

Tratamientos no farmacológicos para los trastornos de conducta en demencias

Sònia Maymó

Neuropsicóloga AFAB



VI Congreso Nacional de Alzheimer. Valladolid - 12, 13 y 14 de noviembre de 2015



ÍNDICE

- 1. Ámbitos de repercusión de la demencia**
- 2. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD)**
 - 2.1. Factores desencadenantes**
 - 2.2. Manejo de los SPCD**
 - 2.3. SPCD más habituales**
- 3. Conclusiones**



1. Ámbitos de repercusión de la demencia

 Cognitivo



 Psicológico
y Conductual

 Comunicación

- Memoria
- Lenguaje
- Atención
- Orientación
- Gnosias
- Praxias
- Cálculo
- Esquema corporal



1. Ámbitos de repercusión de la demencia

 Cognitivo

 Psicológico
y Conductual

 Comunicación



ALTER. DEL HUMOR:

- Depresión
- Apatía
- Ansiedad
- Oposicionismo y quejas
- Agresividad
- Desinhibición

ALTER. PERCEPCIÓN:

- Delirios
- Alucinaciones
- Reacciones catastróficas

ALTER. VEGETATIVAS:

- Sueño
- Alimentación
- Conducta sexual

ALTER. ACTIVIDAD MOTORA:

- Acatisia / Agitación
psicomotriz
- Deambulación errática
- Vagabundeo



1. Ámbitos de repercusión de la demencia

 Cognitivo

 Psicológico
y Conductual

 Comunicación 

- Conversaciones menos fluidas
- Pérdida de iniciativa
- Dificultades de expresión
- Problemas de comprensión



Sentimientos negativos
Aislamiento



2. Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD)

-  El deterioro cognitivo, con frecuencia vendrá acompañado por alteraciones a nivel **conductual y/o psicológico** → **80%** de los casos
-  Provocan más **sobrecarga** en el cuidador.
-  Notable **coste** económico.
-  Correlación directa con la **institucionalización**.

2. S.P.C.D.

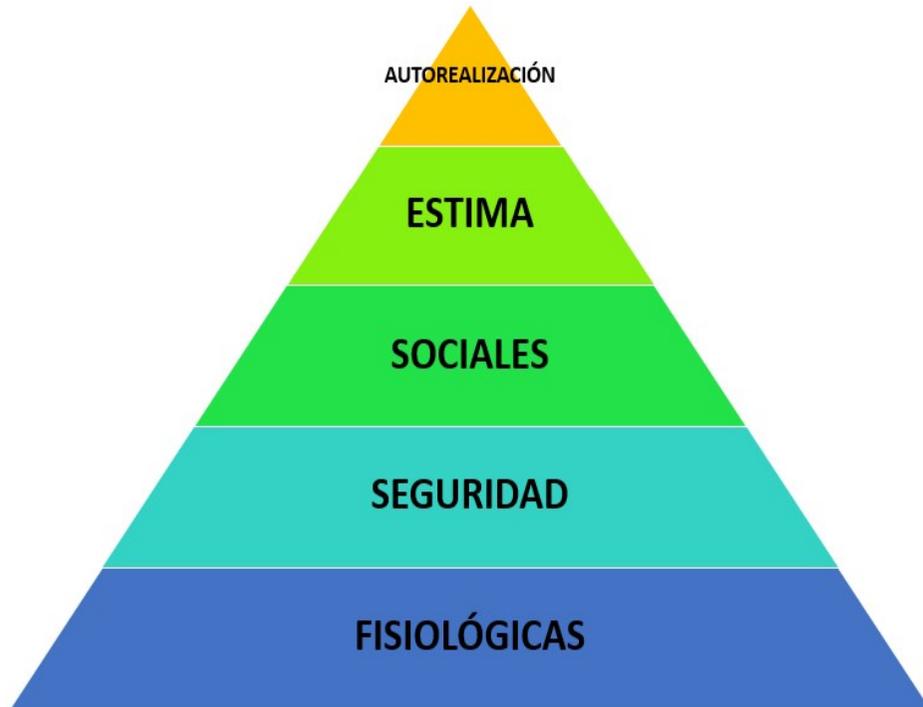
2. 1. Factores Desencadenantes



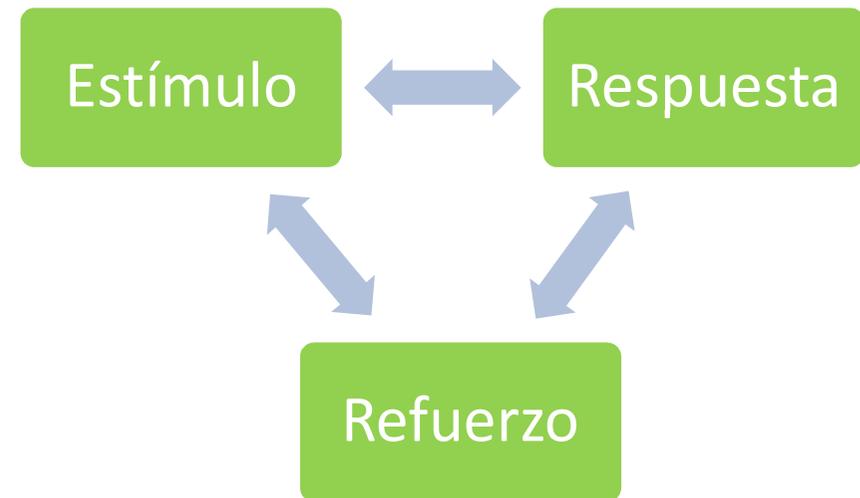


2. 1. Factores Desencadenantes: F. PSICOSOCIALES

 **Necesidades insatisfechas**

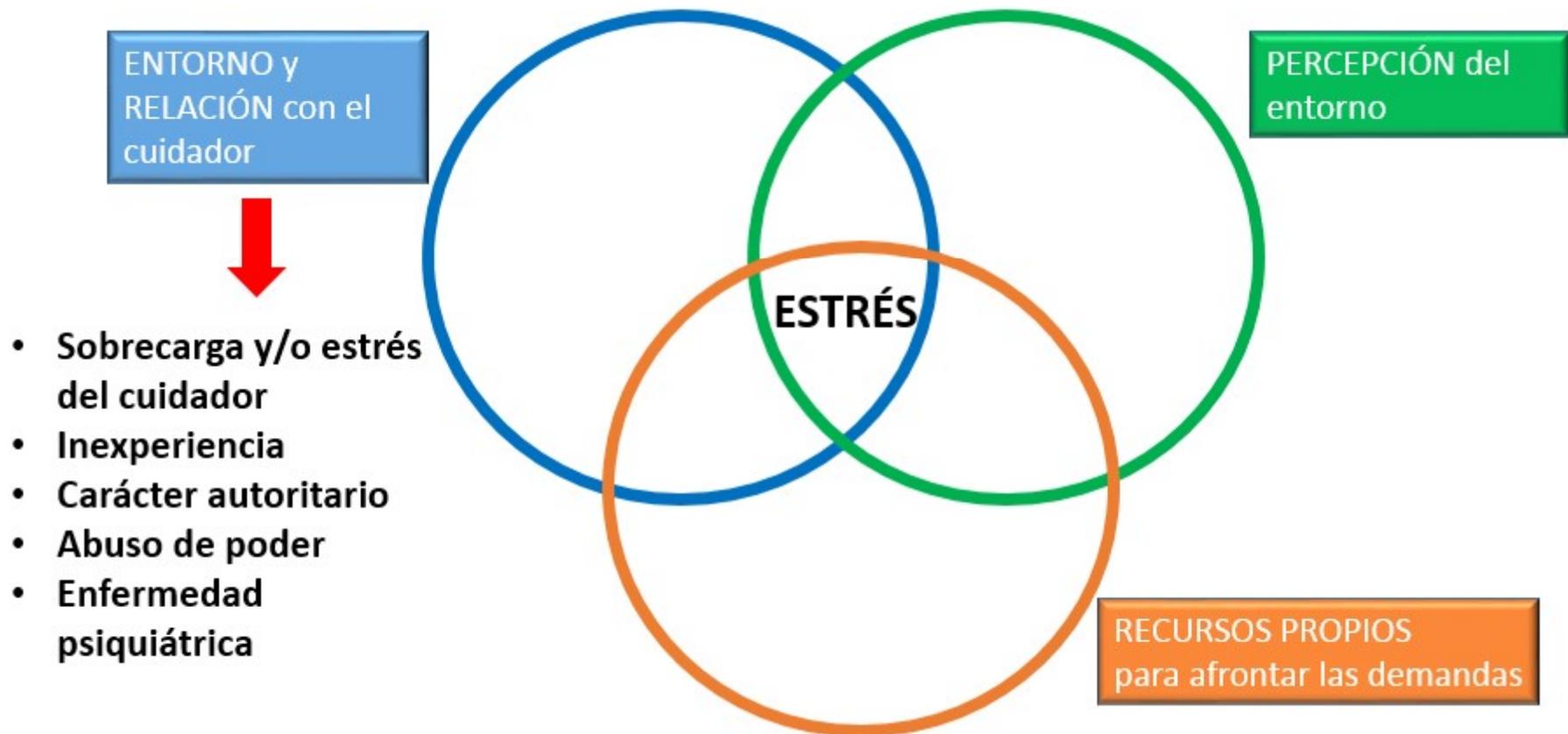


 **Conductas aprendidas**



= CONDUCTA OBSERVABLE

2. 1. Factores Desencadenantes: F. AMBIENTALES





2.2. Manejo de los S.P.C.D.

Recomendaciones Generales

-  Mostrar empatía
-  Evaluar correctamente los SPCD
-  Tratar las posibles causas desencadenantes
-  Elegir el tratamiento de forma individualizada
-  Si los fármacos son necesarios, empezar por dosis bajas
-  Tener presente posibles comorbilidades o múltiples tratamientos
-  Fijarse objetivos realistas
-  Evaluar la efectividad del tratamiento y modificar si es necesario



2.2. Manejo de los S.P.C.D.

Recomendaciones NO farmacológicas



Referentes al entorno:

- Crear un ambiente tranquilo, iluminado y sin ruidos excesivos
- Simplificar el entorno (control de estímulos)
- Mantener una temperatura adecuada
- Adaptar el domicilio: prevención de caídas, facilitar un espacio para la deambulació,...
- Señalizar las habitaciones
- Usar elementos que favorezcan la orientación témporo-espacial (calendarios, fotos,...)





2.2. Manejo de los S.P.C.D.

Recomendaciones NO farmacológicas



Referentes al paciente:

- Mantener rutinas para las AVDs
- Mantener un buen nivel de actividad y ejercicio
- Usar ayudas técnicas como facilitadoras
- Planificar actividades gratificantes
- Medidas de higiene del sueño
- Anticipar la satisfacción de necesidades del paciente
- Ante actos repetitivos: distractor
- Respetar sus costumbres y horarios





2.2. Manejo de los S.P.C.D.

Recomendaciones NO farmacológicas

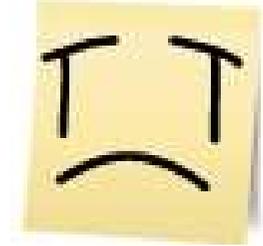


Referentes al cuidador: ¡CLAVE!

- Prestar atención a la **comunicación** (verbal y no verbal)
- No excederse en razonamientos ni discutir con el paciente
- Utilizar frases cortas y palabras sencillas
- Dar tiempo para que se exprese
- Mantener la dignidad del enfermo y evitar las imposiciones
- Analizar los detonantes de las situaciones disruptivas → controlarlos y modificarlos
- Ser empáticos y flexibles
- Reforzar positivamente sus logros
- Saber pedir ayuda a terceros



2.3. SPCD más habituales



 **DEPRESIÓN/APATÍA:** (60 y 74% casos)

- Respetar al máximo la independencia del enfermo
- Hacer que se sientan útiles e integrados (simplificar las tareas)
- Dar soporte y apoyo
- Evitar su aislamiento
- Delegar en ellos tareas que les resulten motivadoras y/o agradables
- Aceptar pequeñas tareas como puerta de entrada a otras. No increparle si abandona (reforzar)

2.3. SPCD más habituales



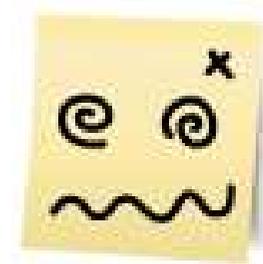
 **ANSIEDAD/AGRESIVIDAD:** (54 al 66% casos)

- Dar comodidad, seguridad y simplificar el medio
- Buscar una forma constructiva de canalizar el nerviosismo
- Permitirle expresarse → actividades compartidas, escucha y comprensión
- Buscar los detonantes
- Hablar siempre en tono sereno → Responder con afecto
- Evitar forcejeos (nunca agresividad)
- Llamar su atención hacia estímulos relajantes
- Reorientarlo a la realidad
- Prever la escalada de agresividad → Evitar situaciones tensas



2.3. SPCD más habituales

 **DELIRIOS/ALUCINACIONES:** (38 y 20% casos)



- No fomentarlos ni rebatirlos
- Calmarle y darle seguridad (contacto físico)
- No dejarles solos en este momento
- Buscar otro foco de atención
- Valorar en qué grado lo vive como negativo
- Distinguir entre queja real o delirio
- Dar respuestas neutras
- Mantener la estancia bien iluminada (reducir sombras)

2.3. SPCD más habituales

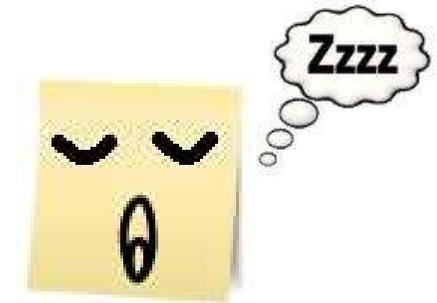


AGITACIÓN MOTRIZ/DEAMBULACIÓN: (47% casos)

- Valorar estado general del enfermo (descartar infección,...)
- Transmitir tranquilidad
- Adaptar el entorno: exceso de estímulos, etc.
- Evitar medidas de sujeción → Prioridad: SEGURIDAD
- Suprimir bebidas estimulantes
- Aumentar nivel de actividad diurna
- Facilitar la orientación al medio
- Controlar el riesgo de fuga
- Dar sentido a las conductas repetitivas



2.3. SPCD más habituales



ALTERACIONES DEL SUEÑO: (36% casos)

- Mantener la máxima actividad física posible
- Evitar siestas
- Tratar de que las horas de la tarde sean tranquilas y calmadas
- Acompañarles al servicio antes de acostarse
- Observar las condiciones de confort
- Reorientar al medio si hay despertares

2.3. SPCD más habituales



ALTERACIONES DEL APETITO: (28% casos)

- Establecer un horario sistemático para las comidas
- Ambientar el entorno → comidas = momento agradable
- Potenciar la autonomía del enfermo
- Adaptar las comidas a sus necesidades (texturas,...)
- Evaluar estado de la dentadura y posibles disfagias
- Presentación apetecible y en cantidades adecuadas
- Permitirles escoger
- No dejar comida a su alcance
- Si adelgaza aun comiendo: considerar problemas metabólicos

3. Conclusiones

LA COMUNICACIÓN



Favorecer:



- Hablar en tono suave y familiar
- Explicar siempre la tarea que se va a realizar (instrucciones claras)
- Valorar nivel de expresión y comprensión en cada fase
- Repetir las veces que sea necesario
- Hacer preguntas directas y cerradas
- Dar tiempo para responder
- Acompañar las explicaciones con gestos
- Fijarnos en su lenguaje corporal y expresiones faciales



Evitar:



- Discusiones con o frente a ellos
- Hablar como si no estuvieran presentes
- Usar tono autoritario o infantil
- Que se sientan evaluados
- Plantear tareas por encima de sus capacidades
- Mantener conversaciones cruzadas
- Forzar la comunicación si no están receptivos



3. Conclusiones

-  Considerar los rasgos de personalidad previa de la persona, así como sus gustos y necesidades
-  Analizar si el entorno o las tareas son demasiado exigentes: descomponerlas en tareas más sencillas
-  Las soluciones de hoy pueden no funcionar mañana
-  Buscar el apoyo de otros (especialmente si hay dudas)
-  Las intervenciones no farmacológicas deben ser el 1º paso en el tratamiento de los SPCD.



3. Conclusiones



En caso de requerir tto. farmacológico: empezar por dosis bajas y evaluar sus posibles efectos secundarios



Formar al cuidador:

- Síntomas típicos y atípicos de la demencia
- Identificación de SPCD
- Control de desencadenantes
- Técnicas de comunicación y de modificación de conducta.
- Valoración de necesidades no cubiertas del enfermo
- Respetar al máximo su autonomía

TODA CONDUCTA OBSERVABLE EN EL ENFERMO, TIENE UN OBJETIVO Y UNAS CAUSAS



GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

www.afab-bcn.org // afab@afab-bcn.org

Sònia Maymó: spsicologic@afab-bcn.org



C/ Cartagena 182 – Barcelona
93.412.57.46