición

Se entiende por demencia, el conjunto de síntomas y signos que pueden ser la manifestación clínica de diversas enfermedades. Es por lo tanto un síndrome, y se define como el deterioro crónico y progresivo de las funciones cognitivas, que interfiere de manera importante con las actividades de la vida de la persona. (18)

Según el DSM-IV, se requiere la alteración de la memoria como síntoma precoz y predominante, además de la alteración de otra área cognitiva, lenguaje, concentración/orientación, gnosias, praxias, funciones visuoespaciales, funciones ejecutivas y conducta. Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente.

Las alteraciones deben ser adquiridas, objetivadas, persistentes y en pacientes con nivel de conciencia normal hasta fases terminales (19)

Existe una entidad diagnóstica que está a caballo entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia que se conoce con el nombre de deterioro cognitivo leve (DCL). En estos casos, la sintomatología, pérdida subjetiva y objetivable de memoria corroborada por un familiar/cuidador, no interfiere de forma importante con la vida social, laboral y familiar del paciente. (20)

La prevalencia del DCL en sujetos mayores de 65 años oscila entre el 17 y el 34% (21)

Algunos estudios sugieren que alrededor del 15% de los sujetos diagnosticados de DCL evolucionan cada año a demencia (20)

3.2. Clasificación y prevalencia

Existen diferentes criterios para clasificar las demencias. En relación a su etiología, se dividen en primarias o sin causa conocida, y secundarias que son las potencialmente reversibles.

En las primarias se producen alteraciones a nivel de las neuronas y ligadas al depósito cerebral de determinadas proteínas, y en las secundarias, las causas son externas al funcionamiento neuronal. (22)

Por otro lado, también existen demencias de etiología múltiple, en las que se combinan causas degenerativas con otras causas secundarias.

DEMENCIAS PRIMARIAS	SECUNDARIAS
Enfermedad de Alzheimer	Encefalitis autoinmunes
Demencia por cuerpos de Lewy	Hidrocefalia crónica del adulto
Parálisis supranuclear progresiva	Lesiones tumorales
Degeneración fronto-temporal	Endocrino/metabólicas
Enfermedad de Huntington	Carenciales
Enfermedad de Creutzfeld-Jakob	Tóxicos (alcohol)
Degeneración córtico-basal	Demencia por VIH
	Enfermedades desmielinizantes
	Traumatismo cerebral
	Vasculitis

Tabla 1: Clasificación etiológica de las demencias a partir de (23)

La OMS, a través de los datos obtenidos en 2016, establece que la demencia más común a nivel mundial es el Alzheimer (50-75%), seguida de la demencia vascular (20-30%), las demencias frontotemporales (5-10%) y la demencia por cuerpos de Lewy (<5%), como queda reflejado en la imagen 1. (2)

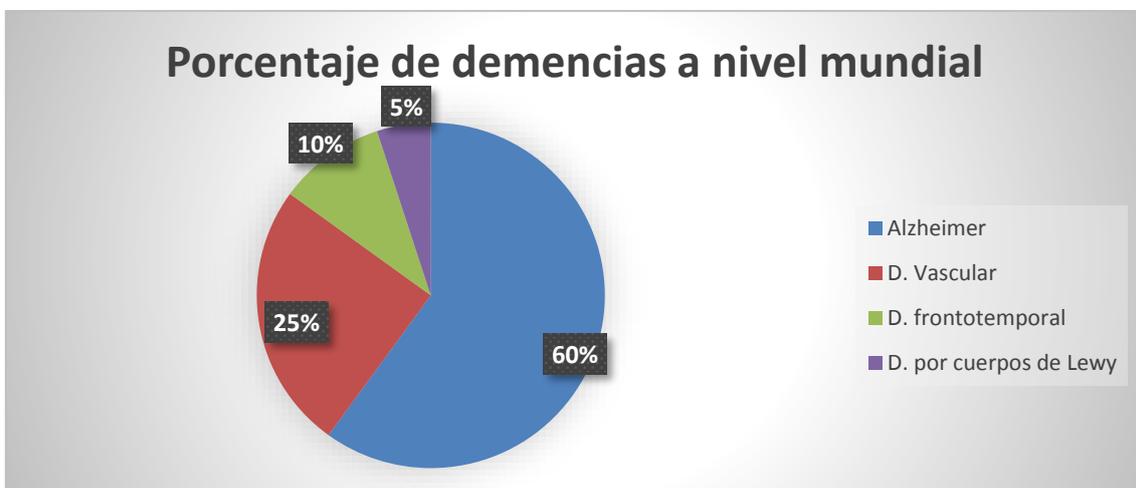


Figura 1: Porcentaje de demencias a nivel mundial

3.3. Manifestaciones clínicas:

Las manifestaciones clínicas de la demencia son diferentes de unas personas a otras, dependen de la etiología subyacente y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

Para hacer un buen abordaje es necesario hacer un buen diagnóstico mediante la realización de una anamnesis completa, la exploración física y neurológica, la valoración funcional, los estudios analíticos y de neuroimagen y la valoración neuropsicológica.

En general, en las demencias se producen alteraciones en las funciones intelectuales superiores (memoria, atención, lenguaje, orientación, cálculo, resolución de problemas, manipulación de objetos) y manifestaciones de tipo conductual o neuropsiquiátricas (apatía, depresión, delirios, alucinaciones, alteración de la personalidad, cambios conductuales).

En la enfermedad de Alzheimer, el síntoma principal e inicial es la *pérdida de memoria*, relacionada con la capacidad para aprender nueva información. En la mayoría de los pacientes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer, existe un fallo de la memoria episódica, y son incapaces de recordar nueva información pasados unos minutos, sin que exista mejoría con la administración de pistas. Junto con el deterioro de la memoria aparecen también alteraciones en otras funciones cognitivas, como la afasia, apraxia, agnosia o alteración de la función ejecutiva. Estos déficits cognoscitivos provocan deterioro de la actividad social. (24)

En la demencia frontotemporal se produce un cambio progresivo en la *personalidad* (inhibición o apatía) y en el *comportamiento* (impulsividad o comportamientos estereotipados) del paciente. También se aprecian alteraciones del lenguaje. (25)

En estas demencias, la sintomatología tiene un efecto más devastador sobre las AVD y el deterioro funcional no se correlaciona con el deterioro cognitivo.

La demencia por cuerpos de Lewy cursa principalmente con alteraciones en la *cognición*, la *atención* y *alucinaciones visuales*. Es característica también el parkinsonismo asociado a un alto riesgo de sufrir caídas. La sintomatología tiene un curso fluctuante, con episodios de confusión, con inatención y lenguaje incoherente que alternan con períodos de lucidez. Algunas características sugestivas de enfermedad por cuerpos de Lewy son los trastornos del comportamiento del sueño, son ensoñaciones muy vividas, de contenido amenazante, asociado a conductas motoras como vocalizaciones, movimientos de piernas y agitación física. Estas manifestaciones del sueño suelen aparecer antes de la enfermedad, como una manifestación prodrómica. Otro síntoma que está incluido en los criterios diagnósticos es la hipersensibilidad a los neurolepticos. (26)

Finalmente, en la demencia vascular, la sintomatología se produce por el resultado de múltiples daños cerebrovasculares. Aparece una demencia de inicio repentino después de un daño vascular, con un rápido deterioro de las *funciones cognitivas*. Hay alteración de la marcha, inestabilidad e incontinencia de urgencia. Además, estos pacientes presentan alteraciones en la personalidad y el humor; depresión, inestabilidad emotiva, alteración en las funciones ejecutivas (razonamiento, memoria de trabajo, planificación...) Una puntuación >7 en la escala de Hachinski (anexo 3) sugiere una demencia de origen vascular.

4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

Los SPCD o síntomas neuropsiquiátricos, son una serie de signos y síntomas que se pueden surgir en personas con demencia como manifestación progresiva de su enfermedad y causa una alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, la conducta y el ánimo. (27)

Este término abarca dos clases de sintomatología: psicológica, más compleja y que se obtiene a través de la entrevista con el paciente y el cuidador y los conductuales que son los que podemos observar en el propio paciente. (6)

La presencia de estos síntomas en los pacientes produce un fuerte impacto en su calidad de vida y en la de su cuidador o familiar (28). Su importancia radica en que se asocian a mayor mortalidad, peor pronóstico, mayor institucionalización, mayor carga para el cuidador/familiar, y aumento del consumo de recursos sanitarios. (29) (30)

Los SPCD, pueden aparecer también en el DCL, por lo que pueden ser útiles para predecir la evolución hacia una demencia (6)

Los principales trastornos psicológicos aparecen recogidos en el Anexo V, y son:

- Alteraciones afectivas (ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional, hipertimia, euforia)
- Alteraciones del pensamiento, delirios y trastornos de identificación
- Ilusiones y alucinaciones
- Apatía.

El componente conductual se manifiesta por la presencia de los siguientes síntomas (anexo VI):

- Alteraciones de la actividad (hiperactividad motora, agitación, vocalizaciones repetidas, abulia cognitiva)
- Agresividad
- Trastornos del apetito
- Trastornos del ciclo vigilia/sueño
- Conducta social inapropiada/desinhibición

5. ABORDAJE DE LOS SPCD

Para un buen abordaje es necesario conocer los factores que intervienen en la génesis de los SPCD. Se sabe que en la aparición de estos síntomas hay implicados factores biológicos (en el daño frontal aparece con frecuencia desinhibición y conductas estereotipadas), psicológicos, sociales y ambientales.

El número de necesidades no cubiertas es también un factor asociado a la aparición de SPCD (31).

Un entorno inadecuado puede ser fuente de frustración e inseguridad en pacientes con niveles crecientes de deterioro cognitivo. Factores ambientales como la utilización de la luz por encima de los niveles considerados normales, y la reducción del ruido, mejoran el sueño y reducen los SPCD en pacientes institucionalizados (32).

Otros factores a tener en cuenta son los relacionados con la personalidad previa del paciente, los problemas médicos (dolor, fiebre, etc), la iatrogenia y la psicopatológica inducida por el propio cuidador, ya sea por su personalidad o por su falta de formación en el control de los SPCD (33).

El abordaje debe hacerse desde una perspectiva global, teniendo en cuenta los aspectos clínicos del paciente, la presencia de síntomas psicológicos/conductuales, el medio en el que lleva a cabo su vida diaria y sus rutinas, y las características del cuidador que aseguren una supervisión de la medicación y vigilancia de los posibles efectos adversos. Es decir, el manejo inicial debe basarse en el conocimiento y la comprensión del proceso que produce la demencia, la perspectiva del paciente y la búsqueda y modificación de los posibles factores desencadenantes (6)

La enfermedad transcurre en diferentes fases que se caracterizan por una problemática propia. Mediante la escala GDS, anteriormente mencionada, podremos saber en qué fase se encuentra cada paciente, para poder individualizar y planificar mejor el plan de cuidados. El plan irá evolucionando y adaptándose según progresa la enfermedad.

El diagnóstico se realiza mediante la observación y la entrevista. En muchas ocasiones el buen manejo depende de la voluntad y la capacidad del cuidador, o de la institución en la que esté ingresado el paciente, que tiene que poder comprometerse, en la modificación ambiental, la implantación de programas de estimulación y el empleo de terapias no farmacológicas. (6)

En general, los objetivos que se persiguen en el tratamiento de las demencias es el mantenimiento de la funcionalidad y la autonomía, la mejora cognitiva, el bienestar del cuidador y/o la familia y el control de los síntomas psicológicos y conductuales.

5.1. Abordaje farmacológico

El tratamiento farmacológico está indicado para ayudar y minimizar el impacto que la enfermedad y los síntomas tienen en el paciente y la familia. Los fármacos utilizados no revierten los síntomas cognitivos, pero enlentecen el progreso de la enfermedad y son beneficiosos en el manejo de los SPCD. Las expectativas del tratamiento deben ser discutidas con el paciente y los cuidadores. (34)

Antes de pautar un tratamiento farmacológico para abordar los trastornos psicológicos y conductuales, deben sopesarse riesgos y beneficios y seguir una serie de recomendaciones:

- En general, hay que tener en cuenta no utilizar fármacos si la sintomatología no produce riesgos para sí mismo, para los demás pacientes ni para el personal que le atiende
- Buscar el desencadenante para tratarlo en caso de identificarse
- Priorizar la puesta en marcha de medidas no farmacológicas
- Tener en cuenta los cambios en la farmacocinética y farmacodinámica en las personas mayores
- Empezar siempre por el fármaco más seguro y a la dosis más baja.
- Los SPCD pueden presentarse por un tiempo limitado así que es necesario revisar la prescripción de psicofármacos de manera periódica
- El tratamiento farmacológico del dolor ha demostrado disminuir la agitación en pacientes con demencia moderada (35)
- Durante el tratamiento con neurolépticos debe vigilarse los cambios en la cognición y notificar las reacciones adversas.
- En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy debe vigilarse la presencia de reacciones graves

Los grupos farmacológicos utilizados son los antidepresivos, los neurolépticos, las benzodiacepinas, los antiepilépticos y los fármacos específicos para el tratamiento de la demencia que son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina) y la Memantina. (NMDA)

En general, se puede afirmar que muchos de los medicamentos utilizados tienen efectos secundarios frecuentes (los antipsicóticos se asocian a un aumento de la incidencia de diabetes mellitus -Olanzapina, clozapina-, ictus -Olanzapina, Risperidona-, y mortalidad), por lo que se deben utilizar con precaución, monitorizando siempre la aparición de efectos adversos. Hay que explicar siempre a la familia los riesgos y beneficios que conlleva su uso, y reevaluar periódicamente su indicación. (36)

5.2. Abordaje no farmacológico:

5.2.1 CONCEPTO

Tradicionalmente, el tratamiento de los trastornos conductuales de la demencia ha sido farmacológico y de tipo restrictivo, con el uso de contenciones físicas o farmacológicas. Sin embargo, este abordaje no resulta del todo efectivo y no está exento de efectos adversos. En parte debido a estas circunstancias, en las últimas décadas se han ido desarrollando otras terapias no farmacológicas (TNF) o intervenciones psicosociales como complemento al uso de fármacos.

Las TNF son terapias que intentan encontrar las razones psicosociales o ambientales que ocasionan las alteraciones de comportamiento. Presentan una serie de ventajas con respecto a los tratamientos farmacológicos, como no tener efectos secundarios y no enmascarar los síntomas, que en ocasiones son la forma que tiene el paciente de comunicarse (37) En estas terapias, el efecto es terapéuticamente eficaz a corto plazo, tanto a nivel emocional como cognitivo. Se han definido las TNF como “Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (38)

Las TNF también son conocidas como “terapias blandas”.

Un aspecto que ha contribuido al desarrollo de estas terapias es la observación de la capacidad del SNC de cambiar, modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones. Este fenómeno es conocido como neuroplasticidad, y aunque

se sabe que el cerebro joven posee mayor plasticidad que el del adulto, ambos tienen la capacidad de remodelarse a través de la experiencia y la ejecución de diferentes tareas (39).

Otra característica en la que se basan las TNF, es la capacidad de reserva cognitiva, que es la capacidad de activación progresiva de redes neuronales en respuesta a demandas crecientes (40).

Las TNF tienen su base en los modelos psicosociales que tratan al paciente con demencia y a sus cuidadores desde una perspectiva global, haciendo un enfoque multidisciplinar e individualizado.

Hay una evidencia creciente del beneficio que las TNF tienen en la reducción de algunos de los SPCD como la ansiedad y la agitación (41). Las intervenciones dirigidas al paciente han demostrado beneficios clínicamente relevantes en la cognición, la afectividad, las actividades de la vida diaria, la conducta y la calidad de vida. Del mismo modo, las intervenciones dirigidas a los cuidadores han mejorado la calidad de vida del cuidador y el bienestar psicológico, lo que supone un retraso en la institucionalización del paciente. (6)

5.2.2 MARCO CONCEPTUAL:

En el desarrollo de estas terapias se han tenido en cuenta los nuevos modelos de comunicación y atención centrados en la persona con demencia, como el desarrollado por Kitwood y Bredin. Este modelo destaca la importancia de preservar la identidad del paciente, su pasado y sus preferencias, ya que muchas alteraciones del comportamiento surgen por la falta de comprensión de sus necesidades.

Si entendemos que todos los pacientes con demencia son diferentes, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad, los programas no farmacológicos irán destinados a diferentes grupos teniendo en cuenta el estado actual de su enfermedad. Así, este mismo autor, desarrolló el *Dementia Care Mapping (DCM)*, como un instrumento para intentar comprender el punto de vista de la persona con demencia desde la empatía y la observación. (42)

A partir de este modelo de integración del paciente con demencia, surgen otros como el *“Modelo de Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer”* desarrollado por Yanguas et al, en el que el cuidado al paciente debe enfocarse desde dos ejes: la recuperación de todas las capacidades y la integración y participación, como eje principal de la intervención. (43)

Por último, otro modelo a destacar es el *Método de Validación o Terapia de validación* descrito por Naomi Feil en 1993 (44). Esta autora entiende que “Validar es reconocer los sentimientos de una persona. Es decirle que sus sentimientos son ciertos. Al negar los sentimientos, se invalida al individuo”. Es decir, este tipo de terapia se basa en el principio de validación como aceptación de la realidad y la experiencia personal de cada individuo a pesar de ser inconsistentes con la realidad. Este método utiliza la empatía como habilidad para comunicarse y acercarse a la persona con demencia desde una visión holística de la misma. Defiende que es más positivo entrar en la realidad que el enfermo ve y siente como real a que el paciente entre en la nuestra.

En la base de la terapia de validación se identifican valores y creencias similares a las de otros modelos de atención centrada en la persona (individualización, valía, autonomía, independencia, autodeterminación, calidad de vida).

5.2.3 OBJETIVOS

El tratamiento farmacológico, las TNF o las intervenciones psicosociales comparten los mismos objetivos en la intervención con personas con demencia, el principal es el aumento de la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar. Otros objetivos secundarios son: (45)

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar las funciones cognitivas perdidas y/o mantener las conservadas
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos (agitación, depresión, ansiedad, apatía...)
- Conservar la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria.

5.2.4. TIPOS DE TNF

Antes de seleccionar un tipo de terapia es necesario valorar previamente al paciente y saber en qué fase de la enfermedad está, puesto que no todas las terapias se pueden utilizar en cualquier momento. Por otro lado, en el establecimiento de un plan de cuidados en este tipo de pacientes, hay que tener en cuenta el triángulo paciente-cuidador-entorno (46)

En las fases leves de la demencia es donde se puede trabajar más, realizando actividades para mejorar la memoria, para ayudar a procesar y entender la información, utilización de recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar la adaptación a las circunstancias actuales, y actividades encaminadas a que aumente su propia valía y a facilitar la capacidad de interactuar con los otros.

En fases moderadas, las intervenciones van encaminadas a modificar el entorno para mantener la seguridad del paciente, actividades para mejorar la comunicación, ayuda centrada en las necesidades del paciente, actividades encaminadas a proporcionar consuelo y comunicación a través de nuestra presencia.

En las fases graves de la enfermedad el cuidado está enfocado en cubrir las necesidades básicas del paciente.

En 1997, la American Psychiatry Association (APA) clasifica en cinco grupos las distintas intervenciones psicosociales destinadas al tratamiento de las demencias (Anexo VI) Estas son: (47)

1. Terapias de enfoque emocional
2. Terapias de aproximación conductual
3. Terapias de enfoque cognitivo
4. Terapias de estimulación
5. Terapias dirigidas a los cuidadores

Algunas de las intervenciones psicosociales o TNF más utilizadas son:

A- TERAPIAS DE ENFOQUE EMOCIONAL

Debido a que las personas con demencia conservan la memoria remota, este tipo de terapia se basa en la discusión y exposición ante un grupo de personas de características similares, de experiencias, eventos o hechos del pasado. Los profesionales suelen ayudarse de fotografías u otros recuerdos familiares para animar al paciente a hablar sobre sus vivencias pasadas.

Este tipo de terapias son apropiadas para las fases leves o moderadas del Alzheimer.

La *Terapia de reminiscencia* fue definida por Woods y col como: “un recuerdo verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, o con otra persona o grupo de personas”, es una de las intervenciones psicosociales mejor evaluada por los profesionales y familiares en el cuidado de personas con demencia. (48)

Otra de las terapias que utiliza el enfoque emocional es la “*Terapia de Validación*”, descrita por Naomi Feil (44) y mencionada anteriormente. En ella se combinan distintas técnicas con el fin de empatizar de forma afectiva con el enfermo.

B- TERAPIAS DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL

Son terapias enfocadas a intervenir en el desempeño funcional de la persona, con la finalidad de intentar mantener el máximo grado de autonomía e independencia posible y mejorar, por tanto, la calidad de vida del enfermo y de su familia.

C- TERAPIAS DE ENFOQUE COGNITIVO:

Teniendo en cuenta que en la demencia los primeros síntomas suelen cursar con la alteración de funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje o las funciones ejecutivas, un posible abordaje de estos síntomas es a través de las terapias basadas en la cognición.

Algunas de las terapias pertenecientes a este grupo son:

1- Entrenamiento cognitivo: (46)

Comprende el conjunto de actividades estructuradas y adaptadas a las características de cada paciente que, a través de estímulos, van adquiriendo una complejidad a medida que va mejorando la capacidad cognitiva en un determinado dominio.

El objetivo principal es trabajar las diferentes capacidades cognitivas y sus componentes, como la memoria, la atención o el lenguaje.

Las actividades están incluidas en los “Programas de Entrenamiento Cognitivo”. Existen diferentes programas: (49)

- No específicos o estimulación cognitiva no dirigida, destinados a entrenar todas las capacidades cognitivas de forma general.
- Específicos o dirigidos, que trabajan áreas cognitivas muy concretas, estudiando los déficits cognitivos del individuo que las va a recibir. Dentro de ellos, se han desarrollado distintos programas destinados a la estimulación, rehabilitación y entrenamiento de determinadas funciones cognitivas: “Programa de entrenamiento de la atención” “Programa de entrenamiento de la memoria”, “Programa de entrenamiento de la memoria visoespacial”.

2- Orientación a la realidad:

Fue uno de los primeros enfoques que se llevó a cabo en la atención a la demencia.

Tiene como objetivo mejorar el funcionamiento cognitivo-conductual y la orientación en las fases leves/moderadas de la demencia.

Consiste en la presentación de información relacionada con la orientación en tiempo, lugar y persona para ayudar al paciente con demencia a que comprenda la situación actual que le rodea, mejorando así su autoestima, reduciendo su confusión y evitando su desconexión del medio.

Este enfoque tiene dos modalidades: (46)

- A. Sesiones de entre 30-60 minutos de duración, realizadas varios días a la semana, con grupos pequeños de pacientes
Generalmente, se comienza con la orientación en espacio y tiempo para continuar con un debate sobre las noticias de actualidad que aparecen en los medios de comunicación.
Para llevar a cabo este tipo de intervenciones se precisan ciertos materiales como pizarras para constatar los enunciados más relevantes y poder guiar a los pacientes, periódicos y cuadernos de notas.
Se pueden distinguir tres niveles de trabajo (49)
- Nivel básico: repite información elemental: nombre, apellidos, lugar y fecha.
 - Nivel medio: se relaciona la información básica con la estimulación a través de discusiones sobre el pasado y el presente con el fin de interactuar socialmente aumentando también el aprendizaje.
 - Nivel alto: se trabaja poco sobre las informaciones básicas para pasar a los temas relevantes de la actualidad
- B. Una segunda modalidad es el formato de 24 horas. Se está presente durante todo el día y es realizada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de ayudas externas. Se pretende ubicar a la persona en espacio y tiempo (colocando flechas indicativas de donde se encuentra el servicio, carteles o calendarios marcando la fecha del día, fotos personales en la puerta de su habitación, relojes de pared).
En un principio, esta modalidad pretendía dar información al paciente durante todo el día para que pudiese estar ubicado en cualquier momento. Actualmente, se centra en dar al paciente la información que él mismo demande. Esto se hace para evitar la sobreestimulación del paciente con información que no es capaz de asimilar. (49)

Como instrumento para el entrenamiento cognitivo, cabe destacar el empleo de las nuevas tecnologías. Los avances conseguidos en este campo han dado lugar al desarrollo de programas dirigidos a la rehabilitación cognitiva de personas con demencia utilizando el ordenador. Las ventajas que aportan las nuevas tecnologías son diversas: permiten un aprendizaje dinámico, son flexibles, tienen la posibilidad de proporcionar un feedback inmediato, los pacientes pueden repetir el ejercicio muchas veces y es posible registrar las puntuaciones. (50)

Sin embargo, también existen limitaciones, como la falta de familiaridad de las personas mayores con el ordenador, las dificultades de aprendizaje de su uso, la ausencia de contacto humano, y la falta de consideración de las variables emocionales.

Una de las consideraciones a tener en cuenta antes de aplicar un programa de este tipo, es delimitar los déficits y las habilidades conservadas, para poder diseñar el programa de forma individual, personalizada y adaptada a las necesidades e intereses de cada persona (50)

Un ejemplo de este tipo de programas basados en las nuevas tecnologías es *Gradior*, diseñado por la fundación INTRAS, que consiste en un software que permite el diseño de sesiones de evaluación y rehabilitación de forma sistematizada y personalizada (51). Además, del programa *Gradior*, otros programas disponibles son *Neuron Up*, *Smartbrain* o *Rehacom*.

Todos ellos están destinados a ayudar a los profesionales en la rehabilitación cognitiva, trabajando la atención, la percepción, la memoria, el cálculo, la orientación, el lenguaje y el razonamiento. (52)

A modo de ejemplo, *Smartbrain* consta de 14.000 ejercicios clasificados en diferentes categorías según la función cognitiva que se vaya a ejercitar. "*La habitación de la abuela*", desarrollado por

Pilar de Azpiazu (psiquiatra) y Raquel Cuevas (neuropsicólogo). Consiste en un CD con 50 imágenes, de objetos cotidianos, relacionados entre ellos. Las preguntas tienen que ver con el reconocimiento del objeto, color, material con el que está hecho y con las sensaciones que les produce o situaciones que recuerdan relacionadas con las imágenes mostradas.

Un aspecto clave en relación con las terapias cognitivas es que deben ser cuidadosamente diseñadas, con la suficiente sensibilidad y teniendo en cuenta los aspectos emocionales, las necesidades y el estado del paciente. De no ser así, pueden provocar frustración y estrés. Este hecho determina que en la actualidad este tipo de terapias no se llevan a cabo de forma exclusiva, sino que se mezclan con otro tipo de modalidades como las terapias de enfoque emocional o las de aproximación conductual. (47)

D- TERAPIA DE ESTIMULACIÓN:

La terapia de estimulación tiene como objetivo estimular los receptores sensoriales con el fin de conseguir una mayor respuesta del sujeto ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo.

Algunos ejemplos de terapias de estimulación son:

1- Musicoterapia.

Las terapias mediante artes creativas (música, arte y danza) proporcionan medios no verbales de comunicación, motivan y estimulan el movimiento de la persona mediante el ritmo, y estimulan la evocación de recuerdos.

Con la musicoterapia se mejora la calidad de vida de los pacientes en el aspecto emocional, ya que una melodía puede evocar un recuerdo, un sentimiento de añoranza, de felicidad, de sorpresa, o tristeza, ofreciendo a la persona la oportunidad de conectar con sus propias emociones y expresarlas, además ayuda a paliar el sentimiento de soledad relativamente frecuente en este tipo de pacientes. (53)

Esta terapia mejora la función cognitiva del individuo con demencia, ya que el uso de canciones escuchadas en el pasado evoca recuerdos autobiográficos, devolviendo el sentimiento de identidad de la persona y reduciendo considerablemente la ansiedad. Hay estudios que sugieren que la musicoterapia es una intervención eficaz para manejar los SPCD. (54)

En las situaciones de cambio que se dan a lo largo del día (baño, comida, despertar) en los cuales es más probable que existan episodios de irritabilidad y agitación, el uso de la música acorde a los gustos del paciente aminora estos síntomas y mejora el abordaje por parte de los cuidadores.

En la planificación de la musicoterapia, tras la necesaria fase previa de considerar las necesidades del paciente y las capacidades que conserva, y sus experiencias anteriores con la música, se puede optar por varias modalidades: (55)

Musicoterapia activa: el paciente participa directamente emitiendo sonidos, cantando o realizando movimientos.

Musicoterapia pasiva: el paciente se limita a escuchar. Este tipo de musicoterapia es usada en estadios avanzados de la demencia.

Musicoterapia mixta: es una mezcla de las dos anteriores.

Musicoterapia creativa: el paciente es el encargado de crear la melodía a través de instrumentos, movimientos o sonidos.

Las sesiones colectivas son beneficiosas para mantener las relaciones personales sobre todo en pacientes con deterioro leve-moderado, siendo el grupo de 8-10 personas el tamaño recomendado para las personas en fases iniciales de deterioro cognitivo.

A medida que la enfermedad avanza, la atención que precisan los pacientes es mayor, por lo que los grupos se irán reduciendo hasta que la terapia sea individual en estadios avanzados.

Las sesiones tendrán una duración recomendada de 45-50 minutos con pacientes en fase leve-moderada y, de unos 15 minutos con pacientes en fase avanzada, ya que el nivel de conciencia y la capacidad de atención es menor. (53)

Dado que es una actividad prácticamente inocua, la música puede recomendarse en cualquier estadio de la demencia, especialmente en personas que han tenido alguna relación profesional o alguna afición por la música previamente. (56)

2- Terapia de estimulación multisensorial

La estimulación sensorial es un método terapéutico que incluye diversas técnicas para estimular la función cognitiva mediante la provisión estructurada de estímulos sensoriales, con el fin de agudizar los sentidos primarios: vista, audición, tacto, gusto y olfato.

La justificación de su uso reside en proporcionar un ambiente sensorial con menos exigencias sobre las capacidades intelectuales, mientras se aprovechan las capacidades sensoriomotoras de las personas con demencia. Está indicado en todas las fases de la enfermedad.

Una de las terapias más innovadoras y completas dentro de las terapias de estimulación es la *terapia de estimulación multisensorial Snoezelen*. (57)

Fue creada en los años 70 en los Países Bajos con el objetivo de ayudar a personas con dificultad para el aprendizaje, y en los años 90 se comenzó a usar para pacientes con demencia. En España se ha empezado a utilizar hacia el año 2000.

Una sala multisensorial es un espacio interactivo diseñado para trabajar de forma directa e indirecta los sentidos. El objetivo es ayudar a entrenar la mente y la psicomotricidad a través de elementos visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos.



Figura 2: Columnas de agua Sala Snoezelen

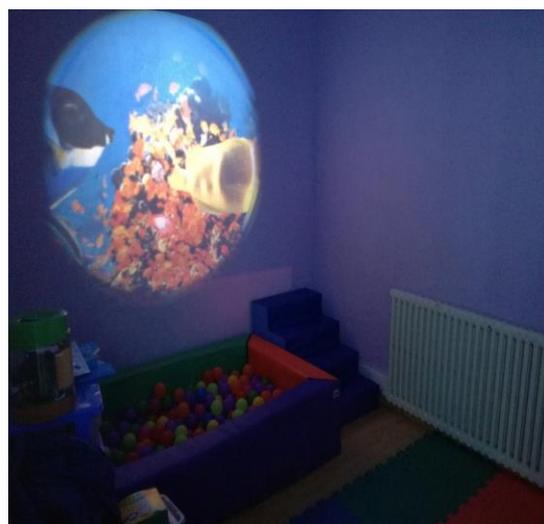


Figura 3: Mezcla visual y aventura sala Snoezelen

Imágenes obtenidas en el Centro Padre Menni: Hermanas Hospitalarias (Santander)

Existen tres tipos de sala, cada uno de los cuales busca un objetivo diferente:

- Sala blanca: La más común. Intenta conseguir la relajación y la estimulación sensorial (actividad pasiva). Diseñada estratégicamente sin color para resaltar así la iluminación y la música.
- Sala negra: En este tipo de salas se facilita el aprendizaje (causa-efecto, semántica, orientación espacial y temporal, etc.), el movimiento y la búsqueda de sorpresa (actividad activa). Es de gran utilidad para usuarios con discapacidad visual y problemas de atención ya que se le facilita la información con altos contrastes.
- Sala de aventura: Pretende trabajar la actividad perceptivo-motora y sensorial por medio de obstáculos, cuerdas colgadas, sorpresas, cilindros huecos, grandes pelotas, etc.

Los estímulos visuales se consiguen mediante diferentes materiales o técnicas, como la fibra óptica, la columna de burbujas o el proyector de luz que emiten luces de colores, llamando la atención del paciente. Estos materiales, junto con la piscina de bolas o los paneles táctiles activan los estímulos del tacto. El movimiento y el equilibrio son trabajados con la cama de agua, los columpios y las hamacas. Los estímulos propioceptivos, que permiten sentir las diferentes partes del cuerpo y la posición que éste ocupa, son activados a través de la piscina de bolas, o material con vibración como sillas, almohadas o suelo vibrante.

También existen materiales con sonido como sillas musicales, columnas de aire o equipos de música que permiten trabajar los estímulos auditivos.

Por último, los estímulos olfativos son trabajados a través de aromas y olores.

3- Terapia asistida con animales

Una modalidad terapéutica que se está introduciendo progresivamente es la terapia asistida con animales de compañía. (58)

Esta modalidad utiliza diferentes animales cualificados como parte del proceso terapéutico, para mejorar las funciones física, social, emocional y disminuir así la agitación y la depresión. Su objetivo principal es promover sentimientos y sensaciones, a través del cariño.

Aunque existen pocos estudios sobre la efectividad de las terapias asistidas con animales, los pocos estudios realizados muestran una mejor calidad de vida y una mejoría en algunos síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. (59)

E- TERAPIAS ORIENTADAS AL CUIDADOR

Además de la formación en el abordaje del paciente con demencia, las intervenciones dirigidas a los cuidadores y familiares tienen como objetivo adicional disminuir la propia sobrecarga.

De esta forma, se pretende mejorar la calidad de vida de ambos, evitando o retrasando la institucionalización de la persona con demencia.

Las intervenciones son de diferentes tipos:

- Actividades de asesoramiento (información relacionada con la enfermedad y sus causas, grupos de autoayuda, gestión de casos, etc)
- Educación y entrenamiento (movilización de encamados y personas con movilidad reducida, prevención de sujeciones físicas)
- Cuidados de respiro y/o intervenciones multi-componente para el paciente y el cuidador, por ejemplo, intervenciones en el domicilio del paciente.

6. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS

La reducción progresiva de las capacidades cognitivas superiores característica de las demencias ocasiona, en las personas que la padecen, limitaciones progresivas y crecientes para el autocuidado y el desenvolvimiento individual, social y familiar. (60)

En el abordaje de las demencias la enfermera debe ser el pilar básico del equipo que presta atención al enfermo y su familia. Debe facilitar el diagnóstico temprano, puesto que las intervenciones en fases iniciales de la enfermedad mejoran la sintomatología, minimizando el impacto de la enfermedad en el paciente y la familia y enlentecen la progresión de la misma. Una vez que ya se ha diagnosticado la demencia, se deberá individualizar las intervenciones adaptándolas a la fase en la que se encuentre la enfermedad. El conocimiento de los SPCD, junto con el adecuado abordaje de los mismos, garantizará unos cuidados óptimos y el bienestar del paciente, evitando así su sufrimiento.

De forma general, los cuidados de enfermería en las personas con demencia van orientados a que el enfermo alcance el mayor grado de autonomía e independencia, procurando que la familia se sienta beneficiada, ya que la participación e implicación de la misma es imprescindible para conseguir los objetivos establecidos

Antes de elaborar el plan de cuidados se debe conocer la personalidad previa del paciente, su nivel cultural, autobiografía y aficiones. También es importante conocer las formas de respuesta previa, tanto en situaciones estresantes como en las placenteras.

Ante la aparición de síntomas psicológicos o conductuales hay que identificar el síntoma principal, para después investigar sobre los desencadenantes que provocan el malestar. El plan de actuación se diseñará planteando objetivos realistas y alcanzables, previo acuerdo con el paciente y la familia. Los planes de actuación se irán modificando y moldeando a medida que la enfermedad avance y los síntomas o situaciones desencadenantes cambien. (61) (62)

Conociendo las diferentes etapas de la demencia se pueden establecer diferentes prioridades en cada una de ellas: (36)

FASE I: Fase inicial leve

Como ya se ha mencionado, es fundamental el diagnóstico precoz, con el fin de gestionar el impacto emocional que la enfermedad ocasiona en el paciente y la familia, enlentecer el progreso de la enfermedad y abordar los síntomas conductuales y psicológicos.

Este diagnóstico se podrá realizar a través de una evaluación geriátrica precoz, que permite identificar deterioro funcional, los problemas y necesidades del anciano, con el fin de crear un plan multidisciplinar de tratamiento, cuidado y seguimiento a largo plazo.

Por ello es importante que los profesionales, sobre todo desde atención primaria, trabajen de forma activa para identificar los posibles signos y síntomas cognoscitivos que pueda presentar el paciente: pérdida de memoria, problemas de lenguaje, cambios de personalidad. El profesional de enfermería ante la sospecha de alteraciones de las funciones cognitivas debe poner en marcha acciones encaminadas a confirmar los indicios, utilizando diferentes escalas validadas, y haciendo o promoviendo las gestiones oportunas para que se pueda realizar un estudio diagnóstico completo. (60)

Otras intervenciones que la enfermera tiene que desarrollar en esta fase, son las relacionadas con la mejora de la memoria, el fomento de su capacidad de comprensión e interpretación de la información y proporcionar ayudas para adaptarse a los cambios.

FASE II y III (Fase moderada/grave)

En esta fase es importante asegurar la calidad de vida tanto para el paciente como para la familia, controlando la autonomía para la satisfacción de las necesidades básicas, supervisando y garantizando la toma de la medicación, el control de los síntomas y la detección precoz de posibles complicaciones, sobre todo las relacionadas con la seguridad del paciente.

Debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, algunos fármacos tienen una semivida mayor y tienden a acumularse, además, las modificaciones en la distribución de la masa grasa, favorece que los efectos de determinados fármacos sean más duraderos y su eliminación más lenta. Teniendo en cuenta que la población que utiliza estos tratamientos es de edad avanzada, la probabilidad de que se produzcan consecuencias importantes en la seguridad y la salud del paciente es elevada. Detectar y vigilar la aparición de los efectos adversos más frecuentes relacionados con estos fármacos, es imprescindible para asegurar unos cuidados de calidad. Algunas de las consecuencias más graves están relacionadas con el aumento del riesgo de caídas (somnolencia, efectos extrapiramidales) o las alteraciones a nivel nutricional (efectos gastrointestinales o la sequedad de boca inducida por los antidepresivos)

En esta fase suelen presentarse algunos de los síntomas psicológicos y conductuales más comunes de la enfermedad. El conocimiento y la descripción de las circunstancias en las que sucede un trastorno conductual nos ayuda a abordarlos de la forma más eficaz posible.

A continuación, se presentan unas líneas de actuación en el abordaje de alguno de estos síntomas.

Apatía:

Es el síntoma más frecuente de la demencia. Los pacientes presentan falta de interés y motivación afectando aspectos cognitivos y afectivos

Es importante diferenciar la apatía, de la depresión, ya que en la primera hay una falta de interés total sin sentirse angustiado por ello, la depresión en cambio cursa con miedo o irritabilidad. El personal de enfermería debe distinguir entre el paciente apático y el deprimido, ya que el tratamiento de ambos factores difiere bastante. Un paciente con apatía puede beneficiarse de ambiente psicoestimulante. La tarea de enfermería consistirá en estimular al paciente con tareas que antes practicaba y le producían sensaciones positivas y agradables. Es importante que estas actividades sean cortas y variables para evitar que el paciente se aburra y pierda el interés. Estimular al paciente con objetos o materiales interactivos puede ser también una buena opción. El mantenimiento de alguna actividad física es también importante.

Depresión:

Manejo no farmacológico:

Este tipo de alteración aparece como un conjunto de síntomas aislados y un cuadro fenomenológico distinto a la depresión como tal ya que, la tristeza dura minutos y predomina la irritabilidad, ansiedad o temor.

El aspecto fundamental para el abordaje de la depresión es mantener al paciente estimulado y en compañía con el fin de mantener el vínculo afectivo. Así, se le pueden asignar tareas sencillas y asequibles para su estado de enfermedad, respetando su espacio y su tiempo, reforzando cualquier acción positiva y evitando castigar, enfadarse o regañar. Fomentar pensamientos

positivos. Es un refuerzo muy positivo permitir y ayudar al paciente a que exprese sus sentimientos y emociones de manera adecuada y fomentar los pensamientos positivos sobre sí mismo.

Es importante evitar que el paciente permanezca mucho tiempo aislado, en silencio e inactivo para ello, puede ser una buena opción la participación en actividades grupales que a su vez ayudan a trabajar las funciones cognitivas como la memoria y la comunicación

Manejo farmacológico.

Son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), los fármacos de elección para la depresión sobre todo la Sertralina y el Citalopram.

Hay que tener en cuenta que este tipo de fármacos pueden provocar reacciones adversas como síntomas gastrointestinales y efectos extrapiramidales (rigidez y temblor), que los profesionales de enfermería deben conocer para detectarlos y actuar en consecuencia.

Ansiedad:

Manejo no farmacológico:

Suele aparecer como síntoma acompañante a la depresión o agitación. Cuando se valore la ansiedad es preciso determinar si es situacional, se relaciona con la adaptación a la incapacidad o es el resultado de un problema de ansiedad más generalizado.

Es importante permanecer con el paciente mostrando en todo momento escucha activa y empatía, permitiendo que exprese sus sentimientos.

En momentos de ansiedad es aconsejable mantener un ambiente terapéutico adecuado, tranquilo alejado de estímulos, planificado para reducir al máximo el esfuerzo que tiene que invertir para interpretarlo y utilizarlo.

Una vez el paciente haya hablado puede ser de ayuda enseñarle ejercicios de relajación como puede ser mindfulness, entrenamiento autógeno, meditación...

Este tipo de síntomas suele desencadenarse también cuando el paciente realiza alguna actividad diferente fuera de su horario habitual, por ello, es imprescindible en este tipo de pacientes establecer rutinas diarias que ayuden al paciente a sentir seguridad y que controla la situación.

Manejo farmacológico:

Son de elección las Benzodiazepinas, como el Lorazepam, que debe utilizarse a la menor dosis posible y durante el menor tiempo, 4-6 semanas. Hay que tener en cuenta que el tratamiento con benzodiazepinas está relacionado con debilidad muscular, ataxia, sedación y alteraciones de la memoria. Esto supone que haya extremar la vigilancia en pacientes con retardo psicomotor, problemas cognitivos o riesgo de demencia, y en aquellos pacientes que tienen riesgo de caídas y fracturas.

Trastornos del sueño:

Manejo no farmacológico:

Es uno de los problemas más frecuente y difícil de abordar. En estos pacientes aumenta el número de despertares nocturnos y la agitación nocturna, disminuyendo la calidad del sueño REM. Esto provoca excesiva somnolencia diurna e insomnio nocturno.

Nuestra labor como enfermeras es mantener una higiene del sueño adecuada, estableciendo horarios de acostarse-levantarse, disminuyendo los sueños diurnos, aumentando la actividad

física o utilizando técnicas como la luminoterapia, que favorece el ajuste del reloj circadiano al día de 24h.

Manejo farmacológico:

Demuestran eficacia la Trazodona o el Zolpidem.

La Trazodona puede tener efectos adversos como síntomas gastrointestinales y efectos extrapiramidales (rigidez y temblor). El Zolpidem, por su lado, puede producir tolerancia, depresión, amnesia, sonambulismo y descenso del nivel de conciencia.

Ideas delirantes:

Manejo no farmacológico

Falsa creencia basada en una deducción incorrecta de la realidad. Estas ideas en la demencia suelen ser poco elaboradas, siendo el delirio paranoide el más común durante el cual el paciente cree que el mundo y sobre todo la gente que le quiere está en su contra: le roba, le espía, le quiere hacer daño. Otro tipo de idea común es que los seres queridos que ya fallecieron siguen vivos o que sus seres más allegados (marido, hijos) son impostores.

Su aparición suele provocar angustia y ansiedad en el paciente, por lo que es importante intentar hablar con él en un tono bajo y cercano para procurar tranquilizarlo y que olvide el motivo de su enfado, favorecer el contacto físico cogiéndole de la mano, etc.

Manejo farmacológico:

En los delirios/alucinaciones solo deben tratarse aquellas que causen ansiedad/angustia y que no puedan reducirse con medidas no farmacológicas.

Tanto para el delirio como para las alucinaciones los antipsicóticos son los fármacos de elección. En los últimos años, hay controversia con su utilización por los efectos adversos que ocasionan, alguno de ellos muy graves, como el aumento relativo de la mortalidad en ancianos (63)

Por eso, los antipsicóticos deben ser usados con precaución ya que son responsables de la aparición de muchos efectos adversos, entre los que se incluyen: sedación, parkinsonismo, síndrome neuroléptico maligno, prolongación del QT y graves trastornos del ritmo ventricular.

Alucinaciones:

Manejo no farmacológico:

Son experiencias sensoriales falsas, que se producen en ausencia de estímulo externo. Los defectos auditivos y visuales predisponen su aparición.

En este tipo de pacientes son comunes las alucinaciones visuales referentes a familiares. Este tipo de alucinaciones no suelen provocar malestar ni preocupación en el paciente, por ello una forma correcta de actuar por parte del equipo de enfermería puede ser conversar con él acerca de ese familiar.

Agitación y agresividad:

Manejo no farmacológico:

Referente a conductas físicas o verbales violentas contra personas u objetos. Cuando aparecen la primera prioridad es la seguridad del propio paciente y de las personas que le rodean. Cuando se desata un episodio de agitación/agresividad es importante mantener un ambiente físico seguro.

La mejor forma de tratar la agitación es prevenirla con medidas no farmacológicas. Para ello, es importante intentar evitar desencadenantes que puedan desatarlo, como discusiones, falta de entendimiento con personas o situaciones concretas, ambientes con muchos estímulos, etc.

Como profesionales de enfermería nos debemos referir al paciente con un tono tranquilizador, escuchar su punto de vista y, si está equivocado, intentar reconducirle de manera relajada. Si no funcionase, se intentaría cambiar de tema con el fin de distraerle.

A veces, esta agitación se produce porque el paciente siente que se está invadiendo su autonomía, sin permitirle realizar actividades que ellos mismos pueden hacer o impidiéndoles decidir por ellos mismos y provocando así, que el paciente sienta una pérdida de identidad y autoestima. En muchas ocasiones esta invasión de la independencia se produce por falta de tiempo/paciencia por parte del cuidador principal. Una norma fundamental a tener en cuenta es que no se puede trabajar con prisas cuando se presta cuidados a una persona con demencia.

Manejo farmacológico:

Al igual que en el delirio y las alucinaciones, los antipsicóticos atípicos son los fármacos de elección. El Haloperidol también ha demostrado su eficacia, pero se asocia con síntomas extrapiramidales, estando solo indicado para la agresividad a corto plazo.

Vagabundeo o deambulación sin rumbo

Manejo no farmacológico:

El aspecto más importante para este tipo de síntoma es permitir al paciente moverse asegurando su seguridad: quitando objetos que entorpezcan el paso, y vigilando sus movimientos. El hecho de inmovilizarle o contenerle puede aumentar su agresividad y agitación.

Pueden ser de ayuda el uso de identificación por sí en un momento se desorientase y se alejase.

En momentos de alta actividad el profesional puede intentar distraerle con conversaciones o actividades de su agrado.

Para disminuir este tipo de síntoma puede ser positivo establecer rutas diarias que ayuden a que el paciente realice ejercicio y así disminuya su impulsividad de moverse.

Conducta sexual inapropiada

Manejo no farmacológico:

Este síntoma aparece con más frecuencia en las demencias frontales y raramente en la EA. Es importante que si observamos este tipo de conductas como masturbación o exhibicionismo no reaccionemos violentamente, sino que tratemos de ser amables intentando no dar importancia excesiva y favoreciendo el contacto físico y el afecto: abrazos, caricias...

Si estas conductas no cesan, y las acciones son en público, llevaremos al paciente a una habitación para preservar la intimidad y la incomodidad del resto de pacientes.

Puede ser de ayuda que el paciente lleve ropa que le resulte difícil quitarse como pueden ser botones, cinturones...

FASE IV y V: Fase grave-terminal

La función sanitaria consistirá en garantizar los cuidados que aseguren el bienestar del paciente y conciencien a la familia para el final. Es necesario una supervisión continuada por dependencia total, asegurar la higiene y la alimentación, evitar en lo posible el encamamiento, cambios posturales, fisioterapia respiratoria y cuidados paliativos. A nivel cognitivo se puede utilizar la

musicoterapia, facilitar un entorno tranquilo, tocarle, acariciarle, utilizar actividades de estimulación básica de las distintas áreas cognitivas.

Finalmente, según la experiencia clínica y de manera general, en el abordaje de los pacientes con demencia hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Comunicarse con el paciente de frente, evitando abordarle por el lateral ya que es considerado como amenaza o rivalidad.
- Siempre hablar con el paciente situándonos a su altura, con el fin de que no se sienta inferior.
- Dirigirnos a él con frases simples y sencillas, que faciliten la comprensión.
- Mantener un contacto cercano y afectuoso: darle la mano, acariciarle...
- Dedicar tiempo a escuchar su discurso, aunque este sea incoherente
- Premiar acciones positivas y evitar castigar en actos negativos.
- Hay que ser flexibles en nuestras actuaciones, ya que las demencias son progresivas y las necesidades del paciente van cambiando.
- Fomentar la autonomía, independencia y la comunicación
- Prestar atención a la seguridad del paciente.
- Tener siempre presente a las familias para informarles de los recursos disponibles y educarles en el manejo de los pacientes con demencia.

REFLEXIONES

Teniendo en cuenta que la demencia es una enfermedad irreversible e incurable, se debería incidir más en asegurar el cuidado y el bienestar de las personas que la sufren.

El abordaje de los trastornos de conducta y de las alteraciones a nivel psicológico que acompañan a estas patologías, es primordial para garantizar la calidad de vida del enfermo y de las personas que le cuidan.

Existe evidencia de que las terapias no farmacológicas contribuyen a mejorar esta sintomatología disminuyendo a su vez el uso de fármacos. Dispensar cuidados individualizados teniendo en cuenta la singularidad de cada individuo, fomentando la autonomía y la independencia, manteniendo una comunicación positiva, procurando entornos flexibles y proveedores de apoyos, son intervenciones que han demostrado su utilidad en el abordaje de los trastornos de conducta.

La preparación y la motivación de las instituciones y/o cuidadores a su cargo, es imprescindible ya que, este tipo de atención implica más dedicación, más trabajo y más tiempo.

Por otro lado, y como ya se ha mencionado, la enfermera cumple un papel fundamental en el manejo de estos síntomas por lo que la formación en habilidades de comunicación, y escucha activa, son también imprescindibles para proporcionar bienestar a las personas diagnosticadas de demencia.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el hecho de que los enfermeros/as están en una situación idónea para detectar e identificar los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico pautado a estos enfermos, ya que son un problema importante que compromete la seguridad del paciente. La terapia farmacológica es necesaria, pero se podrían reducir las dosis pautadas siempre y cuando se trabaje con constancia con el paciente.

Finalmente, entendemos que los profesionales de enfermería son los pilares encargados de prestar cuidados, ya sea de forma directa o liderando su realización, y para ello, es imprescindible, la formación en cuidados, ya que nosotros seremos también los encargados de formar a los cuidadores y familiares, brindándoles los apoyos necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization (website). WHO. Ginebra (Suiza); 2017. Envejecimiento y ciclo de vida. [acceso 4 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- (2) World Health Organization (website). WHO. Ginebra (Suiza); 2017. Demencia. [acceso 4 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- (3) Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. [acceso 4 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- (4) Martín Carrasco M. 2014. *Guía esencial de psicogeriatría*. 2ª edición. Madrid: Ed. Panamericana. EAN: 9788498355109
- (5) Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C, et al.; RightTimePlaceCare Consortium. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(2):108-16 [acceso 4 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238605>
- (6) Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2012;55(10):598-608). [acceso 19 de febrero de 2017]; 55 (10). Disponible en: http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
- (7) Reisberg, B., Franssen, E.H., Hasan, Monteiro, I. 1999. Retrogénesis: clinical psychologic and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's another dementing process. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 3(249), 28-36. [acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/98BBFCB8-461F-49AD-A595-232D6314F8A9/179984/Publicacion2BarriReisberg1.pdf>
- (8) Rogers H., Lasprilla JCA. 2006. Retrogenesis theory in Alzheimer's disease: Evidence and clinical implications. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 22(2), 260-266. ISSN: 1695-2294. [acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v22/v22_2/11-22_2.pdf

- (9) Gelinas I, Auer S. Functional autonomy. En Gauthier S (ed.) (2001). Clinical diagnosis and management of Alzheimer (2ª ed. Revised). London: Martin Dunitz: 213-226
- (10) Robles Castiñeiras A, Díaz Grávalos GJ, Reinoso Hermida S, López González A, Vázquez Gil C, García Caballero AA. 2012. Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 47(3), 96-101. [acceso 9 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12000571>
- (11) Ferris S., Golomb, J; Kluger, A; Garrard, P; (2001) Physician's Manual on Mild Cognitive Impairment. [Book]. Science Press: London
- (12) The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. Envejecimiento Cognitivo: Una guía de acción para individuos y familias; 2015 [acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/Cognitive_aging/Action%20Guide%20for%20Individuals%20and%20Families%20ESPANOL.pdf
- (13) González Marqués, J. and Rodríguez Fernández, R., 2009. *Cambios En La Memoria De Trabajo Asociados Al Proceso De Envejecimiento*. Universidad Complutense de Madrid, Jan 1, ISBN 9788469335000. [Acceso el 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/EVA/Desktop/SPCD%20pepi/Cambios%20en%20la%20memoria%20asociados%20al%20envejecimiento..pdf>
- (14) Obra Social La Caixa. Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer. El gerocultor. Madrid. AFALcontigo; 2006 [Acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/OSMayores_Aula10Formal.pdf
- (15) García Sas I, Alonso Sánchez JJ. 1ª edición: 2014. Salamanca. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO); 2014. [acceso 8 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/coleccionarticulos.pdf>
- (16) Lorenzo Otero J, Fontán Scheitle L. 2003. Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica del Uruguay [Rev. Med. Urg.]*19(1). [acceso 9 de enero de 2017]. ISSN 1688-0390. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902003000100002&script=sci_arttext

- (17) Sánchez JJ. 1ª edición: 2014. Salamanca. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO); 2014. [acceso 8 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/coleccionarticulos.pdf>
- (18) Demencia una prioridad de salud pública. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2013 [acceso 25 de febrero de 2017] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
- (19) Robles A Del Ser T, Peña-Casanova J. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002;17(1):17-32 [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.scual.sld.cu/documentos_pdf/Criterios%20para%20MCI,%20Dem..%20y%20E.A..pdf
- (20) Petersen R.C., Rosebud O.R., Knopman D.S., Boeve B.F., Geda Y. E., Ivnik R. J., et al. Mild Cognitive Impairment. Ten Years Later. Archive of Neurology. 2009; 66,1447-1455. [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/798590>
- (21) Morris J.C, Storandt M, Miller J.P, Mckeel D.W, Price J. L., Rubin E. H, et al. Mild Cognitive Impairment represents early stage Aszheimers-Disease. Archives of Neurology. 2001;58,397-405). [acceso 25 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/778838>
- (22) Pascual Millán L. Tipos básicos y clasificación etiopatogénica de las demencias. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2010. P.41-8. [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado04/definicion.html>
- (23) Pascual Millán L. Tipos básicos y clasificación etiopatogénica de las demencias. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2010. P.41-8. [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado04/definicion.html>
- (24) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995
- (25) Lúcio Teixeira-Jr A; Vinícius Salgado J. 2006.Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapéuticos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul., 28(1). ISSN 0101-8108 [acceso el 27

- de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100009
- (26) Lorenzo Otero J, Fontán Scheitler L. 2008. Enfermedad con cuerpos de Lewy. Rev. Méd. Urug., 24(3), ISSN 1688-0390. [acceso el 27 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000300006
- (27) Alten P, Verhey FRJ, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: Part 1. Dement Geiatr Cogn Disord. 2007; 24:457-63. [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/PDF/111082>
- (28) De Hoyos Alonso M.C., Garrido Barral A, Olazarán Rodríguez J. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas. *Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web] La Coruña*; [actualizado en 30 de diciembre de 2015; acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas/>
- (29) Steele C, Rowner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1049-51 [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.147.8.1049?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
- (30) Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellon S, Masterman D, et al. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:210-5 [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1998.tb02542.x/full>
- (31) Miranda-Castillo C, Woods B, Galboda K, Oomman S, Olojugba C, Orrell M. Unmet needs, quality of life at home. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:132.[acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995780/>
- (32) Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1084-96. [acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en:

<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/longterm-care-for-people-with-dementia-environmental-design-guidelines/3D10B6138AA4A65AA6567E5BA33504BF>

- (33) Arriola E, Zulaica A, Alaba J, González MF y Buiza C. 2011. Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en domicilio y unidades psicogerítricas. Laboratorios Novartis.
- (34) López Locanto O. Pharmacological therapy of Alzheimer's disease and other dementias. Archivos de Medicina Interna[archmedint] julio 2015 [acceso 20 de febrero de 2017]; vol.37 no.2. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2015000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
- (35) Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioral disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 2011;343: d4065. PubMed [acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4065>
- (36) Fort I. .2004. Tratamiento farmacológico de la demencia. *Rev Mult Gerontol.* 14(1), pp. 34-46. [acceso el 26 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11250/tratamiento_farmacol%C3%B3gico_demencia.pdf
- (37) Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. A review, summary and critique. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2001;9:361–81. [acceso 4 de marzo]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112614511>
- (38) Olazarán-Rodríguez J, Bermejo-Pareja F. Tratamiento actual de las demencias. *Revista Jano.*2009;1742:29-32). [acceso 4 de marzo de 2017]. Disponible en:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1742/29/00290032_LR.pdf
- (39) Johansson B.B., Brain plasticity and stroke rehabilitation, *The Willis Lecture, Stroke* 31 (2000), 223-231.) [acceso 4 de marzo de 2017]. Disponible en:
<http://stroke.ahajournals.org/content/31/1/223.short>
- (40) Bosch B, Bartrés-Faz D, Rami L, Arenaza-Urquijo EM, Fernández-Espejo D, Junqué C, et al. Cognitive reserve modulates task-induced activations and deactivations in healthy elders, amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Cortex*, 2010;

- 46: 451-61).{acceso 4 de marzo de 2017}. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010945209001579>
- (41) Sung HC, Chang AM, Lee WL. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *J Clin Nurs* 2010;19:1056-64. [acceso 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492050>
- (42) García Valverde E. Guía de Orientación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia. Nº60009. Primera edición; Salamanca. Ed. Imserso; 2014. (Acceso 4 de marzo de 2017). Disponible en: http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/600092_musicoterapia_demencia.pdf
- (43) Yanguas J et al. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos nº21011. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. IMSERSO. 2007.[Acceso 18 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/14699.pdf>
- (44) Feil N., 2002. *Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Barcelona: Editorial Herder. ISBN: 9788425422584
- (45) Alberca R., López-Pousa S. 2006. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Editorial Médica Panamericana. 4ª edición. EAN: 9788498355345
- (46) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. [acceso 18 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- (47) Hernandez Ferrandíz J. Estrategias no farmacológicas en la demencia. Unitat de Valoració de la Memòria i Demències (UVaMiD). Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona). 2013;212(2): 137-151. [acceso 5 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/212_inf%20psiq.pdf

- (48) Karen A. González-Arévalo. Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. Universitat de Barcelona. Psicogeriatría 2015; 5 (3): 101-111. [acceso 6 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0101_0111.pdf
- (49) Garcia Sevilla J. Tema 2. Estrategias de intervención. [acceso 5 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-2-texto.pdf>
- (50) González- Rodríguez B, Muñoz-Marrón E. Estimulación cognitiva por ordenador. Universitat Oberta de Catalunya. UOC. 2009 [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-por-ordenador.pdf>
- (51) Franco- Martín A, Orihuela-Villameriel T, Bueno-Aguado Y, Cid-Bartolomé T. Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador. Valladolid: Edintras. 2000. [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/tecnoneet/docs/2000/II-112000.pdf>
- (52) Francés I., Barandiarán M., Marcellán T., Moreno L. Psychocognitive stimulation in dementias. Anales Sis San Navarra. 2003 Dic [citado 2017 Abr 30] ; 26(3): 383-403. [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es
- (53) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. [acceso 29 de abril de 2017]. Esther García Valverde. Guía de implantación. Musicoterapia y Alzheimer. Disponible en: http://www.imsero.es/interpresent3/groups/imsero/documents/binario/600092_musicoterapia_demencia.pdf
- (54) Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio M et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord. 22(2),158-162. April- June 2008. [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: http://journals.lww.com/alzheimerjournal/Abstract/2008/04000/Efficacy_of_Music_Therapy_in_the_Treatment_of.11.aspx
- (55) De la Rubia Ortí JE., Sancho Espinós P., Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, Nº 2 (Págs. 131-140). Universidad Católica de Valencia (España). [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/69/56>

- (56) Vasionyte I, Madison G. Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1203-16. PubMed. [acceso 29 de abril de 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12166/full>
- (57) Mirón Pérez T., Cebrián López I., Castillo Moreno P.M. Revisión bibliográfica: terapia snoezelen en demencias. [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/otros-recursos-1/trabajos/g9-snoezelen-en-demencias.pdf>
- (58) Gallardo Schall P.A, Rivas Espinoza R.E. Terapia asistida con perros en pacientes con demencia y SPCD institucionalizados en centro residenciales de Toledo, España. *Informaciones Psiquiátricas*: 2015 - n.º 220. [acceso 8 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.informacionespsiquiatricas.com/adminnewsletter/uploads/docs/20150617120238.pdf>
- (59) Vázquez Caxide L., Lista Paz A. 2011. La Terapia Asistida con Animales como parte de los programas de rehabilitación neuropsicológica. *Revista Psicología*.15(33). ISSN: 1137-8492. [acceso 9 de marzo de 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/EVA/Downloads/FG00000502201%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/EVA/Downloads/FG00000502201%20(2).pdf)
- (60) Cuidados enfermeros en la atención a las demencias. Documento Técnico SEEGG nº2. mayo 2003. [acceso 9 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_02.pdf
- (61) Sánchez Janariz H., Hernández Fleita J.L., Tristáncho Ajamil R., Naranjo Sintés V. 2011. Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Servicio Canario de Salud. ISBN: 978-84-695-0716-2. [acceso el 12 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf>
- (62) Slachevsky Ch A., Fuentes G P. 2005. An update on the treatment of psychological and behavioral symptoms associated to dementia. *Rev Méd Chile*. 133 (10), pp:1242-1251. ISSN 0034-9887. [acceso 12 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005001000015&script=sci_arttext
- (63) Gill SS et al. "Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia" *Ann Intern Med* 2007; 146:775-788 [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548409>

ANEXOS

Anexo I: Escala GDS

GDS 1 (Ausencia de alteración cognitiva)
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica.
GDS 2 (Disminución cognitiva muy leve)
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas subjetivas de defectos de déficit de memoria, sobre todo en las áreas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Olvido de dónde ha dejado objetos familiares. b) Olvido de nombres previamente bien conocidos. • No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica. • No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. • Preocupación apropiada respecto a la sintomatología.
GDS 3 (Defecto cognitivo leve). Primeros defectos claros
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> a) El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar. b) Los compañeros de trabajo son conscientes de su poco rendimiento laboral. c) El defecto para evocar palabras y nombres se hace evidente a las personas íntimas. d) El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material. e) El paciente puede mostrar una capacidad disminuida en el recuerdo del nombre de personas nuevas conocidas recientemente. f) El paciente puede haber perdido o colocado un objeto de valor en un lugar equivocado. g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. • Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva. • Rendimientos disminuidos en actividades laborales y sociales exigentes. La negación o el desconocimiento de los defectos pasan a ser manifestados por el p paciente. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta a moderada.
GDS 4 (Defecto cognitivo moderado). Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa
<ul style="list-style-type: none"> • Déficits manifiestos en las áreas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes. b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada. d) Capacidad disminuida para viajar, control de su economía, etc. • Frecuentemente no hay defecto en las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> a) Orientación en tiempo y persona. b) Reconocimiento de personas y caras familiares.

c) Capacidad para viajar a lugares familiares.

- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negación es el mecanismo de defensa dominante. Se observa disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS 5 (Defecto cognitivo moderado-grave). El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia

- Durante la entrevista es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual
- Dirección o número de teléfono de muchos años.
- Nombres de familiares próximos (como los nietos).
- El nombre de la escuela o instituto en el que estudió.
- A menudo presenta cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación del año, etc.) o en lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 ó desde 20 de 2 en 2.
- Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a os. Invariablemente
- conocen su nombre y, en general, saben el nombre de su cónyuge e hijos.
- No requieren asistencia ni en el aseo ni al comer, pero pueden tener alguna dificultad en la elección del vestido adecuado.

GDS 6 (Defecto cognitivo grave)

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce, en gran parte, los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentariamente.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- Puede presentar incontinencia.
- Puede requerir asistencia para viajar, pero, ocasionalmente, será capaz de viajar a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Con frecuencia sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Acontecen cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables e incluyen:
 - a) Conducta delirante, p. ej. acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos, p. ej. puede repetir continuamente actividades de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e, incluso, puede aparecer una conducta violenta previamente inexistente.
 - d) Abulia cognitiva, p. ej. pérdida de deseos por falta del desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva.

GDS 7 (Defecto cognitivo muy grave)

- Se pierden todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase.
- En las fases tempranas de este estadio se pueden producir palabras y frases, pero el lenguaje es muy circunscrito.
- En las últimas fases de este período no hay lenguaje, sólo gruñidos.
- Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y la alimentación.
- **Las habilidades psicomotoras básicas** (por ejemplo, andar) **se pierden a medida que avanza esta fase.**
- El cerebro parece incapaz de decir al cuerpo lo que tiene que hacer. A menudo, hay signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Fuente: Bendicho Montés J.2012. Una Reflexión Sobre Las Terapias no Farmacológicas Y Su Aplicación Desde La Experiencia: 20 Años Del “Programa De Atención a Afectados De Alzheimer” De La Asociación COTLAS. Información Psicológica. 1(104), pp 84-99. [acceso el 12 de diciembre de 2016]. Disponible en:

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/COTLAS.pdf>

Anexo II: Escala FAST

FAST	Diagnóstico clínico	Características
1	Adulto normal	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas
2	Adulto normal de edad	
3	Compatible con DTA incipiente	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros. • Dificultad al viajar a lugares nuevos. • Disminución de la capacidad organizativa.
4	DTA leve	Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas (p. ej. planificar una cena para invitados), manejar las finanzas personales (p. ej. olvidarse de pagar facturas), dificultad en las compras, etc.
5	DTA moderada	Requiere asistencia para escoger la ropa adecuada para el día, estación o la ocasión.
6	DTA moderada-grave	Decremento de la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse <i>Se especifican 5 estadios:</i>
6 ^a		Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (p. ej. se puede poner ropa de calle sobre el pijama, zapatos en el pie equivocado o dificultades al abotonarse), de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas.
6b		Incapaz de bañarse correctamente (p. ej. dificultad al ajustarla temperatura del agua), de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas.
6c		Incapacidad en el manejo de la mecánica del WC (p.ej. olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico), de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas.

6d		Incontinencia urinaria (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas).
6e		Incontinencia fecal (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas).
7	DTA grave	Pérdida del habla y de la capacidad motora. <i>Se especifican seis subestadios:</i>
7 ^a		Capacidad de habla limitada aproximadamente a media docena de palabras diferentes o menos , en el curso de un día
7b		Capacidad de habla limitada a una sola palabra inteligible en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida (la persona puede repetir la palabra continuamente).
7c		Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal).
7d		Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (p. ej. el individuo caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla).
7e		Pérdida de la capacidad de sonreír
7f		Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erecta Independientemente

Fuente: Bendicho Montés J.2012. Una Reflexión Sobre Las Terapias no Farmacológicas Y Su Aplicación Desde La Experiencia: 20 Años Del “Programa De Atención a Afectados De Alzheimer” De La Asociacion COTLAS. Información Psicológica. 1(104), pp 84-99. [acceso el 12 de diciembre de 2016]. Disponible en:

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/COTLAS.pdf>

Anexo III: Escala Hachinski

	Puntos
Comienzo súbito	2
Deterioro escalonado	1
Curso fluctuante	2
Confusión nocturna	1
Preservación de la personalidad	1
Depresión	1
Molestias somáticas	1
Incontinencia emocional	1
Historia/presencia hipertensión	1
Historia de ictus	2
Evidencia de arterioesclerosis	1
Síntomas neurológicos focales	2
Signos neurológicos focales	2

VALORACIÓN:

< 4 puntos: Probable demencia cortical

4 - 7 puntos: dudoso o demencia mixta

> 7 puntos: Probable demencia multiinfarto

Fuente: Thomas Carazo E., Nadal Blanco MJ.2001 Diagnostic and therapeutic approach of dementia in Primary Care. Elsevier. 27(11), 575-583. [acceso 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-abordaje-diagnostico-terapeutico-demencia-atencion-13023105>

Anexo IV: Síntomas psicológicos de la demencia

Alteraciones afectivas:

- **Ansiedad:** temor o sentimiento de pérdida de control).
- **Irritabilidad:** impaciencia, intolerancia, cambios de humor, etc.
- **Síntomas depresivos:** tristeza, anhedonia, falta de esperanza, sentimiento de ser una carga, etc.
- **Labilidad emocional.**
- **Hipertimia:** afectividad excesiva, verborrea, desproporción entre los sentimientos de alegría y el entorno o situación.
- **Euforia:** humor anormalmente elevado o inapropiado.

Alteración del pensamiento, delirios y trastornos de identificación

- **Creencias erróneas** o falsas interpretaciones (le han robado lo que no encuentra) o identificaciones (el cuidador es un extraño, las personas de la televisión están en la casa, no reconoce la vivienda).
- **Delirios** de robo, de abandono o perjuicio, delirios paranoides, desconfianza, la pareja es infiel.
- **Fabulaciones falsas** de su pasado.

Ilusiones y alucinaciones

- Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones) de tipo visual, auditivo, olfatorias, táctiles, etc.).

Apatía

- Falta de interés, motivación, emoción o preocupación.

Fuente: De Hoyos Alonso M^o C, Garrido Barral A, Olazarán Rodríguez J., 2015. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas, 12 Dic, [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas/>

Anexo V: Síntomas conductuales de la demencia**Alteraciones de la actividad**

- **Hiperactividad motora:** deambulación errática y/o otra actividad motora no explicada por necesidades básicas y/u otro SPCD.
- **Agitación,** inquietud.
- **Vocalizaciones repetidas:** sonido o expresión vocal, molesto, repetitivo, no relacionado con cambios en el paciente o entorno.
- **Abulia cognitiva:** reducción del contenido del pensamiento y la iniciativa espontánea.
- Negación al baño, vestido, etc

Agresividad

- Conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; resistencia a la ayuda necesaria.

Trastornos del apetito:

- Negación a comer, apetito elevado, comidas “raras”, hiperoralidad

Trastornos del sueño/vigilia:

- Alteración del ciclo fisiológico de sueño/vigilia, insomnio, sueño fragmentado

Conducta social inapropiada/desinhibición:

- Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas, alteración comportamiento sexual.

Fuente: De Hoyos Alonso M^o C, Garrido Barral A, Olazarán Rodríguez J., 2015. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas, 12 Dic, [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas/>

Anexo VI: Terapias no farmacológicas**A- TERAPIAS DE ENFOQUE EMOCIONAL**

Destinadas a estimular la memoria y el estado de ánimo del paciente teniendo en cuenta su historia personal

Reminiscencia	Análisis de las rupturas conversacionales
Psicoterapia de soporte	Integración sensorial
Terapia de validación	Terapia de presencia estimulada

B-TERAPIAS DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL

Se centran en minimizar las alteraciones de la conducta como en fomentar la independencia

Intervenciones sobre el entorno	Modificación de conducta
Intervenciones para fomentar la independencia	Resocialización
Psicomotricidad	Remotivación
Estimulación física	

C-TERAPIAS DE ENFOQUE COGNITIVO

Empleada para mejorar el rendimiento cognitivo

Estimulación cognitiva	Rehabilitación cognitiva
Entrenamiento cognitivo	Logopedia
Orientación a la realidad	Programas de estimulación cognitiva
Psicoestimulación cognitiva	Programas por ordenador
Taller de memoria	

D-TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN

Musicoterapia	Taller de relajación
Estimulación eléctrica transcutánea nerviosa	Terapia de la luz
Aromaterapia	Acupuntura
Arteterapia	Terapia con animales
Estimulación multisensorial (Snoezelen)	Jardinoterapia
Toques o masajes terapéuticos	Actividades ocupacionales

E-TERAPIAS DIRIGIDAS A LOS CUIDADORES

Destinadas a dar apoyo y cobertura a los familiares para disminuir la sobrecarga del cuidador y saber cómo actuar ante ciertas circunstancias

Psicoterapia de apoyo al cuidador Grupos de soporte Asesoramiento y gestión de casos Programas de respiro Programas psicoeducativos Grupos de ayuda mutua (GAM) Grupos de ayuda terapéutica (GAT) Asociación para familiares Programas multimodales	Terapias orientadas al cuidador profesional: Entrenamiento en los cuidados generales Prevención de sujeciones físicas o químicas
---	---

Fuente: Hernandez Ferrandíz J. Estrategias no farmacológicas en la demencia. Unitat de Valoració de la Memòria i Demències (UVaMiD). Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona). 2013;212(2): 137-151. [acceso 5 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/212_inf%20psiq.pdf