



DEMENCIA TIPO ALZHEIMER TRASTORNOS PSICOCONDUCTUALES

Dr Luis Díaz Izquierdo
Centro Asistencial San Camilo

Tres Cantos

23 y 24 de abril de 2008

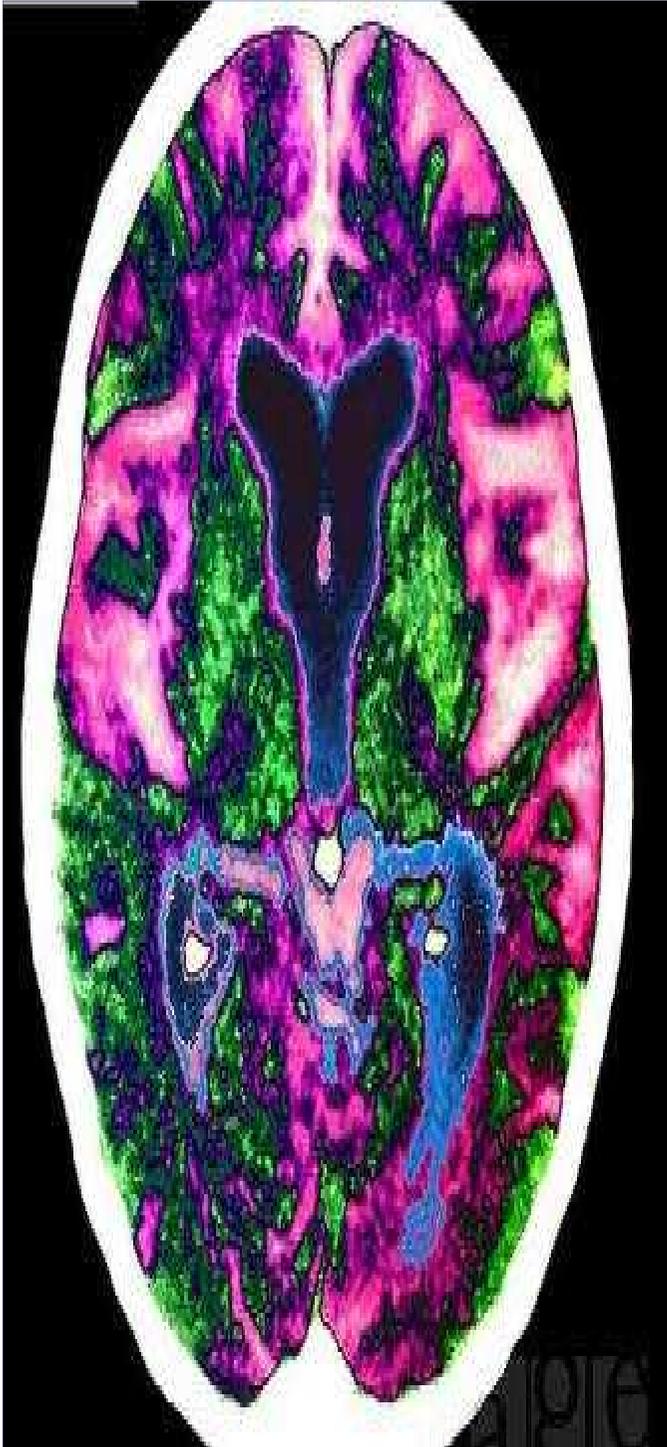




CONCEPTO

“Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia ”

Conferencia de consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA) 1996



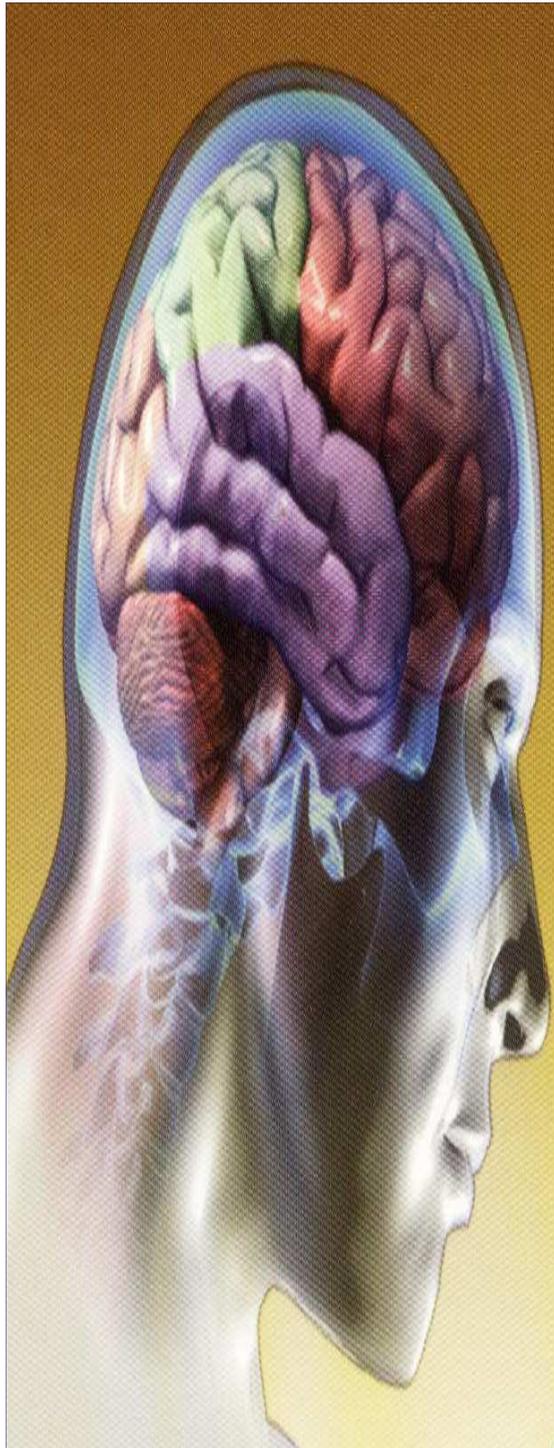
TRIPODE DEL DETERIORO

- *COGNITIVO*
- *CONDUCTUAL*
- *FUNCIONAL*

GENERALIDADES

- Uno de los síntomas peor soportados por el entorno (familia, sociedad)
- *Vivenciados de forma catastrofista, humillante, denigrante*
- **SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES**
- **FACTOR PRONOSTICO PARA LA INSTITUCIONALIZACION**
- *Aumentan la incapacidad funcional*
- *Utilización de fármacos de manera inadecuada.*
- *Abuso y malos tratos*





PREVALENCIA

- Estudios transversales y longitudinales
 - 80 – 90 % de los pacientes
 - Presentación múltiple y diversa
 - Recurrencia /recuperación espontánea
 - Aparición de algunos síntomas predice la de otros: Ej S. psicóticos-agresividad



PREVALENCIA

- Aparece en fases LEVES – MODERADAS
- En las últimas fases el deterioro es tan elevado que el paciente pierde la capacidad para su expresión.
- Una vez que aparecen no tienen por qué permanecer de forma constante.



•Desde el punto de vista cuantitativo hasta el 90% de los pacientes tienen al menos un trastorno conductual, y el 50% tiene al menos cuatro de ellos.

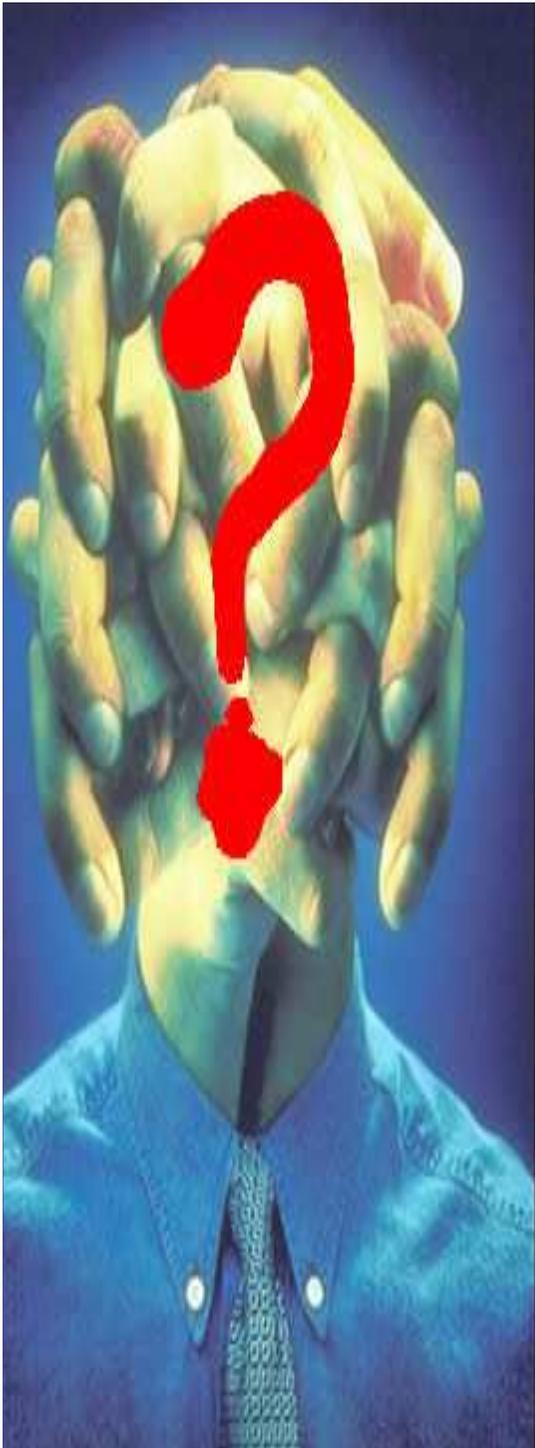


CONCEPTO ACTUAL

Diversa gama de alteraciones psicopatológicas (ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios) junto con una inadecuada actividad motora o verbal, no explicables en su totalidad por la insatisfacción de necesidades o por confusión, que se asocian muy comúnmente a la demencia y que, en muchas ocasiones, son difíciles de tratar.

CLASIFICACION (Frecuencia relativa y potencial contribución al distress del cuidador)

GRUPO I (Más frecuentes, más exasperantes)	GRUPO II (Moderadamente frecuentes/ exasperantes)	GRUPO III (Menos frecuentes/ exasperantes)
<p>Psicológicos</p> <p><i>Ideas delirantes</i> <i>Alucinaciones</i> <i>Depresión</i> <i>Insomnio</i> <i>Ansiedad</i></p>	<p>Psicológicos</p> <p><i>Identificaciones erróneas</i></p>	
<p>Conductuales</p> <p><i>Agresividad física</i> <i>Vagabundeo</i> <i>Inquietud</i></p>	<p>Conductuales</p> <p><i>Falta de motivación</i> <i>Agitación</i> <i>Desinhibición</i> <i>Gritos</i> <i>Conducta socialmente inapropiada</i></p>	<p>Conductuales</p> <p><i>Llanto</i> <i>Lenguaje malsonante</i> <i>Preguntas repetitivas</i> <i>Seguir a otros</i></p>



TRASTORNOS DEL HUMOR Y DEL AFECTO

- Depresión
- Ansiedad
- Reacciones catastróficas
- Euforia-manía

PSICOSIS

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Agitación

CAMBIOS NEUROVEGETATIVOS

- Trastornos del sueño – vigilia
- Trastornos del apetito
- Trastornos de la sexualidad

CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD

- Apatía
- Desinhibición
- Impulsividad

CAMBIOS PSICOMOTORES

- Conducta errante
- Hipercinesia
- Agresividad
- Acatisia



SINTOMAS PSICOLOGICOS

PSICOSIS (Delirios y Alucinaciones)

- Frecuencia 10 – 70 % de los pacientes
- Frecuencia y severidad disminuyen con la progresión de la enfermedad
- Evolución más rápida de su deterioro y peor pronóstico
- **Definición:**
 - Trastornos del pensamiento en los que aparece una incapacidad para distinguir entre la realidad y las percepciones internas

SINTOMAS PSICOLOGICOS

IDEACION DELIRANTE

- Concepto :
 - Falsas creencias debido a una percepción de la realidad incorrecta
- Frecuencia: 10 a– 70 % de los casos.
- No se relaciona claramente con el deterioro cognitivo o con las alteraciones del estado de ánimo.
- Simples y mal elaboradas: no tiene el elevado grado de estructuración de las patologías psiquiátricas.
- Fisiopatología.
 - Disfunción temporo-límbica.



SINTOMAS PSICOLOGICOS

- Sintomatología acompañante
 - Voces
 - Conducta de vagabundeo
 - Inquietud psicomotriz
- Estudios longitudinales son los **MEJORES PREDICTORES DE AGRESIVIDAD FISICA** (muestran conductas más agresivas, ansiosas y miedosas)
- Existe una pérdida de contacto con la realidad (mantienen su falsa creencia de las evidencias contrarias):
 - ¡¡¡No tratar de convencer al enfermo!!!





SINTOMAS PSICOLOGICOS

DELIRIOS: FORMAS CLINICAS

DELIRIO DE ROBO

- El paciente, ante la desaparición de un objeto (cuya explicación puede ser haberlo guardado y no recordar dónde), cree que éste le ha sido robado por alguien, pudiendo acusar de ello al cuidador o a la persona más cercana
- Ej.: Llamar a la Policía por robo de dinero, pendientes, relojes

SINTOMAS PSICOLOGICOS

DELIRIO DE RUINA

Los enfermos, refieren estar en un estado de máxima pobreza, carentes de los bienes indispensables para poder vivir, creen que perderán su empleo, les deshauciarán. Creen que como ellos, su familia esta abocada a convertirse en unos vagabundos que morirán de inanición





SINTOMAS PSICOLÓGICOS

DELIRIO DE REFERENCIA

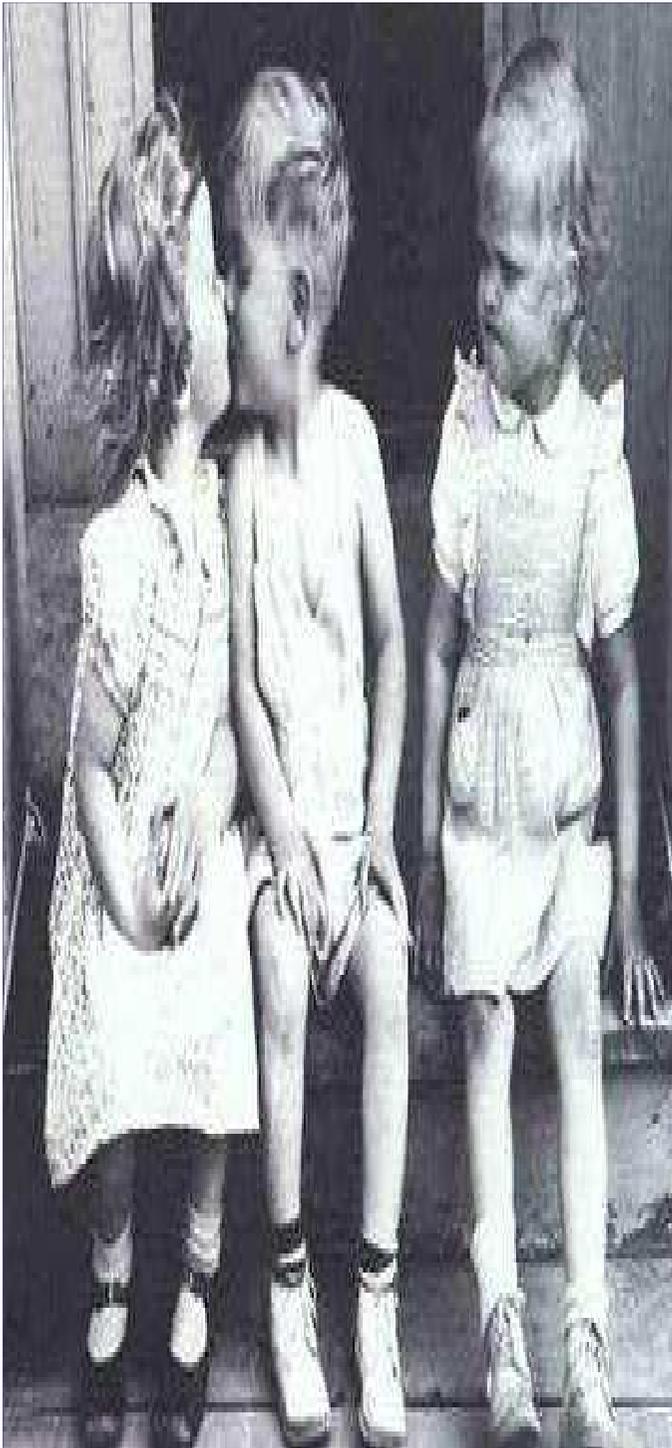
- El paciente tiene la falsa creencia de que hablan de él.
- Cualquier acción de los demás o suceso habitual está referido a él.

SINTOMAS PSICOLOGICOS

DELIRIO DE ABANDONO

- El paciente cree que va a ser abandonado o ingresado en una residencia
- Ej: Quejas de falta de cuidados: "no me llevan al Médico, al Hospital... Me van a abandonar..."





SINTOMAS PSICOLOGICOS

DELIRIO DE CELOS vs INFIDELIDAD

El paciente está convencido de que su pareja le es infiel

Ej.: No existe sensación de tiempo transcurrido, por lo que una corta ausencia genera grandes problemas

SINTOMAS PSICOLOGICOS

ALUCINACIONES

•Concepto

•Falsas percepciones, no relacionadas con estímulos, que distorsionan la capacidad de los pacientes para comprender el mundo exterior.

•Tipos:

- Visuales (las más frecuentes)
- Auditivas (2º más frecuentes)
- Sensitivas
- Gusto
- Olfativas

•Frecuencia 5-50%. Más rara en fases iniciales.

•Situaciones de riesgo:

- Mayor edad del paciente
- Deficiencias neurosensoriales
 - Visuales y auditivas
- Mayor estado de confusión





SINTOMAS PSICOLOGICOS

- Aunque dichas percepciones no han tenido lugar en la realidad el paciente las percibe como ciertas.
- Es necesario tratamiento si tienen una intensidad y características distorsionantes, amenazadoras para el paciente.



SINTOMAS PSICOLOGICOS

ALUCINACIONES VISUALES

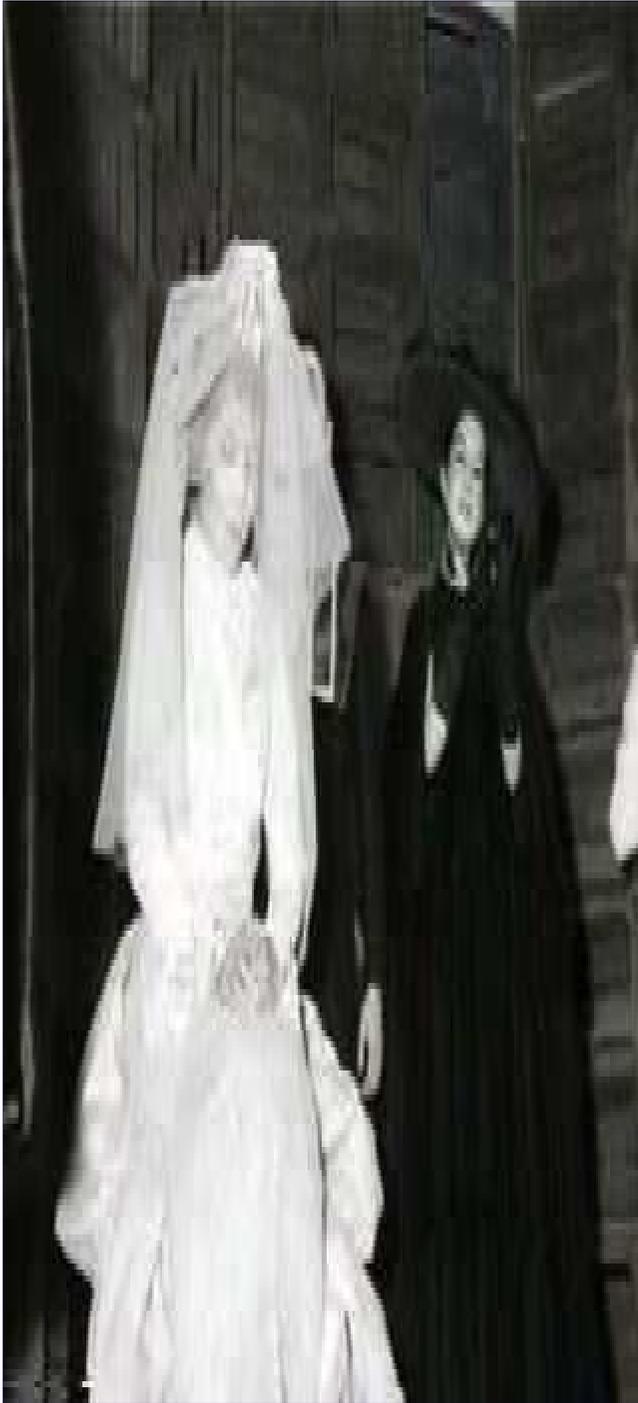
- Las más frecuentes
- Ver en domicilio a personas u objetos que no están presentes
- Ej: "acércame las cartas que vamos a jugar una partida"
- Ej:" Mira esa niña con la pelota"



SINTOMAS PSICOLOGICOS

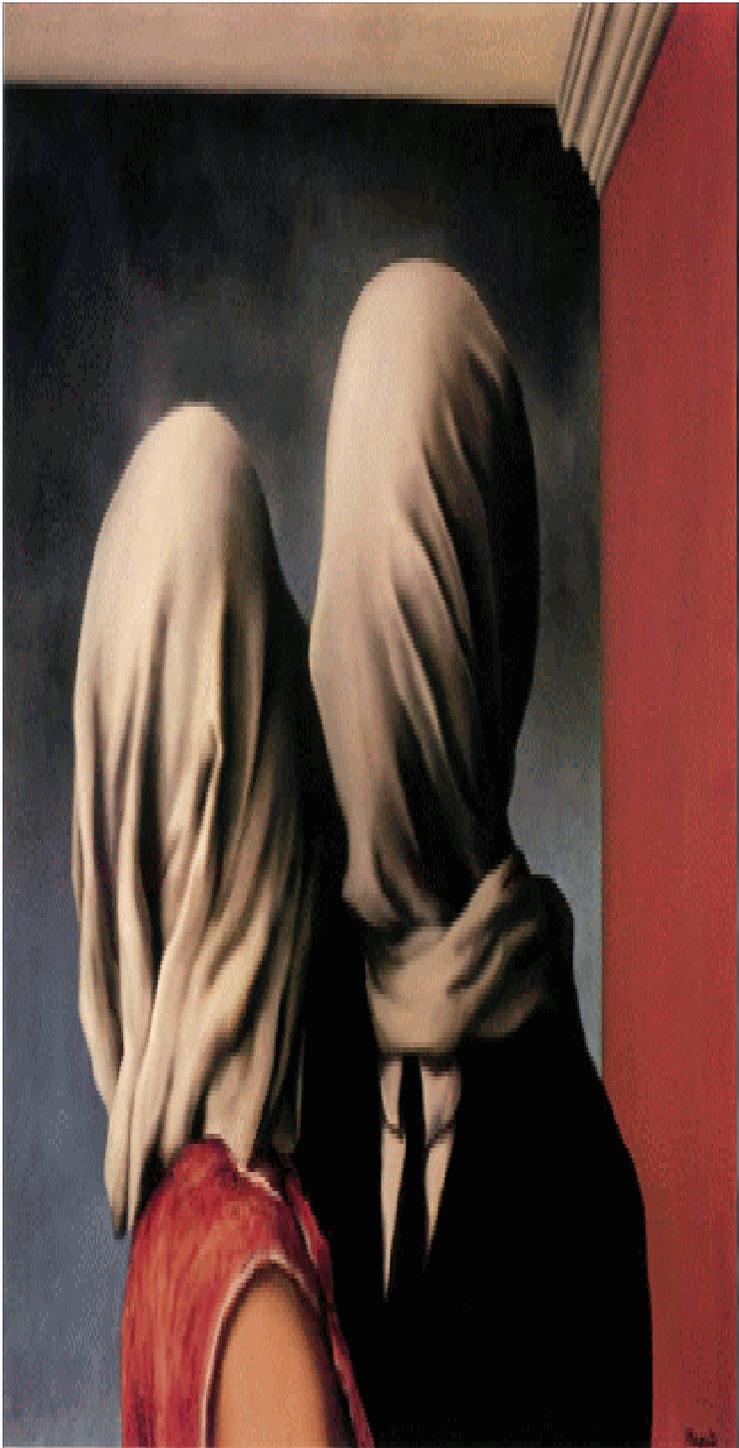
ERRORES DE IDENTIFICACIÓN

- Percepciones erróneas de estímulos externos relacionados con una creencia, convicción o elaboración sostenida falsamente con intensidad delirante.
- El cerebro es incapaz de realizar adecuadamente la valoración del entorno
- Consiste en la confusión de personas, lugares o situaciones
- Son identificaciones erróneas de personas u objetos



SINTOMAS PSICOLÓGICOS

PERSONAS EXTRAÑAS EN LA CASA



SINTOMAS PSICOLOGICOS

NO RECONOCEN A SUS
ALLEGADOS



SINTOMAS PSICOLÓGICOS

NO SE RECONOCEN A SI MISMOS



SINTOMAS PSICOLÓGICOS

SINDROME DE CAPGRAS

Una persona es sustituida por un doble.



SINTOMAS PSICOLOGICOS

SINDROME DE FREGOLI

Un impostor se ha disfrazado como su familiar para influir negativamente en el paciente



SINTOMAS PSICOLOGICOS

ANSIEDAD

- Se manifiesta en forma de preocupaciones repetidas acerca de cuestiones irrelevantes, o por sucesos venideros no trascendentes, en forma de preguntas incesantes y repetitivas.
- Aparecen temor (a la soledad) o demandas incesantes de compañía.
- Frecuencia variable: 40-60% de los pacientes
- Dificultad de explicación por el propio paciente
- Más frecuente en fases iniciales (preservación de la conciencia del propio deterioro)



SINTOMAS PSICOLOGICOS

ANSIEDAD

- Síntomas corporales
 - Temblores, tensión muscular, hiperventilación, sensación de falta de aire, parestesias
- Síntomas psicológicos
 - Temor, dificultad para la concentración, insomnio



SINTOMAS PSICOLOGICOS

TRASTORNOS DEL HUMOR Y DEL AFECTO

DEPRESION

- Incidencia hasta del 86%
- Difícil de valorar (Dx diferencial con la apatía).
- No cumple criterios de depresión mayor.
- Conciencia de perder capacidades y tener una enfermedad incurable
- A veces discrepancia información familiar - paciente
- Fisiopatología:
 - Disfunción noradrenérgica
 - Disfunción serotoninérgica
 - Disfunción dopaminérgica
- Tratamiento precoz (IMPORTANTE)
- Su tratamiento puede mejorar los síntomas cognitivos



SINTOMAS PSICOLOGICOS

DEPRESION II

- Más frecuente en las fases iniciales
- En fase moderada es más frecuente la labilidad emocional
- “Falso deterioro cognitivo” (pseudodemencia depresiva)
 - Afectación de la memoria y la cognición en una depresión aislada.
- Manifestaciones:
 - Lloro
 - Tristeza
 - Pensamientos de desesperanza o inutilidad.
 - Verbalización de ideas de infelicidad o de suicidio
 - Signos vegetativos leves
 - Síntomas comunes Demencia-Depresión
 - Pérdida de peso
 - Insomnio
 - Pérdida de interés

SINTOMAS PSICOLOGICOS

CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD

- Prácticamente todos los pacientes con EA
- A veces son el síntoma inicial.
- Clínica: apatía, irritabilidad, desinhibición, falta de colaboración, conductas demandantes, de sospecha, agresividad.

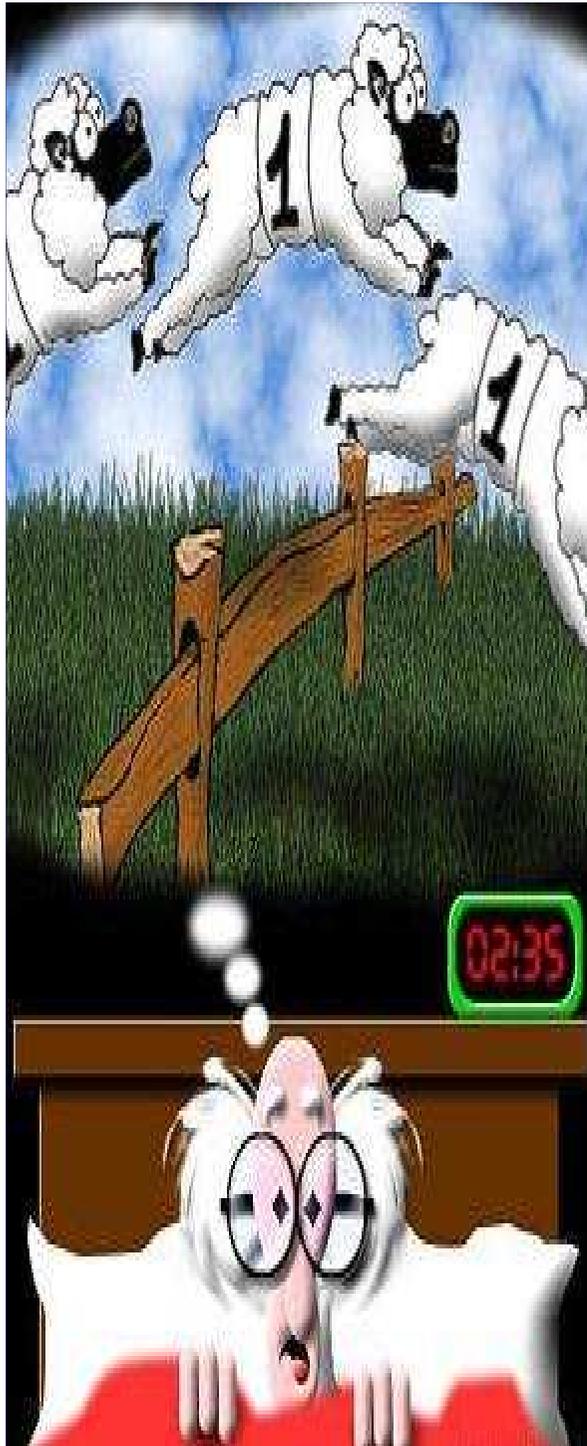




SINTOMAS PSICOLOGICOS

•APATIA

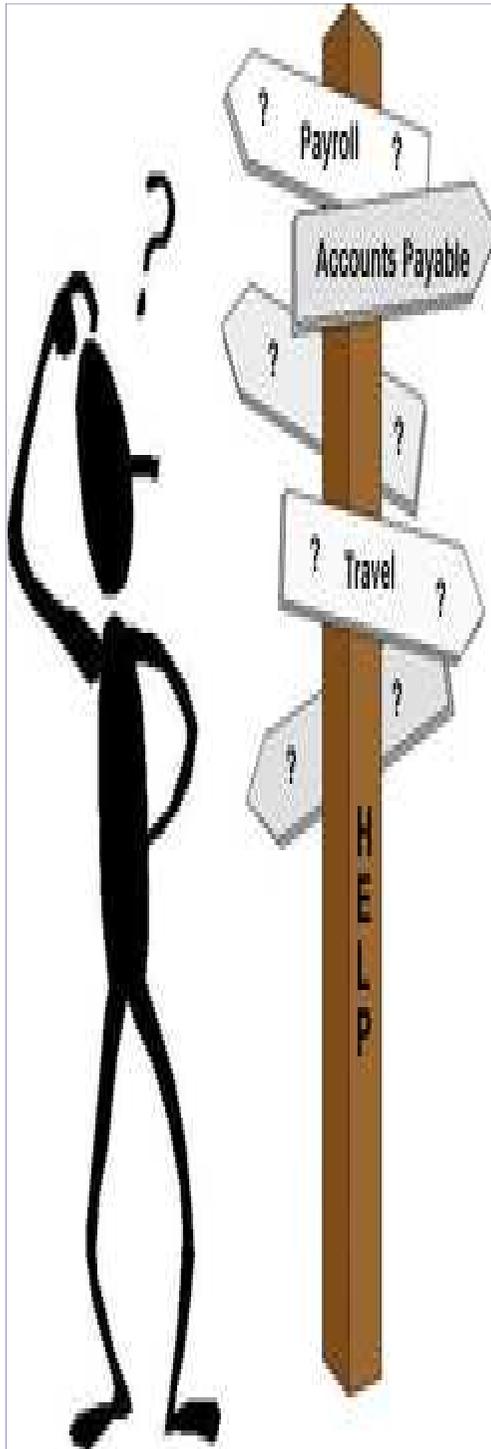
- Trastorno de conducta más frecuente : 90% de los pacientes.
- Fisiopatología: Disfunción prefrontal o temporal anterior
- Clínica:
 - Pérdida de iniciativa, de la motivación, del interés por las actividades del entorno, el cuidado personal, interacción social, expresividad corporal o verbal.
 - Indiferencia
 - Pasividad
- Ej: Permanecen sentados, sin hacer preguntas “como un mueble”.



SINTOMAS CONDUCTUALES

• INSOMNIO

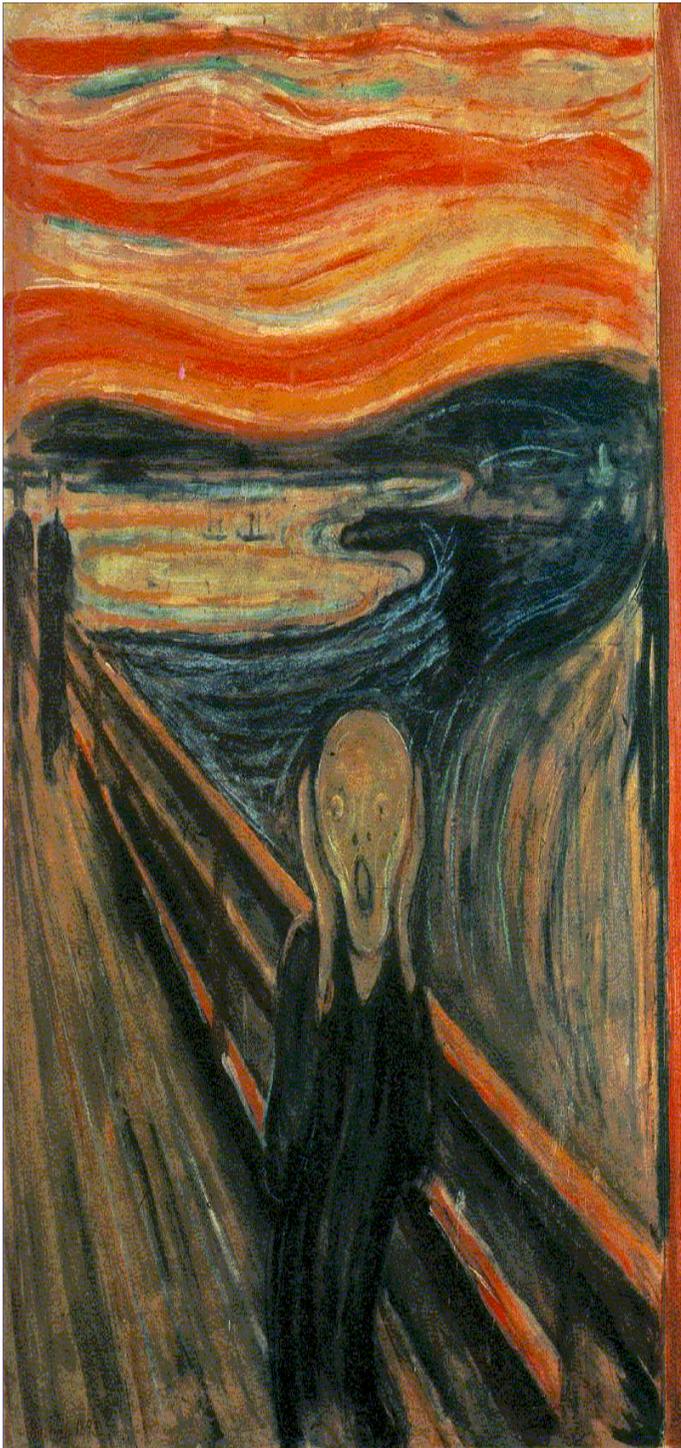
- Frecuencia: 45%
 - EEG: Sueño más fragmentado. Aumento de la frecuencia de despertares y disminución de la frecuencia del sueño lento.
 - Asociación a hipersomnia diurna.
 - Inversión ciclo sueño-vigilia.
-
- Ej: Despertarse de madrugada, buscar ropa por los armarios, vestirse.



SINTOMAS CONDUCTUALES

•SINTOMAS CONFUSIONALES AL ATARDECER

- Causas: Deterioro cognitivo, aislamiento social, pérdida de ritmos circadianos.
- Sundowning***
- Todo el día esforzándose por orientarse, reconocer, comprender el entorno.*
- Clínica:
 - Gritos
 - Agitación
 - Inquietud
 - Incremento de la conducta verbal



SINTOMAS CONDUCTUALES

REACCIONES CATASTROFICAS

- Más frecuentes si deterioro cognitivo más severo, cuando se enfrentan a situaciones nuevas, estresantes, con hiperestimulación.
- Son reacciones emocionales **INTENSAS**, acompañadas de reacciones vegetativas, que pueden verse precipitadas por el fracaso en una tarea intrascendente o por otra circunstancia relativamente anodina.
- Síntomas:
 - Paranoia
 - Gritos excesivos
 - Hiperactividad
 - Obstinación
 - Furia



SINTOMAS CONDUCTUALES

DESINHIBICION

- Comportamiento impulsivo, inapropiado, asociado a inestabilidad emocional y escasa capacidad de juicio crítico
- Puede provocar problemas legales por quebranto de leyes , consumo de tóxicos.
- Problemas económicos por compras impulsivas.
- Llanto
- Euforia
- Agresividad verbal
- Conducta autodestructiva
- Desinhibición sexual.



SINTOMAS CONDUCTUALES

TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

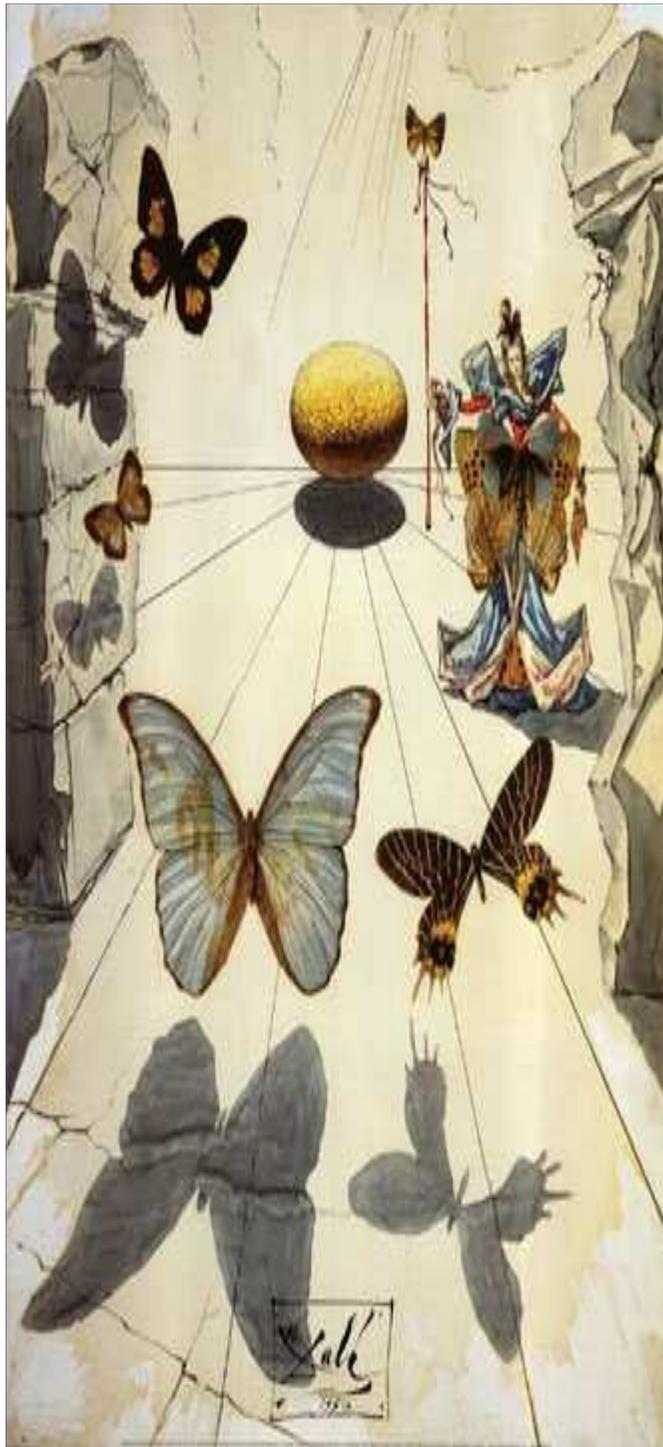
- Relacionados con la falta de *MEMORIA* y la *INCAPACIDAD* de realizar una evaluación crítica del entorno
- En general, presentan indiferencia ante la actividad sexual.
- Desinhibición sexual: Difícil de tratar.
- Hiposexualidad
 - Más frecuente en EA
- Hipersexualidad
 - Más frecuente en D. Fronto-Temporales



SINTOMAS CONDUCTUALES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- **Fisiopatología**
 - Alteraciones neuroendocrinas e hipotalámicas.
- Contribuye a la frecuente desnutrición de estos pacientes.
- **Reacciones frente a la alimentación**
 - Alteración de la atención
 - Comportamiento de oposición
- **Alteraciones asociadas a los actos de la alimentación**
 - Comportamientos selectivos
 - Apraxia bucal



SINTOMAS CONDUCTUALES

ALTERACION DE LA ACTIVIDAD PSICOMOTORA

- Síndrome heterogéneo : Toda actividad motora, vocal o verbal que resulta inapropiada y so se explica – al menos aparentemente – por la satisfacción de las necesidades de la persona o por un cuadro confusional agudo.
- Constituyen un modo de respuesta ante estímulos físicos y ambientales en unos pacientes con capacidad de respuesta disminuida.
- 50% pueden explicarse por circunstancias concretas: Físicos, ambientales, síntomas psicóticos.
- **Clasificación:**
 - Conductas físicamente agresivas /no agresivas
 - Conductas verbalmente agresivas/no agresivas



SINTOMAS CONDUCTUALES

Conductas físicamente no agresivas

- Inquietud general.
- Caminar constante
- Manierismos repetidos
- Manejo inapropiado de objetos
- Vestirse o desvestirse de manera inapropiada



SINTOMAS CONDUCTUALES

Conductas físicamente agresivas

- Golpear
- Empujones
- Rascarse
- Agarrar objetos
- Agarrar personas
- Dar patadas y mordiscos



SINTOMAS CONDUCTUALES

Conductas verbalmente no agresivas

- Negativismo
- Constantes peticiones de información
- Quejas o gemidos
- Interrupciones relevantes vs irrelevantes
- Frases reiterativas



SINTOMAS CONDUCTUALES

Conductas verbalmente agresivas

- Chillidos
- Lenguaje malsonante
- Estallidos temperamentales
- Emisión de ruidos extraños



SINTOMAS CONDUCTUALES

CONDUCTA DE VAGABUNDEO

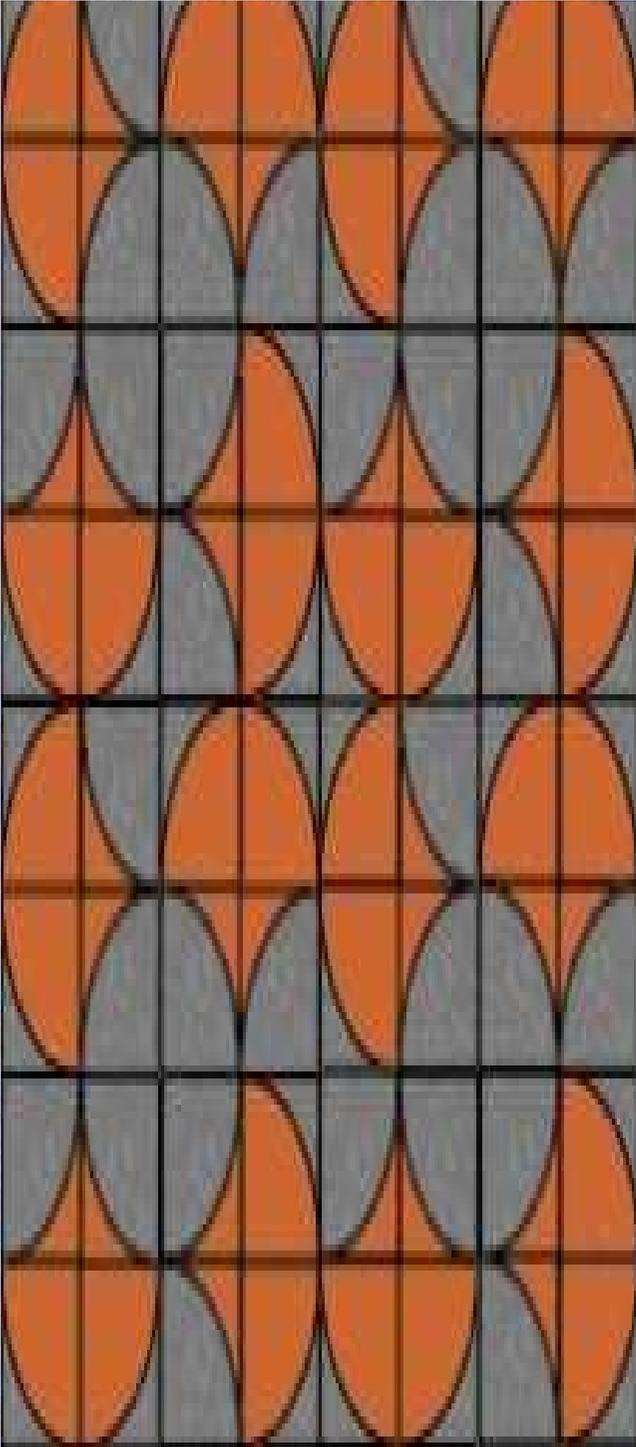
- Deambulación errática, incesante, sin propósito, con persecución del cuidador, tendencia a fugas.
- Ejecución repetida o ineficaz de tareas sin ningún propósito.
- Implica necesidad de supervisión constante y aplicación de medidas de contención



SINTOMAS CONDUCTUALES

SEGUIMIENTO PERSISTENTE DEL CUIDADOR

- Comportamiento muy molesto
- Cuidador: Referencia ante una persona con problemas de memoria y de comprensión.
- Si no le ve, el paciente se inquieta y angustia



SINTOMAS CONDUCTUALES

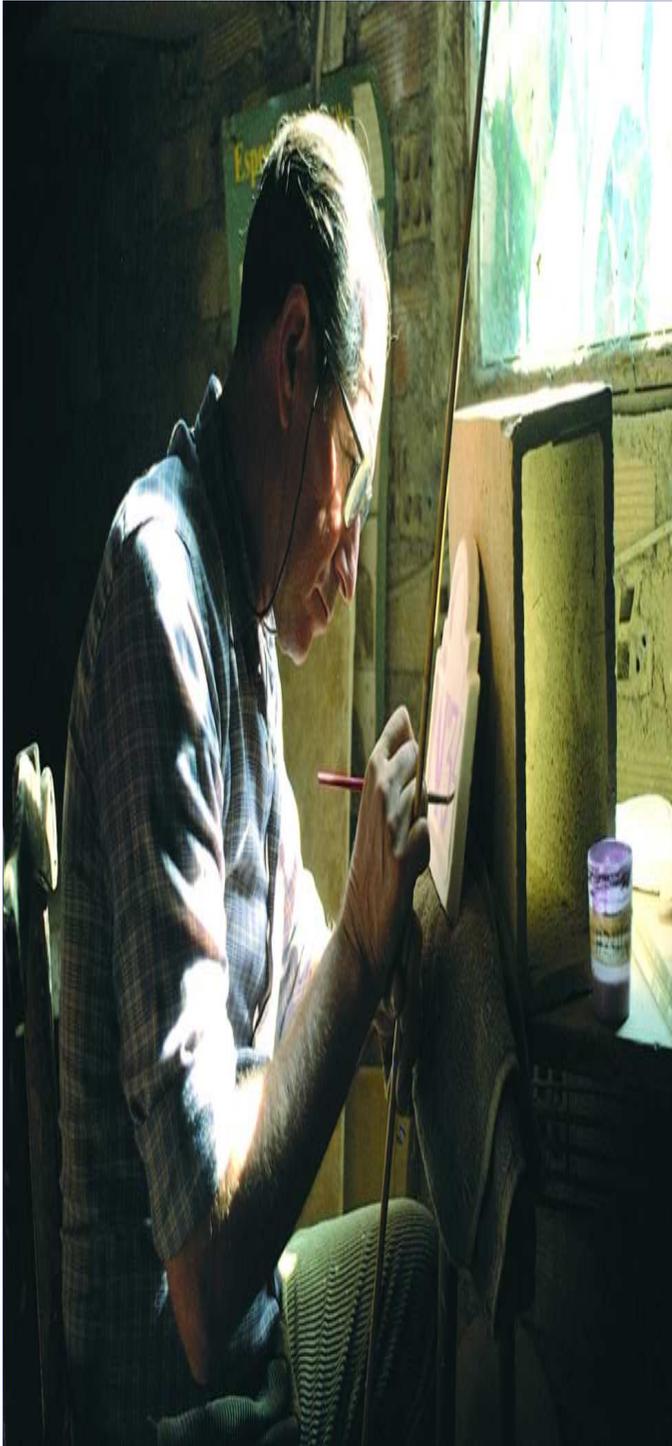
ACTOS REPETITIVOS

- Normalidad: Conductas con una funcionalidad que desaparecen cuando se ha alcanzado el objetivo.
- EA: Bloqueo de este patrón de conducta
- Ej:
 - Andar
 - Descalzarse
 - Doblar y desdoblar pañuelos
 - Aplaudir
 - Gritar



ABORDAJE TERAPÉUTICO

- 1.- IDENTIFICAR EL TIPO DE TRASTORNO.
- 2.- EXCLUIR CAUSAS CONCRETAS
- 3.- EXCLUIR FALTA DE CONTINUIDAD EN LA ATENCION
- 4.- VALORAR GRAVEDAD DE SINTOMAS:
- 5.- ESTABLECER OBJETIVOS RAZONABLES Y CONSENSUADOS



ABORDAJE TERAPÉUTICO

1.- IDENTIFICAR EL TIPO DE TRASTORNO.

Utilización de escalas conductuales.

Proporcionan información de la percepción subjetiva del cuidador

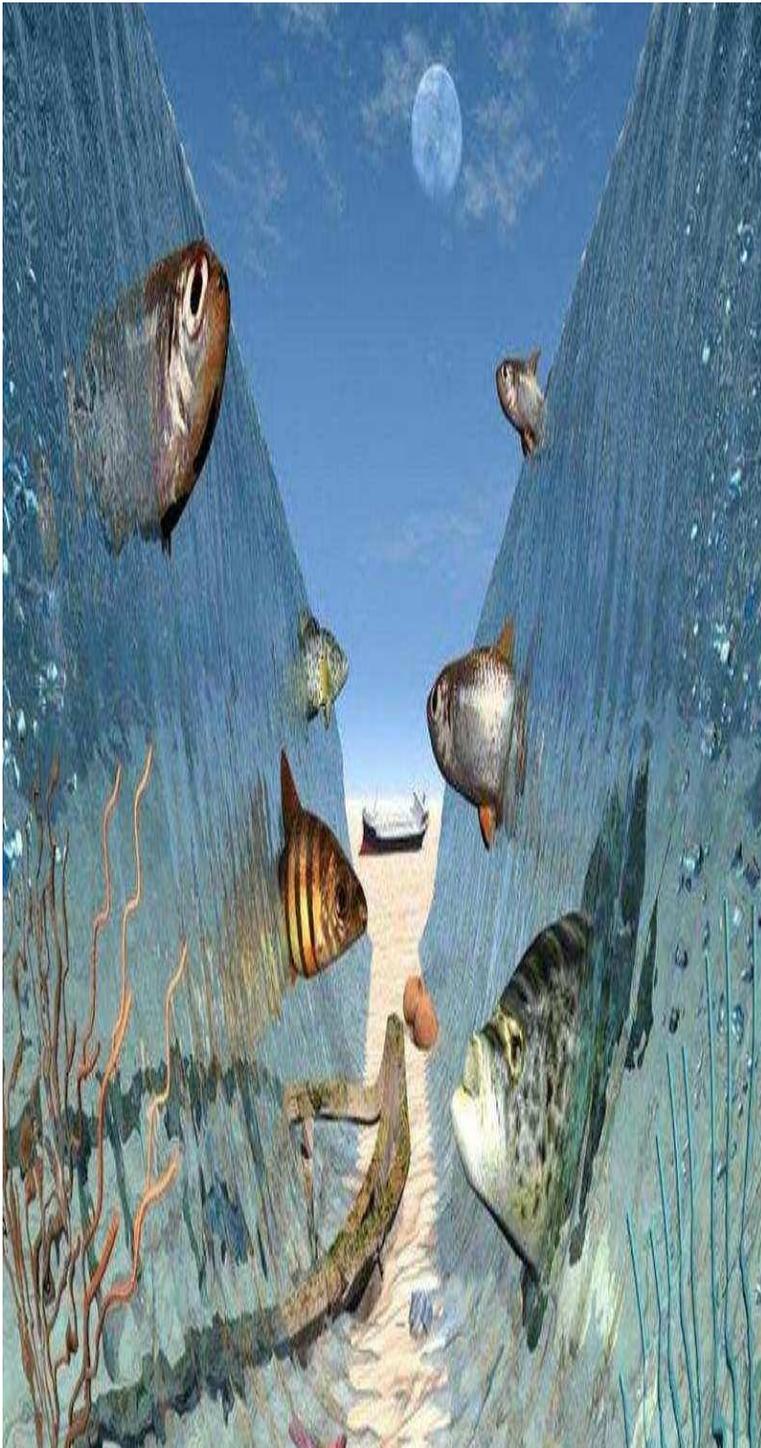
Planificación de una estrategia de acción eficaz



ABORDAJE TERAPÉUTICO

2.- EXCLUIR CAUSAS CONCRETAS

- Dolor: artrosis, impactación fecal, retención urinaria.
- Deshidratación
- Infecciones
 - Más proclives a infecciones
 - La ausencia de fiebre no excluye
- Depresión mayor/síntomas psicóticos
- Descompensación de Enf. Crónicas.
- Yatrogenia
- Delirium (SCA)



ABORDAJE TERAPÉUTICO

3.- EXCLUIR FALTAS DE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN

- Cambios en las rutinas
- Cambios en los cuidadores
- Cambios en el entorno



ABORDAJE TERAPÉUTICO

4.- VALORAR LA GRAVEDAD DE LOS SINTOMAS

- Si los síntomas son molestos
- Para quién
- En qué contexto

- DEBE efectuarse una valoración de riesgos tanto para el paciente como para el cuidador



ABORDAJE TERAPÉUTICO

5.- ESTABLECER OBJETIVOS RAZONABLES Y CONSENSUADOS CON LA FAMILIA

- Establecimiento en función del estadio de la demencia
 - Estadío leve/moderado
 - Mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y afectivas
 - Estadío avanzado
 - Confort del paciente y de sus cuidadores.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

GENERALIDADES

- Se basa en la intervención ante los déficit cognitivos a través de la utilización de terapias blandas y en la posibilidad de modificar algunas de las conductas a través de actuaciones ambientales, relacionales y comportamentales.

- **AYUDAR, NUNCA SUSTITUIR.**

- **ANIMAR, POTENCIAR, ESTIMULAR.**

- **NO a las actitudes paternalistas.**



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

- Mantener la comunicación con frases cortas y simples.
- Seguridad en el domicilio.
- Mantener la independencia
- Comprensión y tolerancia
- Respeto de gustos y costumbres
- Expresar empatía
- Corregir defectos auditivos y visuales
- Higiene
- Estado nutricional e hidratación
- Ejercicio físico

• **¡¡ CONSERVAR EL BUEN HUMOR!!!**



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Mantener máxima actividad diurna
- No echar la siesta
- Indicar que es hora de acostarse
- Llevar al cuarto de baño
- Evitar programas de TV ruidosos



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

VAGABUNDEO

- Identificar al familiar con brazaletes, etc
- Incrementar actividad durante el día
- Facilitar la orientación
- Buscar causas posibles: ruido, aburrimiento



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

- Observar el estado de la dentadura
- Descartar disfagia
- Presentar la comida de manera apetecible
- Insistir, no forzar



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA

- No darle excesiva importancia
- Llevarle a un área privada
- Ser receptivo y amable.
- Ofrecer objetos que pueda acariciar



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

REACCIONES CATASTROFICAS

- Evitar el razonamiento: Nunca tratar de convencerle
- Dejar que descargue su ira, para luego tranquilizarlo
- Evitar situaciones confusas: rutinas, visitas a domicilio



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

EMPEORAMIENTO AL ATARDECER

- Para los enfermos resulta agotador estar todo el día intentando aclarar la confusión que hay a su alrededor
- Por la tarde hay más movimiento en las casas.
- Disminuir las actividades en ese momento del día.



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

AGRESIVIDAD

- Evitar confrontación, hablando en tono de voz suave
- Rehuir la agresión física
- Minimizar restricciones

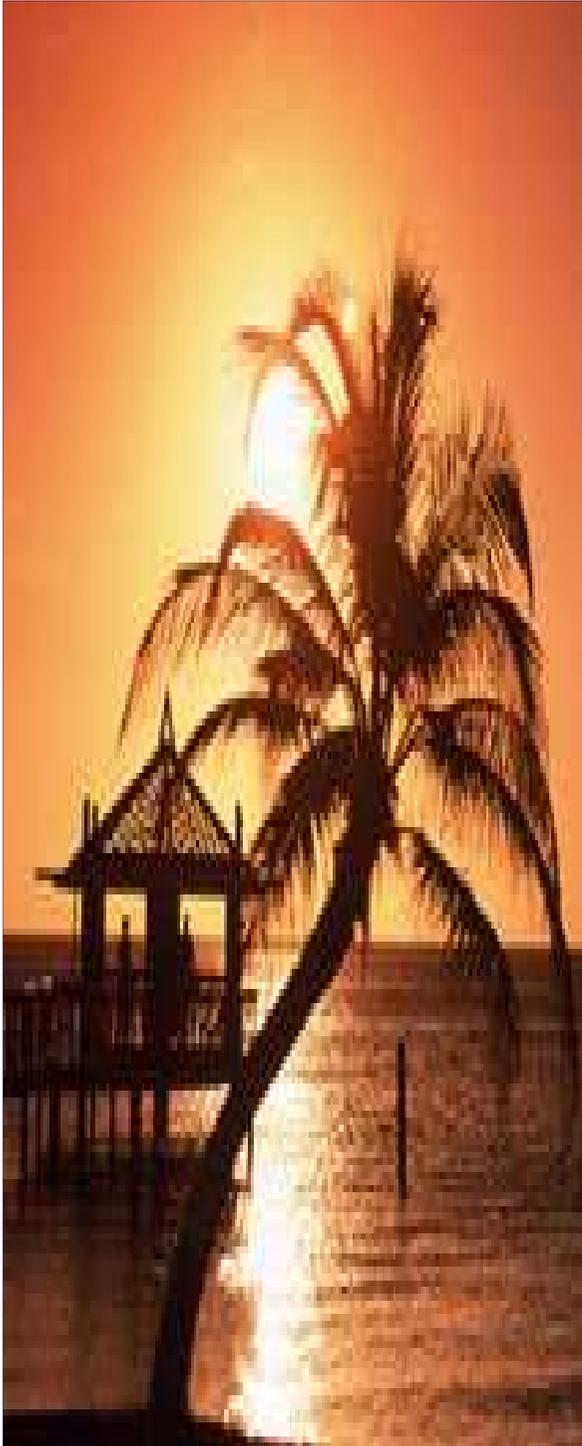


ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

ALUCINACIONES Y DELIRIOS

- Evitar convencerle de que su percepción no es real
- Actitud de tranquilidad
- Enfocarle en la parte “real” del delirio



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

APATIA /DEPRESION

- Ocupaciones en actividades favoritas
- Música con tempo fuerte para llevar el ritmo
- Utilizar el humor

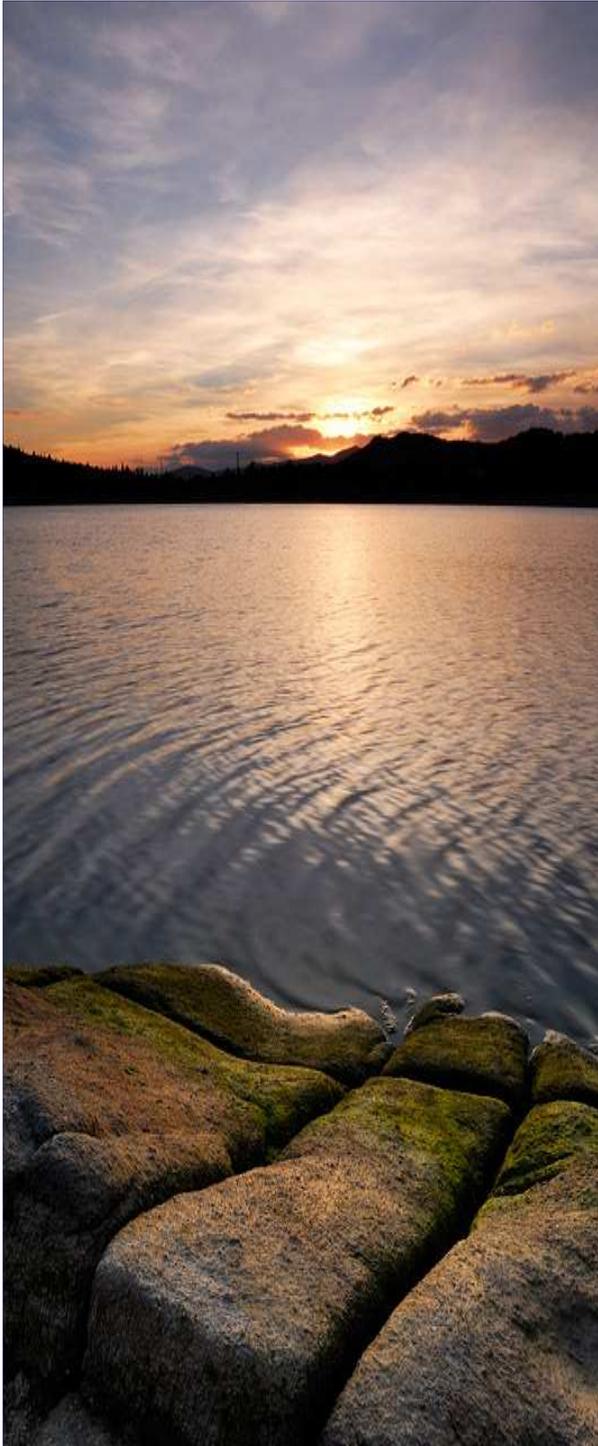


ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

ANSIEDAD

- Tomar en serio sus preocupaciones
- Concentrarse en las maneras de tranquilizarle
- Intentar dar explicaciones que tengan sentido en la realidad del paciente
- Tratar de distraer con actividades agradables



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

OPOSICIONISMO

- No insistir e intentarlo más tarde
- Tratar de ser flexible
- No hacer preguntas que se puedan responder con "sí" o "no".
- Ofrecer refuerzos positivos
- Tratar de que las cosas sean divertidas
- Mantener el sentido del humor



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA

Donepezilo, Galantamina, Rivastigmina

- *Mejoran la agitación y ansiedad, las alucinaciones visuales y la apatía.*
- *Son los fármacos de base indicados en el tratamiento de los SPCD*
- *Indicados desde las fases iniciales.*
- *Permiten reducir la dosis de otros fármacos (Antipsicóticos)*



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos tricíclicos

- *No utilizar*

ISRS

- *Seguros, bien tolerados y eficaces.*
- *Son de PRIMERA elección.*
- *Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram.*
- *Más sedantes: Fluvoxamina*
- *Menos interacciones: Sertralina, Citalopram y Escitalopram*



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos inhibidores de Serotonina y NA

- VENLAFAXINA

- Elevada potencia antidepresiva
- Indicado en Depresión, apatía, ansiedad

ATD liberadores de Serotonina y NA

- MIRTAZAPINA

- Indicado en Insomnio , ansiedad y alteración apetito

ATD inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas

- TRAZODONA

- Indicado en insomnio y agitación.



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

BENZODIAZEPINAS

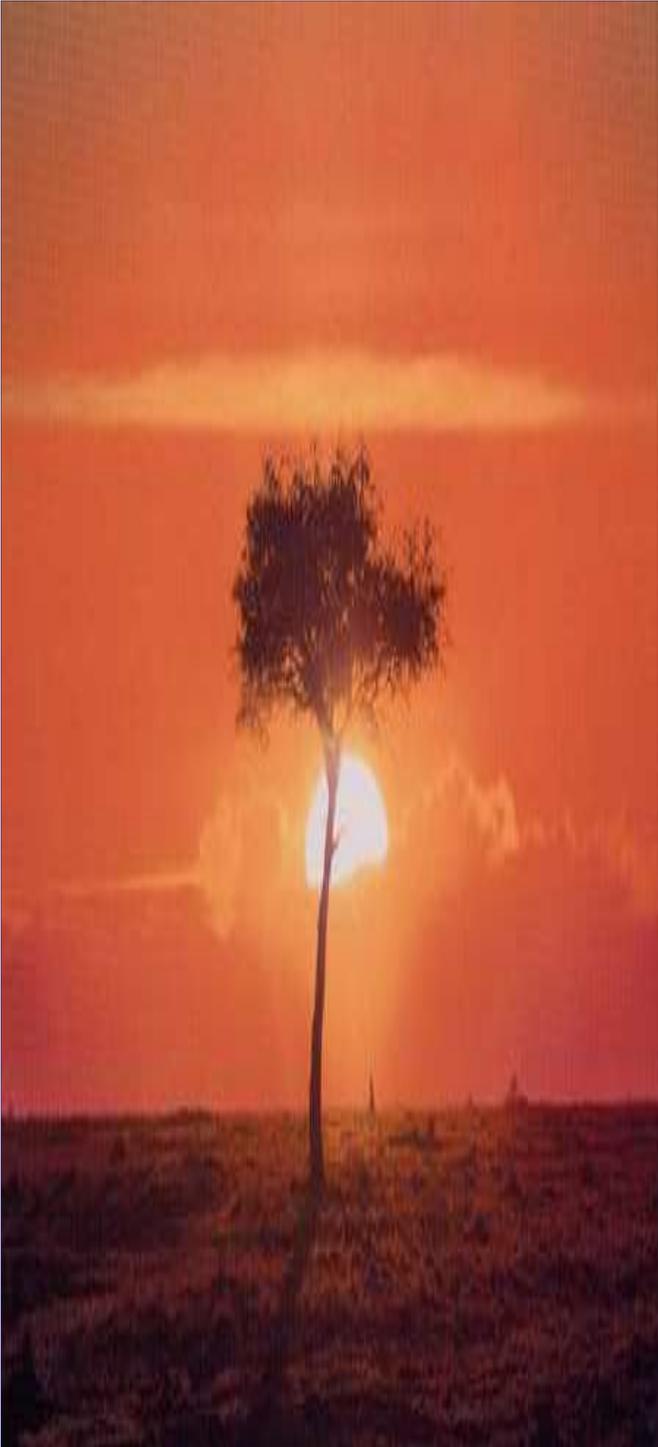
- Utilizar de vida media corta
 - Lormetazepam y Alprazolam
 - Menor riesgo de estado confusional y disminución del rendimiento intelectual.
 - Indicado en ansiedad, agitación e insomnio

HIPNOTICOS NO BENZODIAZEPINICOS

- Zolpidem /Zopiclona
 - Indicado en Insomnio de conciliación.

OTROS

- Clometiazol
 - Indicado en insomnio y agitación.



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

ANTIPSICOTICOS

- Indicados en cuadros psicóticos, agresividad y agitación psicomotriz
- ATÍPICOS:
 - Son de primera elección.
 - RISPERIDONA, OLANZAPINA, QUETIAPINA

UNICO FARMACO CON INDICACION EN TTO DE SPCD ES LA RISPERIDONA.



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

ANTICONVULSIVANTES

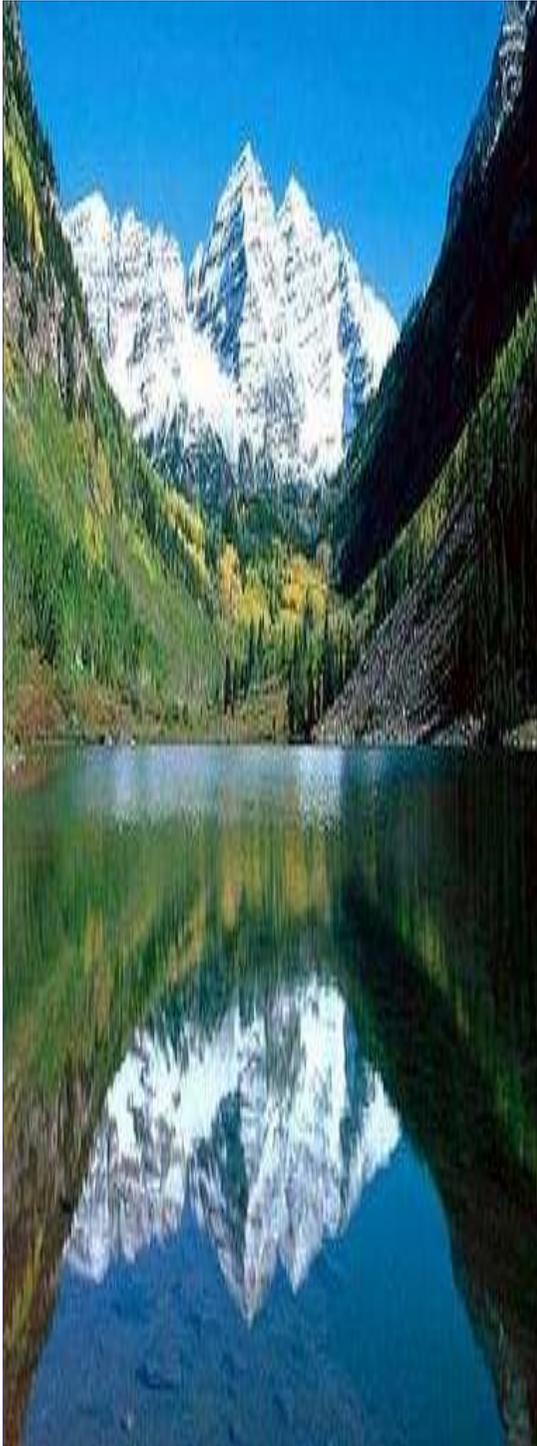
- *Estabilizadores del ánimo.*
- *Indicados en estados de agitación*
- *Gabapentina, Carbamazepina y Valproato.*

ANFETAMINICOS

- *Metilfenidato*
- *Indicado en la apatía.*

ANTIANDROGENOS

- *Indicado en la hipersexualidad*



ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento farmacológico

- **DELIRIOS.....ANTIPSICOTICOS**
- **ALUCINACIONES.....ANTIPSICOTICOS**
- **AGITACION/AGRESIVIDAD.....ANTIPSICOTICOS,
ANTICONVULSIVANTES**
- **DEPRESIONANTIDEPRESIVOS**
- **MANIA.....ANTICONVULSIVANTES**
- **INSOMNIO.....BZD, ANTIPSICOTICOS,
TRAZODONA**
- **HIPERACTIVIDAD SEXUAL.....MEDROXIPROGESTERONA
PAROXETINA**
- **APATIA.....METILFENIDATO**



*ME GUSTARIA QUE
ENTENDIERAS QUE ES MI
ENFERMEDAD, NO SOY YO,
LA QUE ESTA CAUSANDO
MI COMPORTAMIENTO*

*PERDONAME
POR QUERERTE*