

# TEMA 32: ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

CARMEN OCAÑA ASTILLEROS  
CURSO OPOSICIONES SESCAM  
COE

## ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

- 1.- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.
- 2.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD.
- 3.- ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.
- 4.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.
- 5.- URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS.
- 6.- TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO: DEMENCIAS, DELIRIUM, SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO.
- 7.- PSICOFARMACOLOGÍA.

## DIAGNOSTICOS Y PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES

### ALTERACIONES DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO.

**OBJETIVOS:** Analizar los acontecimientos de forma correcta./Ayudar a diferenciar lo real y objetivo de la fantasía y subjetivo

**CUIDADOS:** Favorecer que pueda expresarse y sentirse acogido, apoyado, entendido. Escuchar las manifestaciones, intentar situarlo en la realidad, conseguir que acepte el tto. farmacológico. Apoyar a la familia o personas con las que convive.

**EVALUACION:** Expresa ideas de manera adecuada. Distingue la realidad de la fantasía.

### AFRONTACIÓN INDIVIDUAL INEFICAZ.

**OBJETIVO:** Disminuir los comportamientos y rituales.

**CUIDADOS:** Tranquilizar, trabajar con objetivos pequeños, potenciar el que hable de otras cosas para romper el círculo cerrado de pensamientos. Identificar las causas de agitación y trabajar diferentes alternativas para su resolución.

**EVALUACION:** El paciente ha adquirido las habilidades para que sus comportamientos no interfieran masivamente en su vida.

### ALTER. EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

**OBJETIVOS:** Corregir el modo de adaptación personal./ Facilitar las medidas necesarias para mejorar el nivel de salud.

**CUIDADOS:** Valorar e informar de los efectos 2º del tto. (neurolépticos), detectar abuso de tranquilizantes. Ayudar a seguir la pauta farmacológica prescrita. Contribuir a que acepte el medio el "tempo" del paciente.

**EVALUACION:** Realiza cambios para mejorar la salud. Describe las actividades que hace para el mantenimiento de la salud.

### TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

**OBJETIVOS:** Ayudar a expresar sentimientos./ Identificar aspectos favorables con respecto a su persona.

**CUIDADOS:** Favorecer la expresión de sentimientos mediante registros. Apoyar y resaltar los aspectos positivos de su persona. Proporcionar confianza sobre la resolución de dificultades.

**EVALUACION:** Verbaliza sentimientos de forma espontánea. Expresa aspectos positivos.

### ANSIEDAD.

**OBJETIVO:** Experimentar un nivel de ansiedad manejable.

**CUIDADOS:** Aprender a reconocer las situaciones de ansiedad y cómo hacer para controlarla. Identificar los síntomas de ansiedad, repercusiones ó diferentes manifestaciones en el nivel orgánico y psíquico. Estimular en el aprendizaje de técnicas de relajación y autocontrol.

**EVALUACION:** El paciente identifica pensamientos anticipatorios negativos y lleva a cabo conductas de afrontamiento adecuadas cuando se enfrenta a situaciones estresantes.

### DESESPERANZA.

**OBJETIVOS:** Analizar sentimientos negativos. Enseñar a desarrollar sentimientos positivos.

**CUIDADOS:** Tranquilizar con la palabra. Desdramatizar la toma de psicofármacos, explicar cómo ayudan y posibles efectos, no son mágicos ("son como un bastón"). Estimular para modificar comportamientos rígidos y aprender a permitirse fallos. Proponer actividades alternativas. Buscar apoyos relacionales.

**EVALUACION:** Explica sentimientos de inutilidad. Verbaliza el poder afrontar la situación.

### SENSACIÓN DE IMPOTENCIA.

**OBJETIVOS:** Enseñar modos de actuación para controlar situaciones conflictivas. Identificar necesidades personales.

**CUIDADOS:-** Ayudar a identificar los motivos de sus reacciones. Capacitarle para manejar su rigidez, el exceso de perfección no es bueno para él ni para los que le rodean. Aprender a expresar sus necesidades, deseos y aceptar los de los demás.

**EVALUACION:** Controla adecuadamente sus reacciones. Expresa necesidades personales de manera espontánea.

### MIEDO O TEMOR.

**OBJETIVO:** Verbalizar menos miedos.

**CUIDADOS:** Explorar los motivos y situaciones en que acontecen.  
Enseñar técnicas de afrontamiento para desarrollar la confianza.

**EVALUACION:** Se enfrenta al motivo o situación con un nivel de ansiedad mínimo.

### AI SLAMI EN TO SOCIAL.

**OBJETIVOS:** Identificar situaciones de interés./ Estimular a mantener relaciones sociales.

**CUIDADOS:** Ayudar a diferenciar entre sus sensaciones/percepciones, la interpretación de ella y la realidad. Estimular la relación con otras personas; registrar los temas de su interés y orientarle hacia los recursos de la comunidad.

**EVALUACION:** Participa en actividades sociales de su interés. mantiene relaciones/contactos interpersonales.

### DUELO DISFUNCIONAL.

**OBJETIVOS:** Identificar sentimientos positivos/negativos con respecto a la pérdida./ Estimular a retomar las actividades diarias

**CUIDADOS:** Ayudar a definir la "pérdida" (eficiencia somática e intelectual, fallecimientos, separaciones, pérdida del rol -"nido vacío"). Contextualizar los síntomas. Mantener una actitud de escucha; propiciar los tiempos para hablar de la "pérdida" (aspectos positivos, negativos, necesidades, "vacíos"); plantear y planificar posibles alternativas. Animar a la toma de tto. prescrito y ayudar a preparar el futuro inmediato.

**EVALUACION:** Expresa sentimientos de modo más objetivo. Participa en las actividades de la vida cotidiana de forma adecuada.

### ALTERACION EN EL DESEMPEÑO DEL ROL.

**OBJETIVOS:** Establecer una valoración realista de las capacidades./ Identificar cambios en el estilo de vida.

**CUIDADOS:** Delimitar esfuerzos y aprender a no realizar cosas por encima de su capacidad. Registrar sentimientos de descontrol o fatalidad y motivar para introducir cambios y aclarar "límites". Ayudarle a que aprenda a discutir y exprese sentimientos. Explorar limitaciones y manejo de relaciones (sentirse imprescindible, no delegar y querer hacerlo todo, dificultades con la autoridad).

**EVALUACION:** Muestra un concepto más realista de si mismo. Realiza cambios en el estilo de vida.

### **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.**

**OBJETIVOS:** Asumir las responsabilidades en las actividades de autocuidado./ Realizar las actividades cotidianas.

**⊕ CUIDADOS:** Estimular el cuidado de su aspecto físico ( peinado, vestido, higiene, etc...). Apoyar y sugerir actividades en las diferentes parcelas con respecto a las necesidades individuales.

**EVALUACION:** Mantiene un aspecto aseado y cuidado. Expresa el haber retomado las actividades diarias.

### **ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES**

**OBJETIVOS.** Expresar un aumento de sentimientos de intimidad./ Aumentar la flexibilidad en los roles y funciones familiares.

**CUIDADOS:** Ayudar a expresar las dificultades en el entorno familiar. Valorar los sentimientos de abandono, desesperanza.- Hacer participar en entrevistas tanto a los cónyuges, como a los hijos para la gestión y planificación de posibles cambios, analizar beneficios secundarios de su comportamiento, demandas excesivas, mensajes contradictorios. Identificar los momentos de tensión y cómo poder introducir cambios (propiciar momentos de intimidad, dedicarse tiempos, potenciar salidas fuera del entorno habitual...)

**EVALUACION:** Verbaliza sentimientos de intimidad. Mantienen una actitud más flexible en los comportamientos familiares.

### **DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL**

**OBJETIVOS:** Desarrollar habilidades sociales en el intercambio social./ Contactar con centros en la comunidad.

**⊕ CUIDADOS:** Apoyar y estimular para recontactar con las amistades. Enseñar habilidades sociales, cómo manejar la rigidez y ejercitar la tolerancia. Identificar las causas que motivan los conflictos e introducir cambios en el comportamiento. Utilizar recursos comunitarios.

**EVALUACION:** Practica las habilidades en sus relaciones sociales. Participa en actividades de la comunidad.

### **ALTO RIESGO DE VIOLENCIA.**

**OBJETIVO:** Controlar la conducta.

**CUIDADOS:** Valorar ideas autolíticas ó heteroagresivas. Controlar la medicación desde el C.S.M. en las primeras semanas hasta que pueda ser capaz de autogestionarse el tto. Apoyar la expresión verbal de sentimientos negativos y ayudarle a canalizar la agresividad de forma más constructiva (gimnasia, pasear, actividades de sustitución...).

**EVALUACION:** Es capaz de controlar sus impulsos canalizándolos adecuadamente.

## ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO.

**OBJETIVOS:** Identificar los factores que producen la alteración./ Mejorar la cantidad y calidad de sueño.

**CUIDADOS:** Valorar los hábitos de sueño, y aprender ejercicios para autorrelajarse e higiene del sueño en general. Recordar cómo hay que mantener horarios y no consumir estimulantes; así como la práctica de ejercicio. Procurar métodos alternativos que favorezcan el descanso (baño, ducha, tisanas...). Aplicar el tto. prescrito.

**EVALUACIÓN:** Reconoce los elementos de la alteración, manteniendo unos horarios y hábitos más saludables. Expresa un sueño más reparador.

## Trastornos de Ansiedad



### ■ Son de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia.

❖ Más de un **15% de la población general** llega a sufrir alguna vez a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad, que consiste en una serie de reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) demasiado intensas, o demasiado frecuentes, o simplemente poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo.

❖ Un 25% de la población va a padecer un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

❖ Más del 10% de los pacientes que acuden a la consulta lo hacen por algún trastorno de ansiedad.

### ■ Importante causa de disfuncionamiento.

■ Los tratamientos disponibles son de los más eficaces en la medicina clínica.

■ Inter-juego entre aspectos genéticos y experienciales.

## ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

Es una **emoción natural**. Guarda similitudes con otras reacciones emocionales, tales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc.

La ansiedad es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo debe ponerse en alerta.

### ¿Qué tipos de situaciones provocan ansiedad?

- situaciones de **peligro físico** (en las que peligran la supervivencia o la integridad del individuo),
- situaciones de **evaluación** (en las que el sujeto se siente evaluado y el resultado de esta evaluación puede arrojar un saldo positivo o negativo),
- situaciones de **amenaza interpersonal o social** (situaciones más cara-a-cara que las anteriores),
- situaciones en las que se encuentran **elementos fóbicos** (viajar en avión, inyecciones, sangre, tratamiento dental, animales inofensivos, aglomeraciones, espacios cerrados, aguas profundas, etc.),
- situaciones **ambiguas o novedosas** (desconocidas para el individuo, sobre las que no tiene experiencia),
- situaciones en las que el individuo percibe una **pérdida de control** (pérdida de control sobre los resultados, sobre su ansiedad, sobre su conducta, etc.)
- pero **cualquier situación cotidiana** (como intentar dormirse, trabajar, estudiar, etc.) puede ser una situación ansiógena, si el individuo está pensando en cosas amenazantes, o que pueden tener consecuencias negativas para sus intereses.

La reacción emocional puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

A **nivel cognitivo-subjetivo**, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.)

A **nivel fisiológico**, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, o el Sistema Endocrino, o el Sistema Inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos cambios en respuestas tales como la tasa cardíaca, tasa respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A **nivel motor u observable**, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- ◆ Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) sin/con agorafobia
- ◆ Agorafobia sin ataques de pánico
- ◆ Fobia específica
- ◆ Fobia social
- ◆ Trastorno de ansiedad generalizada
- ◆ Trastorno por estrés agudo
- ◆ Trastorno por estrés postraumático
- ◆ Trastorno obsesivo compulsivo
- ◆ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- ◆ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

# ATAQUES DE PÁNICO



Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

# AGORAFOBIA

⚡ Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

⚡ Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

## FOBIA ESPECÍFICA



- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- La persona reconoce que es excesivo e irracional.
- Interfiere en la vida de la persona.
- Tipos: animales, ambiente, sangre-daño, situacionales.

## FOBIA SOCIAL

- ❑ Su principal característica es el miedo intenso y persistente a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.
- ❑ La exposición a tales situaciones produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o síntomas característicos tales como rubor, transpiración profusa de manos, temblor, palpitaciones, etc.
- ❑ Este temor excesivo y desproporcionado conduce a estas personas a la evitación de buena parte de su interacción social, lo cual les ocasiona un serio deterioro en la calidad de vida.

# TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un síndrome psiquiátrico perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad caracterizado por:

- Obsesiones:** son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo.

- Compulsiones:** son conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo, o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que se pretende impedir o provocar o puede ser claramente excesiva. El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión, por lo menos inicialmente. Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta (algo que no siempre ocurre en niños pequeños) y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad, aunque le procure un alivio de su tensión.

# TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

En las personas que sufren este tipo de desorden, el pensamiento aparece dominado por una idea intrusiva o secuencia de ideas, que buscan apagar con comportamientos rituales, casi siempre muy caprichosos. Son plenamente conscientes de su trastorno, que es vivido como un malestar y puede estar asociado a un sentimiento de culpa o de vergüenza.

- Las obsesiones y las compulsiones: son una fuente significativa de malestar para el individuo o interfieren en su funcionamiento social.

- No debe confundirse con los desórdenes fóbicos.

- El trastorno obsesivo-compulsivo estadísticamente es igual de frecuente en varones que en mujeres.



## TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO

El **trastorno por estrés postraumático** es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático.

De acuerdo con el [DSM-IV](#) los criterios diagnósticos necesarios para hacer el [diagnóstico](#) son:

- La existencia de un evento traumático claramente reconocible como atentado a la integridad física propia o ajena, que haya sido experimentado directa o indirectamente por la persona afectada y que le evoque temor, angustia u horror.

- La *reexperimentación* repetida del evento, ya sea:

Pensamientos recurrentes e intrusivos (*flashback*)

Pesadillas

Comportamiento como si el evento ocurriera otra vez

## TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO

- El embotamiento afectivo, reconocible por:

Disminución marcada en el interés para realizar actividades comunes o significativas, especialmente si tienen alguna relación con el evento traumático.

Sensación de alejamiento de las demás personas.

Constricción en los afectos. Incapacidad de amar.

- Activación psicomotora

Hiperreactividad

Trastornos del sueño.

Dificultad para concentrarse.

Irritabilidad

## TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

El TAG se caracteriza por presentar como síntoma principal un estado de preocupación permanente, invasiva y difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses.

Los focos de preocupación son los habituales en la población (salud, economía, seguridad, desempeño laboral, problemas hogareños, etc.), pero su intensidad es desproporcionada.

Se acompaña de sueño no reparador, concentración dificultosa, irritabilidad, impaciencia y contracturas musculares.

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

□ **Personalidad:** conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria, relativamente estables y predecibles.

□ **Trastornos de la personalidad:** patrones permanentes de percepción, relación y comportamiento que se apartan de lo esperado en la cultura del sujeto, se inician en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables y con ellos el paciente sufre o hace sufrir a los demás. Estos rasgos son rígidos e inadaptados.

□ **Epidemiología:**

Prevalencia PG: 10-13%

Los +frec: Dependiente (15%)

Globalmente por igual ambos sexos

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

### □ Clasificación

Grupo A: Considerados raros y excéntricos

Trastorno personalidad paranoide

Trastorno personalidad esquizoide

Trastorno personalidad esquizotípica

Grupo B: Clara inclinación al dramatismo, muy emotivos y conducta errática

Trastorno personalidad antisocial

Trastorno personalidad límite

Trastorno personalidad histriónica

Trastorno personalidad narcisista

Grupo C: Personas ansiosas y temerosas

Trastorno personalidad por evitación

Trastorno personalidad por dependencia

Trastorno personalidad obsesivo-compulsiva

## TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los TP se caracterizan por una alteración del yo y sus funciones, produciendo:

- Distorsión del pensamiento (curso y contenido).
- Pérdida de contacto con la realidad:
- Ausencia de sentimientos de enfermedad.
- Dificulta para la introspección.

### CLASIFICACIÓN:

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| • ESQUIZOFRENIA                 | • TP AGUDOS Y TRANSITORIOS: PSICOSIS PUERPERALES, BÚFALO DELIRANTE, PSICOSIS REACTIVA. |
| • T. ESQUIZOAFECTIVO            |  |
| • TRASTORNO DELIRANTE           | • T. INDUCIDO POR SUSTANCIAS.  |
| • TP DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA | • T DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS (FOLÍE)  |

# ESQUIZOFRENIA



# ESQUIZOFRENIA

- Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.
- Se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.
- BLEULER acuñó el término de esquizofrenia. Planteaba como elemento fundamental la disociación del pensamiento y el llamado "sistema de defecto de las cuatro aes": alteración de la asociación de ideas, de la afectividad, de la actividad y comportamiento autista.
- Es la más frecuente de las psicosis crónicas, aparece con **mayor frecuencia en adultos jóvenes y adolescentes**, se da con igual frecuencia en ambos sexos (en la mujer se retrasa la edad de inicio). Edad de inicio 15-35 años. Raramente antes de los 10 años y después de los 50 años.
- La esquizofrenia se da en alrededor de **0,5 y 1 % de la población**.
- La E tiene una elevada tasa de mortalidad; 10-15%.

## ETIOLOGÍA

**Teoría Genética:** Existe una disposición hereditaria y congénita, comprobándose mayor incidencia en hijos y hermanos de esquizofrénicos y sobre todo en gemelos homocigóticos. Estudios de Linkage, muestran datos referentes a la transmisión vía cromosoma 5 y 11.

**Teoría Dopaminérgica:** Se produce hiperactividad del sistema dopaminérgico por alteración funcional en los subsistemas mesolímbico y mesocortical.

• **Teoría psico-sociales:** Existen ciertos estudios que relacionan patologías psiquiátricas con determinadas clases sociales o eventos, episodios o sucesos determinados en la vida del individuo.

• **Otras teorías:** virus, intoxicaciones, falta de vitaminas, factores inmunológicos.

• No existe relación con trastornos metabólicos, endocrinos, cardiovasculares o neurobiológicos en general.

***Actualmente se considera que habría una predisposición genética y unos factores ambientales que conjuntamente serían el origen de la esquizofrenia.***

## EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

✓ La forma de evolución es crónica. Cursa en forma de brotes, a la que sigue una remisión de los síntomas, con un deterioro posterior y progresivo.

✓ La evolución es hacia el estado residual, en que hay un deterioro de las capacidades intelectuales y con una disminución de los síntomas más evidentes que caracterizan a la esquizofrenia.

✓ Del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno.

## EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

### ✓ Factores de buen pronóstico

- ⊕ Edad tardía de comienzo.
- Comienzo agudo de la enfermedad.
- Existencia de factores precipitantes: drogas.
- Ausencia de embotamiento afectivo.
- Factores precipitantes de la enfermedad claramente identificables.
- Si la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad.
- Ambiente social y familiar favorable.
- Buen cumplimiento del tratamiento.
- Antecedentes familiares de trastornos de humor.
- Confusión y síntomas atípicos.
- El subtipo de mejor pronóstico es la Esquizofrenia Paranoide.

## EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

### ✓ Factores de mal pronóstico:

- ⊕ Inicio en edad temprana.
- Comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad.
- Prevalencia de síntomas negativos.
- Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social.
- Trastorno previo de la personalidad.
- Embotamiento afectivo.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Larga evolución antes del primer contacto médico.
- Abuso de drogas.
- Presencia de anomalías cerebrales claras (ventrículos dilatados).
- Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.
- La esquizofrenia de tipo Desorganizado es la de mayor gravedad.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

✕ **Esquizofrenia desorganizada**, de inicio más precoz, con un predominio de trastornos afectivos y conductuales, un empobrecimiento del comportamiento y deterioro intelectual.

✕ **Esquizofrenia catatónica**, se caracteriza por una alteración de la psicomotricidad. Poco frecuente. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpressivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligré su vida.

✕ **Esquizofrenia paranoide**: de inicio más tardío. Se caracteriza por predominio de ideas delirantes, relativamente estables, que suelen acompañarse de alucinaciones, sobre todo auditivas. Es la más frecuente, 70%. Ideas delirantes de persecución, referencia, celos, genealógicas, de misión especial. Alucinaciones auditivas: voces que increpan al enfermo dándole órdenes, voces comentadoras, silbidos, risas, murmullos, ...

✕ **Esquizofrenia indiferenciada**: es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los otros anteriores.

✕ **Esquizofrenia residual**: en estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

## SÍNTOMAS

No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora.

La sintomatología debe estar presente durante al menos 1 mes y persistir durante al menos 6 meses.

**Síntomas positivos:** exceso o distorsión de las funciones normales como:

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las 2 primeras son las más comunes).
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.
- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

# SÍNTOMAS

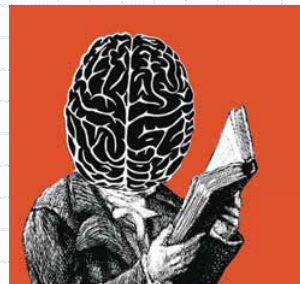
⊕ **Síntomas negativos:** parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- Embotamiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de los placeres.

Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

## GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS

DEMENCIAS



## ¿Qué son las demencias?

Las demencias son enfermedades en las que se deterioran la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona. El diagnóstico de demencia debe reunir unos criterios para poder establecerse. Los más utilizados son los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)

### Criterios de demencia de DSM-IV

- 1.- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos...
- 2.- Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar...
  - Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
  - Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
- Alteración de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización...
- 3.- Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
- 4.- Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
- 5.- Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
- 6.- Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

## CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS

### De origen degenerativo

Entre las demencias de origen degenerativo las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y enfermedad de Pick, la asociada a la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y la parálisis supranuclear progresiva.

### De origen metabólico o nutricional

Entre las más frecuentes están la debida a hipo o hipertiroidismo, a hipo o hiperparatiroidismo, la secundaria a insuficiencia hepática o a insuficiencia renal, la enfermedad de Wilson, y las carenciales por déficit de vitamina B12, de ácido fólico y de vitamina B1. Muchas de las demencias con origen metabólico o nutricional son potencialmente tratables.

### De origen vascular

Las demencias de origen vascular más frecuentes son la multiinfarto, la enfermedad de Binswanger y la demencia por infarto estratégico.

### De origen infeccioso

Entre las demencias de origen infeccioso, las más frecuentes son la que se asocia al *Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA)*, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la sífilis del sistema nervioso central, la enfermedad de Lyme, la enfermedad de Whipple y la encefalitis por Herpes virus.

## CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS

### De origen tóxico

Las demencias de origen tóxico más frecuentes son las causadas por el alcohol y ciertos metales y fármacos.

### De origen neoplásico

Destacan la demencia secundaria tumores cerebrales primarios o metastásicos, la encefalitis límbica y la meningitis carcinomatosa.

### Otras

Entre las demencias no encuadrables en los apartados previos destacan la demencia postraumática, el hematoma subdural crónico y la hidrocefalia normotensiva.

## Demencia: conceptos

Definición (Lishman1987):

**Síndrome de deterioro global y adquirido de la inteligencia, la memoria y la personalidad, que ocurre en ausencia de una alteración de la conciencia.**

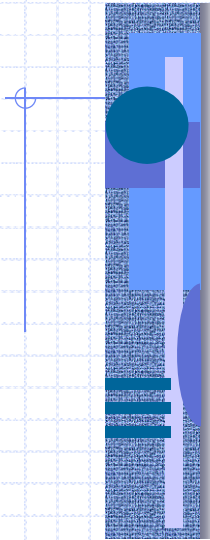
Tipos (CIE-10):

Demencia en la enfermedad de Alzheimer

Demencia vascular

Demencia en otras enfermedades: Pick, Creutzfeldt-Jakob, Lewy, Parkinson, VIH, Huntington, etc.

## CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA



- **Corticales:** Enfermedad de Alzheimer  
Alteración de la memoria, lenguaje, praxias
- **Subcorticales:** Corea de Huntington  
Enf. de Parkinson
- **Cortico- Subcorticales:**  
Demencia vascular  
Demencia por Cuerpos de Lewy

### EPIDEMIOLOGÍA

El mal de Alzheimer es la **forma más común de demencia**, explicando hasta el 70% de los casos, y constituye la cuarta causa de muerte en EE UU. En la actualidad se considera que unos 25 millones de personas padecen Alzheimer en el mundo, y probablemente en los próximos 20 años, se registrarán unos 70 millones de nuevos casos.

La incidencia global de demencia en Europa es del 6,9 por 1.000 hombres y del 13,1 por 1.000 mujeres. Estas diferencias se deben a la mayor supervivencia de la mujer, dado que se trata de una enfermedad que es más frecuente en ancianos, al haber más ancianas que ancianos, hay más enfermas que enfermos.

En España existen actualmente más de 4.000 afectados en edad presenil (antes de 65 años) y 300.000 personas ancianas. Para el año 2025 se calcula un incremento de casi el 30% de la población con respecto a la que había en 1980. Este aumento se hará fundamentalmente a expensas de los pacientes mayores de 60 años, lo que explica que se espere que la enfermedad vaya a ir aumentando en los próximos años.

Algunos han catalogado este fenómeno como la llegada de una epidemia de demencia.

## Demencia: epidemiología

### ❖ Tasa de prevalencia:

A partir de los 65 años X 2 cada 5 años:

-65-69: 1,4

-70-74: 2,8

-75-79: 5,6

-80-84: 10,5

-85-89: 20,8

### Subtipos más frecuentes:

Enf. de Alzheimer(45%), vascular (15%), Lewy(10%)

## ❑ Enfermedad de Alzheimer:

Causa más frecuente de demencia.

La etiopatogenia de la enfermedad de Alzheimer es múltiple.

Es hereditaria entre el 1% y el 5% de los casos (enfermedad de Alzheimer genética) por transmisión autosómica dominante de alteraciones en los  **cromosomas 1 , 14 o 21** (Proteína Precursora de Amiloide, *APP*), con una edad de presentación generalmente anterior a los 65 años.

En el resto de los casos (enfermedad de Alzheimer compleja o esporádica) la etiología es multifactorial con diversos factores de riesgo, que incluyen  **la predisposición genética** (evidenciada porque aumenta la frecuencia si se tiene un pariente en primer grado con la enfermedad, y más aún si son varios),  **la edad** (es más frecuente a partir de los 65 años, a partir de los cuales el riesgo se duplica cada 5 años) y  **factores de riesgo exógenos, ambientales**, que parecen favorecer su desarrollo, como ocurre con los traumatismos craneoencefálicos graves.

La enfermedad de Alzheimer es más frecuente en los sujetos portadores del  **alelo ε4** de la Apolipoproteína E (*APOE*, cromosoma 19), especialmente en los casos  **homocigóticos** para dicho alelo. Por el contrario, se ha postulado un efecto opuesto para el alelo  **ε2** de la misma *APOE*, que tendría por tanto un papel protector.

Diagnóstico postmortem: ovillos neurofibrilares, placas de amiloide especialmente en corteza temporal y parietal.

Supervivencia entre 2 y 10 años desde el diagnóstico

Deterioro global y progresivo de las facultades cognitivas del individuo y de su personalidad.

## ☐ Enfermedad de Alzheimer:

Los 10 signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer

Reproducido de la [Alzheimer's Association](#)

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral.
- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares.
- Problemas con el lenguaje.
- Desorientación en tiempo y lugar.
- Juicio pobre o disminuido.
- Problemas con el pensamiento abstracto.
- Cosas colocadas en lugares erróneos.
- Cambios en el humor o en el comportamiento.
- Cambios en la personalidad.
- Pérdida de iniciativa.

EVOLUCIONA EN FASES O ESTADIOS

### **ESTADIO I**

#### **Memoria:**

El enfermo se olvida de sus citas, las llamadas de teléfono, el nombre de personas y objetos familiares, se olvida de algunas palabras. Comienza a tener problemas para seguir una conversación normal y se equivoca en las cuentas.

#### **Comportamiento:**

Aparecen bruscos cambios de humor, de repente se enfada cuando ve que ha perdido sus llaves, nota que pierde el control sobre los objetos que le rodean.

Comienza a no querer salir, a aislarse, a evitar ver a gente.

#### **Lenguaje y comprensión:**

Empieza a tener problemas para encontrar las palabras precisas, es como si buscara en sus recuerdos lo que quiere decir.

## **ESTADIO II**

### **Memoria:**

La memoria reciente se va perdiendo, se recuerdan mejor los sucesos antiguos, siendo difícil centrarlos recientes, se olvida lo que acaba de comer o incluso lo que ha comido, cree que le roban, no asimila los hechos nuevos como la muerte de un amigo o de un pariente y los hechos lejanos que si recuerda, los sitúa mal en el tiempo.

### **Comportamiento:**

Aparecen las reacciones desmesuradas y violentas o desproporcionadas a la causa que las provoca, puede volverse agresivo.

Camina durante horas y presenta miedos injustificados.

### **Lenguaje y comprensión:**

El lenguaje se hace más pobre, repite las mismas frases durante horas y cuando responde lo hace buscando palabras sueltas, no construye frases.

### **Coordinación de gestos:**

Se abrocha mal los botones, no sabe manejar los cubiertos, pierde el equilibrio y empieza a necesitar ayuda para caminar.

### **Actividades cotidianas:**

Es incapaz de elegir la ropa, ni los platos, no sabe cuando debe desvestirse para bañarse o acostarse, ni cuando enjabonarse.

No se orienta en el tiempo ni en el espacio.

## **ESTADIO III**

### **Memoria:**

Aquí el enfermo no recuerda casi ningún hecho reciente, ni pasado, no conoce a los familiares, incluso los más cercanos, pero conserva la memoria emocional, aquella que le ayuda a darse cuenta de las personas que le cuidan y le quieren, aún cuando no sepa decir su nombre.

### **Lenguaje y comprensión:**

No reacciona de forma coherente ante una explicación, ni la entiende. En cuanto al lenguaje, solo balbucea o repite palabras sin sentido.

### **Actividades cotidianas:**

Aparece incontinencia de esfínteres y prácticamente no recuerda como se camina.

Precisa ayuda para alimentarse y tiene dificultades para deglutir, presentando peligro de aspiraciones y problemas de ahogo.

Poco a poco va quedando postrado en flexión y es incapaz de realizar cualquier movimiento.

## Demencia: clínica

### Demencia por Cuerpos de Lewy

Degeneración de la sustancia negra y aparición de neuronas con estructuras eosinofílicas (Cuerpos de Lewy).

Inicio gradual de un síndrome demencial con déficit de atención prominentes o estados confusionales sin causa aparente.

### Triada de la Enf. De Lewy

- ❑ Alucinaciones visuales y/o auditivas acompañadas con frecuencia de delirios paranoides.
- ❑ Síntomas extrapiramidales o hipersensibilidad a los neurolépticos.
- ❑ Fluctuación de la sintomatología y del nivel de conciencia.

## Demencia: clínica

### Demencia vascular

Su origen está en las lesiones cerebrales isquémicas(multi-infarto).

Diabetes, hipertensión, arterioesclerosis.

La clínica depende de las áreas cerebrales más afectadas.

Inicio relativamente brusco (p ej. a raíz de un accidente vascular cerebral).

Curso fluctuante y/o remitente.

Presencia de signos o síntomas neurológicos focales sugerentes de enfermedad cerebrovascular.

La alteración de la memoria puede ser leve o moderada.

Depresión hasta en el 60% de casos.



## SÍNTOMAS COGNITIVOS

- **FUNCIONES PSÍQUICAS BASALES**

- Atención
- Memoria
- Orientación

- **FUNCIONES COGNITIVAS INSTRUMENTALES**

- Lenguaje
- Praxias
- Gnosias

- **FUNCIONES INTELECTUALES SUPERIORES**

- Juicio
- Adquisividad
- Razonamiento



## SÍNTOMAS NO COGNITIVOS

- **TRASTORNOS DEL HUMOR**
- **TRASTORNOS CONDUCTUALES**
- **TRASTORNOS DELIRANTES**

## SÍNTOMAS COGNITIVOS

### ▪ Funciones psíquicas basales (1)

- **Memoria:**
  - Trastorno precoz
  - Inicialmente: memoria de fijación
  - Tardíamente: memoria de evocación.  
Ley de Ribot
  - Trastornos derivados:
    - desorientación T-E
    - fabulación
    - repetición de temas
    - delirios paranoides

## SÍNTOMAS COGNITIVOS

### ▪ Funciones psíquicas basales (2)

- **Atención:**
  - Oscilante
  - Dispersa y lábil
  - Distrabilidad
- **Orientación:**
  - Vinculada a la amnesia
  - Precozmente desorientación temporal

## FUNCIONES COGNITIVAS INSTRUMENTALES (1)

### ▪ LENGUAJE:

- **Inicialmente:**
  - Anomias
  - Comprensión y lectura en voz baja
- **Tardíamente:**
  - Comprensión del lenguaje oral empobrecido
  - Palilalia
  - Ecolalia
  - Logoclonias
- **Finalmente:**
  - Mutismo

## FUNCIONES COGNITIVAS INSTRUMENTALES (2)

### ▪ Praxias: capacidad de realizar tareas motoras

- **Apraxia constructiva:** incapacidad de ejecutar dibujos de figuras bi o tridimensionales. Trastorno temprano
  - **Apraxia ideomotriz:** trastorno en la ejecución de gestos. Trastorno tardío
  - **Apraxia ideatoria:** incapacidad de ejecutar una acción motora compleja. Trastorno tardío
- ### ▪ Gnosias
- **Trastorno gnósico:** Incapacidad para el reconocimiento de objetos, visuales, auditivos, táctiles debida al procesamiento cortical.  
Visuales: más frecuentes y tempranas



## FUNCIONES INTELECTUALES SUPERIORES

Trastorno profundo de la inteligencia, es lo esencial en las demencias

- **Adquisividad:** posibilidad de llegar a una solución ante una situación nueva.
- **Juicio:** conjunto de valores lógicos o de realidad que el sujeto asigna a una situación, una opinión y especialmente a su propia situación.
- **Razonamiento:** capacidad de obtener conclusiones a partir de datos previos



## SÍNTOMAS NO COGNITIVOS (1)

- **Alteraciones del estado de ánimo**

- Precozmente:** Depresión mayor 15% de los enfermos
  - Apatía
  - Abulia
  - Comportamiento pasivo
- Tardíamente:** Disforia
  - Ansiedad
  - Irritabilidad
  - Reacciones catastróficas
- Síntomas maníacos



## SÍNTOMAS NO COGNITIVOS (2)

### ▪ Síntomas Delirantes

- 40% de los pacientes
- etapas iniciales y medias
- simples
- inconsistentes
- mal sistematizadas
- dependientes del humor

### ▪ Alucinaciones

- visuales
  - auditivas
- Más frecuentes en pacientes hospitalizados y con déficit sensoriales



## SÍNTOMAS NO COGNITIVOS (3)

### ▪ Trastornos conductuales

- Vagabundeo
- Inquietud o agitación psicomotora
- Agresividad
- Trastornos sexuales

- Trastornos del ciclo sueño-vigilia
- Trastornos de la alimentación
- Incontinencia esfinteriana

## ¿Cómo se tratan las demencias?

En la mayoría de los casos de Demencias, a falta de tratamientos de la causa directa, el tratamiento se basará en cuatro pilares:

1. Mejora de las capacidades cognitivas con fármacos anticolinesterásicos. Son útiles en la enfermedad de Alzheimer para detener temporalmente el curso de la enfermedad leve y moderada. Parecen tener también utilidad en Enfermedad por cuerpos de Lewy.(TACRINA,DONEZEPILO, RIVASTIGMINA)
2. Tratamiento de los síntomas psiquiátricos y comportamentales. Tras descartar y tratar una causa reversible se pueden utilizar medidas farmacológicas con neurolépticos, antidepresivos... y medidas no farmacológicas con modificaciones en el ambiente que pueden influir el trastorno de conducta.
3. Tratamiento y prevención de síndromes geriátricos.
4. Apoyo al paciente y sus familiares.

El tratamiento de este tipo de enfermedad requiere un equipo multidisciplinar con varios profesionales implicados y la participación de la familia. Una familia que precisará de apoyo social e institucional en una enfermedad causante de gran carga sobre los cuidadores.

ESCALAS IMPORTANTES EN LA EVALUACIÓN DE LAS DEMENCIAS

## GLOBAL DETERIORATION SCALE DE REISBERG (ESCALA DE DETERIORO GLOBAL) DE REISBERG)

### **GDS-1, ausencia de alteración cognitiva**

(MEC de Lobo entre 30 y 35 puntos). Se corresponde con el individuo normal:

Ausencia de quejas subjetivas.

Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

### **GDS-2, disminución cognitiva muy leve**

(MEC de Lobo entre 25 y 30 puntos). Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad:

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

- a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
- b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.

No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

#### **GDS-4, defecto cognitivo moderado**

(*MEC de Lobo* entre 16 y 23 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio leve:

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.
- d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

- a) Orientación en tiempo y persona.
- b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
- c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el mecanismo de defensa dominante.

Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

#### **GDS-5, defecto cognitivo moderado-grave**

(*MEC de Lobo* entre 10 y 19 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.

Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

### **GDS-6, defecto cognitivo grave**

(MEC de Lobo entre 0 y 12 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.

Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

- a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
- b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
- c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
- d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

### **GDS-7, defecto cognitivo muy grave**

(MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable). Se corresponde con una demencia en estadio grave:

Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.

El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer.

Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

### **Mini-Mental State Examination (MMSE)**

El MMSE fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico el graduar el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan con el Mini Mental State Examination son: **(MEC – 35) de Lobo**

- Orientación temporo-espacial
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

#### **Resultados:**

**27 puntos o más:** Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

**24 puntos o menos:** Sospecha patológica

**24 a 12 puntos:** Deterioro

**12 a 9 puntos:** Demencia

**Menos de 5 puntos.** Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

### **PUNTUACIÓN: (MEC – 35) de Lobo**

La puntuación total máxima es de 35 puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31) = 22,5$  (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

#### **INTERPRETACIÓN:**

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales.

No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

#### **RANGO de PUNTUACION 0 – 35.**

Lobo y col, proponen:

- **Pacientes GERIÁTRICOS:** (> de 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más a "no caso", y en
- **Pacientes NO GERIÁTRICOS** punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a "caso", y 28 ó más igual a "no caso".

**MINI MENTAL: No limite de tiempo para su realización.**

**Orientación temporal. (Un punto por respuesta correcta)**

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación?
- ¿En qué día?
- ¿En qué mes?
- ¿En qué día de la semana?

**2. Orientación espacial (Un punto por respuesta correcta)**

- ¿En qué lugar estamos?
- ¿En qué piso?
- ¿En qué pueblo?
- ¿En qué provincia?
- ¿En qué país?

**3. Fijación**

- El profesional nombra tres palabras, a elegir entre 'Peseta - Caballo - Manzana' o 'Balón - Bandera - Árbol', a razón de una por segundo. Luego, le pide al paciente que las repita. Aunque puntúa la primera repetición, la prueba sigue hasta que el sujeto consigue repetir las tres. (Un punto por cada palabra correcta)

**4. Atención**

**- Cálculo**

Se le dice al paciente: "Si tiene 30 pesetas y me las va dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?. La pruebas se detiene tras cinco sustracciones. (Un punto por cada cifra correcta). Nota: Si el paciente no puede hacer esta prueba, se le pide que deletree la palabra MUNDO al revés

**5. Recuerdo diferido.**

-Se le pide al paciente que recuerde las tres palabras mencionadas en la prueba 3. (Un punto por cada respuesta correcta)

**6. Lenguaje.**

- **Denominación.** Se le enseña al paciente un lápiz y se le pregunta qué es. Luego, lo mismo pero con un reloj. (Un punto por cada acierto)

- **Repetición.** Se le pide que repita la frase "ni sí, ni no, ni pero" o "en un trigal habia cinco perros". (Un punto si lo hace bien)

- **Órdenes.** Se le pide que coja un papel con la mano derecha, lo doble por la mitad y lo ponga en el suelo. (Un punto si lo hace bien)

- **Lectura.** El profesional escribe legiblemente "cierre los ojos". Se le pide al paciente que lo lea y lo haga. (Un punto si lo hace bien)

- **Escritura.** Se pide al paciente que escriba una frase con sujeto y predicado

- **Copia.** El profesional dibuja dos pentágonos con una intersección. El paciente debe copiarlos. (Un punto si lo hace bien)

### TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

Hay que pedir al paciente que dibuje un reloj, y que lo haga en las siguientes fases:

1. "Dibuje primero la esfera, redonda y grande".
2. "Ahora coloque dentro de ella los números correspondientes a las horas del reloj, cada uno en su sitio".
3. "Dibuje ahora las manecillas del reloj, marcando las once y diez".

La puntuación se lleva a cabo como sigue:

- Si coloca el número 12 en su sitio, tres puntos.
- Dos puntos más si ha escrito 12 números exactamente.
- Otros dos puntos si dibuja dos manecillas exactamente.
- Y dos puntos más si marca la hora exacta.

El resultado se considera **normal si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos**

### EL PAPEL DEL CUIDADOR

Dentro del cuidado del paciente la figura del cuidador -aquella persona dentro de la familia que asume la mayor responsabilidad en la atención al anciano- tiene una **importancia fundamental**. Existen cuidadores tradicionales, los que han convivido con el enfermo y se hacen cuidadores prácticamente sin darse cuenta, al asumir responsabilidades incluso antes de que aparezca la enfermedad. También existen cuidadores modernos, que asumen el papel del cuidador cuando el anciano comienza a necesitar ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

El perfil más frecuente de cuidador es el de la **hija de entre 40-50 años, casada y con hijos**. Muchas de ellas trabajan fuera del domicilio familiar, no tienen ninguna formación en el cuidado de personas dependientes, no están remuneradas y desarrollan una jornada de trabajo sin límites establecidos. Su cuidado les afecta de forma muy dispar, desde favorecer cuadros depresivos, insomnio, agresividad, cambios de humor, también puede reducir las defensas o suponer un gran gasto económico para los que se hacen cargo de los pacientes.

El riesgo más grande que tienen los cuidadores es el conocido como '**síndrome del cuidador**', que conduce a estrés laboral y afectivo, cansancio, cefaleas, ansiedad e incluso una fase de vacío personal, que suele aparecer cuando el enfermo ha ingresado en una residencia o ha fallecido y el cuidador tiene que aprender a vivir sin él.

[http://www.ttmed.com/demencias/artic/174\\_art\\_12\\_04.pdf](http://www.ttmed.com/demencias/artic/174_art_12_04.pdf)