

Perfil clínico de dos pacientes adultas mayores diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla

DEDICATORIA:

Dedico mi logro primero a DIOS por todas bendiciones, segundo a mi madre MARLENE ARRIETA por ser mi ejemplo de vida, superación y constancia, a mis hermanos que son mi orgullo, y siempre estuvieron conmigo en este proceso que es muy importante como profesional. Le doy gracias a la universidad Simón Bolívar por la formación brindada, a nuestra tutora por todos los conocimientos.

ATT: KAREN JIMENEZ

DEDICATORIA:

Este logro se lo dedico a mi mama, a mi hermana, a mi abuela y a mis amigos que estuvieron conmigo durante todo el proceso.

ATT: MAYRA GARCIA

Perfil clínico de dos pacientes adultas mayores diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

Presentado por: García, M.; Jiménez, K.

Tutora: Cardeño, M.

Universidad Simón Bolívar

Programa de Psicología

Barranquilla

2009.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
4. OBJETIVOS.....	15
5. MARCO TEORICO.....	14
5.1 ANSIEDAD.....	14
5.1.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	16
5.1.2 Criterios de Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	18
5.1.3 El Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada: El Modelo de Beck.....	21
5.2 PSEUDO-DEMENCIA.....	23
5.2.1 En le Pseudo-Demencia se Perfilan Diferentes Procesos.....	26
5.2.2 Para dar un Diagnostico de Pseudo-demencia.....	27
5.2.3 Diferencia entre Demencia y Pseudo-demencia.....	27
5.3 APATIA.....	29
5.4 ANHEDONIA.....	29
5.5 AGRESIVIDAD.....	31
6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE.....	35
6.1 Definición Conceptual.....	35

7. METODOLOGÍA.....	36
7.1 Paradigma de Investigación.....	36
7.2 Enfoque Metodológico.....	36
7.3 Población.....	37
7.4 Muestra.....	37
7.5 Muestreo.....	37
7.6 Delimitaciones espacio-temporales.....	38
7.6 Técnicas e instrumentos	38
8. RESULTADOS.....	39
9. CONCLUSIONES.....	42
10 RECOMENDACIONES.....	46

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

A través del proceso formativo como estudiantes de psicología surgió interés por una “nueva” enfermedad que estaba aquejando a los ancianos, enfermedad que esta directamente relacionada con estados crónicos de depresión, esta es la pseudos-demencia la cual se define como el deterioro cognitivo del ser humano, impidiéndole recordar nombres, y parte de su historia pero esta de alguna manera tiene recuperación pues como tal no existe un deterioro orgánico, ya que parte de la base de un cuadro depresivo crónico, sin embargo la falta de tratamiento a tiempo podría llevar al paciente a un cuadro demencial generando en este caso deterioro orgánico y toda la sintomatología propia de esta patología.

Ahora bien esta inquietud surge gracias a que durante la formación profesional se pudo percibir que la situación de la ancianidad en este país es grave, son pocos los centros de ayuda y apoyo al adulto mayor y pocas las personas interesadas en estudiar los por menores de las enfermedades de los ancianos, pudiéndose notar que cada día surgen nuevas patologías que afectan a esta parte de la población.

Es por esto que surge la necesidad de tomar como población a los habitantes de un hogar geriátrico de la ciudad de Barranquilla y escoger de manera no aleatoria a dos pacientes que estén diagnosticadas con pseudos-demencia, enfermedad en la que se identifican síntomas muy similares a los de la demencia tipo Alzheimer pues sus inicios son en la depresión crónica causando en quien la padece olvidos generando altos niveles de ansiedad y deteriorando su organismo de esta manera se realizo una valoración funcional de sus síntomas

pudiendo así realizar una caracterización de su perfil clínico, tomando como un punto importante los niveles de ansiedad que cada una maneja.

El propósito de este proyecto es el de abrir las puertas a este tipo de investigaciones y demostrar a otros la necesidad de indagar en este campo, sobre temas que por el envejecimiento acelerado de la población y el mayor control de natalidad de las grandes metrópolis se hará cada vez mas evidente y contrario a lo que piensan es muy enriquecedor poder hacerlo, puesto que es posible aprender de cada experiencia que se tiene durante el proceso.

De igual manera es importante recalcar que el propósito principal de la investigación es tomarlo en cuenta para mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad, desde su tratamiento y relación con la familia, hasta el cuidado por parte de enfermeras y supervisores.

2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La vejez no es solamente una etapa de la vida, es un proceso que se inicia desde el día que se nace hasta el momento de la muerte, es un acontecimiento normal que se da dentro del desarrollo evolutivo de cada ser viviente; la palabra vejez tiene una connotación especial, ya que es definida como el último periodo de la vida del hombre, la cual es llamada tercera edad o etapa del adulto mayor; Ésta actualmente se está evidenciando como un problema en el ámbito mundial, los habitantes del planeta cada vez envejecen más y para dentro de 50 años, más de la mitad de la población habrá envejecido (Rentaría Rodríguez M.T 2003). Por esto existe la necesidad de incluir en el mundo de la investigación esta parte de la vida del desarrollo del ser humano, y en especial al punto de vista patológico de esta etapa del hombre, ya que en la mayoría de las investigaciones realizadas al respecto solo se interesan por los aspectos sanos de los ancianos dejando de lado las enfermedades o patologías presentes en ellos.

Algunas de las enfermedades más comunes en los ancianos son: el trastorno de ansiedad, problemas de la memoria asociados al Alzheimer, así como también problemas demenciales y pseudo-demenciales, las investigaciones realizadas sobre estos temas podrían hacer un gran aporte a la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores, pues una vez obtenidos amplios conocimientos al respecto se pueden ayudar a controlar la evolución de dicha enfermedad implementando tratamientos mayormente efectivos que los que existen en la actualidad. La ansiedad es un trastorno emocional subjetivo, que se caracteriza por aprensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema

nervioso autónomo; de igual manera la manifestación de este trastorno se puede presentar a través de síntomas cognitivos, emocionales, conductuales o somáticos. Se puede notar en esta definición que este trastorno es bastante complejo, por lo cual el compromiso de funciones cognitivas podría ser asociado a otras enfermedades en el anciano, como la pseudo-demencia la cual se caracteriza por cuadros profundos de depresión y un deterioro a nivel cognitivo, mas exactamente de la memoria.

Sin embargo, existen esfuerzos teóricos alrededor de estos temas, como el de algunos profesionales en Argentina. Ellos (Garay, Fernández Bruno. 1998), médicos psicogeriatras, realizaron un estudio acerca de los trastornos de ansiedad en la tercera edad, en el cual plantean como se presentan estos trastornos en el anciano y cual son los más frecuentes en ellos, así como también cuales son las enfermedades asociadas a este trastorno y los motivos por los que se pueden presentar. Con estas investigaciones se puede notar la importancia que está tomando la vejez patológica, así como la necesidad que existe de buscar solución a los problemas que aquí se presentan.

Vale la pena aclarar que la vejez no es sinónimo de enfermedad ni de demencia, antes por el contrario, esta se puede dividir en dos definiciones las cuales plantean las características de cada condición de la vejez, distinguiéndose la vejez sana por la cordura y lucidez propias de su estado y la vejez patológica por la senilidad que la acompaña así como los diferentes trastornos que puede padecer este paciente.

La situación de la vejez a nivel mundial es muy variada se dice que los países Europeos están envejeciendo y que para dentro de algunos años mas de

la mitad de la población serán ancianos en América la situación varia un poco pues aun se tiene en cuenta el saber de los ancianos y su valor en cuanto a la historia contada de los pueblos, es por esto que en países como Colombia muchos ancianos aun viven con sus familias, pero no significa que muchos otros no estén desprotegidos y que no tengan los medios necesarios para cuidarse y pagarse los que necesitan en cuanto a alimentación y cuidado personal. En Colombia actualmente hay muy pocos asilos y de los pocos que hay solo algunos son dignos de poder vivir en ellos así como también; en Barranquilla la situación no es mejor la situación de alojamiento para ancianos es grave hay muy pocos hogares geriátricos que cumplan con todos los requerimientos de una residencia geriátrica, como personal medico, de cuidado y atención en caso de enfermedad.

Eso en el caso de los hogares geriátricos, en el caso de la investigación es peor pues son muy pocas las personas interesadas en estudiar esta parte de la vida, el interés común gira entorno a como obtener la vida eterna o a como mejorar la calidad de vida de los que aun conservan su juventud.

Es por eso que surge una pregunta de investigación, por que se considera que es importante para prevenir estas enfermedades y mejorar la calidad de vida de los que la padecen, de esta manera y habiendo aclarado aspectos teóricos acerca de la pseudo-demencia nace la siguiente inquietud:

¿Cuál es el perfil clínico de dos pacientes adultas mayores diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACION

A partir de intereses formativos acerca de la enfermedad de Alzheimer y el surgimiento de la pseudo-demencia como una enfermedad nueva y asociada a la primera y de la evolución que va teniendo esta enfermedad de manera acelerada, se tomó la decisión de estudiar y realizar un perfil clínico de dos pacientes diagnosticadas con pseudo-demencia teniendo como punto de partida el hecho que estas pacientes no están siendo medicadas, factor que influye determinantemente en la evolución de la enfermedad.

En el contexto anterior se ubica el interés de este estudio, el cual cobra relevancia por que coloca a los investigadores frente a una realidad que cada vez es más común en nuestro contexto, ya que a diario son mas los casos de personas diagnosticadas con pseudo-demencia así mismo el hecho de poder adquirir conocimientos científicos acerca de dicha enfermedad, le brinda al grupo de investigadores la posibilidad de aumentar sus conocimientos, así mismo permitirá en ellos el desarrollo de habilidades que les permitan conocer mas a fondo la realidad de estos pacientes y aún más si la investigación es adelantada por estudiantes de Psicología, disciplina que de por si está llamada a conocer describir e interpretar estas realidades humanas.

El estudio será visto desde el paradigma histórico hermenéutico porque se pretende conocer, describir, comprender e interpretar el fenómeno de estudio; es decir, tratar de describir el perfil clínico de dos pacientes con pseudo -demencia; la investigación se ubica en un enfoque fenomenológico ya que este dirige su atención a las experiencias subjetiva de las personas, y lo que se pretende con la investigación describir un perfil clínico en dos pacientes diagnosticadas con

pseudo-demencia, para que en un futuro no muy lejano se tengan en cuenta estos perfiles como un mecanismo de prevención y de esta manera no se vea tan rápido el deterioro progresivo de los ancianos que presentan una evolución acelerada del padecimiento de Alzheimer asociados al trastorno de ansiedad generalizada.

Esta investigación se realiza para muchas cosas entre esas tantas y vista en términos de beneficio favorecería primeramente a los estudiantes responsables de la investigación, ya que se enriquecerían sus conocimientos lo cual es de mucha importancia para su vida profesional, así mismo para el hogar geriátrico Siervas de Jesús, ya que este lugar se esmera por el bienestar de los ancianos y una investigación con estas características apoyaría a las trabajadoras de este instituto, pues con ella podrían mejorar la forma de tratamiento para los asilados que padecen la enfermedad. De igual manera para la Universidad Simón Bolívar sería beneficioso el hecho de adelantar investigaciones con ancianos lo cual es muy trascendental ya que en el ámbito nacional la única universidad que trabaja con ancianos y en la investigación con estos es la universidad Javeriana colocando a la universidad Simón Bolívar al mismo nivel de otras universidades.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el perfil clínico de dos pacientes adultos mayores diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús.

Objetivos específicos

1. Realizar una valoración funcional de dos pacientes diagnosticadas con pseudo-demencia, para caracterizar sus síntomas.
2. Interpretar la ansiedad en dos pacientes adultos mayores diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.
3. Reconocer síntomas de anhedonia, apatía y agresividad en dos pacientes diagnosticadas con pseudo-demencia, institucionalizadas en el hogar geriátrico siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

5. MARCO TEORICO

5.1 Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno del cuerpo humano que se puede presentar en cualquier persona, pero que bajo condiciones normales puede ayudar al mejoramiento del rendimiento y la adaptación al medio en el que se desempeña ya sea social, laboral académico y/o familiar. La función que cumple en el organismo es la de movilizarlo frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que se haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizándolo, asumiéndolo o afrontándolo adecuadamente en caso de ser necesario.

A pesar de esto, cuando la ansiedad sobrepasa los límites que permiten la adaptación, se puede convertir en un problema de salud que afecta todo el sistema, impidiendo el bienestar e interfiriendo de manera significativa en las actividades sociales, laborales, familiares y/o intelectuales de quien lo padece. A largo plazo se dice que la ansiedad podría ser lo suficientemente importante en la vida del hombre como para requerir un tratamiento que mantenga la enfermedad controlada en unos niveles que permitan la adaptación al medio.

De esta forma se puede encontrar que la manifestación de los síntomas puede ser muy variada pudiendo así clasificarse en diferentes categorías, como manifestaciones físicas, en la que se pueden encontrar dificultades orgánicas como: a nivel circulatorio taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho; a nivel respiratorio falta de aire, temblores, sudoración, a nivel estomacal molestias digestivas, náuseas, vómitos “nudos en el estomago, alteraciones en la alimentación, a nivel muscular tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo,

sensación de mareo e inestabilidad. A nivel neurofisiológico se pueden presentar alteraciones del sueño, la alimentación y la actividad sexual, esto tomando en cuenta que la actividad neurológica sea muy alta.

Por otra parte se encuentran las manifestaciones psicológicas encontrándose problemas como: inquietud, agobio, sensación de amenaza y/o peligro, ganas de huir, de atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para la toma de decisiones; en los casos más extremos se puede encontrar el miedo a la muerte, la locura o el suicidio producto de un alto grado de desesperación.

De igual forma y ligados a las manifestaciones psicológicas están los síntomas asociados a la conducta en los que se encuentran: el estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, inquietud motora impulsividad, dificultad para mantenerse quieto o en estado de reposo. Los síntomas antes mencionados por lo general se encuentran acompañados de cambios a nivel de la expresión y lenguaje corporal como: Rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, posturas cerradas, tensión mandibular, Cambios en la voz, expresión facial de duda asombro o crispación, entre otras.

Así mismo están los síntomas intelectuales y/o cognitivos los cuales se manifiestan con: dificultades de atención, concentración y problemas de memoria, se presenta un aumento de los descuidos y la desorientación, la persona con niveles elevados de ansiedad hasta un punto patológico, presentan una preocupación excesiva, sus expectativas son negativas la mayoría de las veces, presentan pensamientos distorsionados, se incrementan las dudas, la tendencia a

recordar cosas desagradables, a sobrevalorar pequeños detalles que por lo general son desfavorables, presentan sensación de confusión y un abuso de la prevención y de la sospecha; interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, entre otras.

Asociados al proceso de socialización del ser humano y los cuales entorpecerían las relaciones interpersonales están los síntomas de carácter social los cuales son: Ensimismamiento, irritabilidad, dificultad para iniciar o seguir una conversación en algunos casos y en otros se presenta la verborrea, de igual forma bloquearse o quedarse en blanco a la hora de hacer una pregunta o dar alguna respuesta; presentan dificultades para expresar sus propias opiniones o hacer valer sus derechos, temor exagerado a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Hay que tomar en cuenta que la predisposición psicológica y biológica a algunos síntomas hace la diferencia en la forma que se presenta la enfermedad en cada persona; La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Tomado de clínica de la ansiedad 2001.

5.1.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Para trabajar este apartado del capítulo de ansiedad se tomo como referencia el artículo trastornos de ansiedad de el instituto nacional de salud mental de los Estados Unidos publicado en el 2008 en el cual se dice que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona

normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. La preocupación y la tensión son crónicas aún cuando nada parece provocarlas. Padecer este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con ese trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta. Es más común en las mujeres que en los hombres y con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas. Se diagnostica cuando alguien pasa cuando menos 6 meses preocupándose excesivamente por varios problemas diarios. En general, los síntomas de TAG tienden a disminuir con la edad. Sin embargo lo adecuado es seguir un tratamiento.

5.1.2 Criterios de trastornos de ansiedad generalizada

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV o del CIE-10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

5.1.2.1 Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de personalidad por ansiedad generalizada. (American Psychiatric Association)

Para diagnosticar a una persona con trastorno de ansiedad generalizada se deben tener en cuenta los 5 de los siguientes ítems:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej, Hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno

del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

5.1.2.2 Criterios CIE-10 para el diagnóstico de ansiedad generalizada. (Organización mundial de la salud).

Para el diagnóstico de la enfermedad con el CIE 10 deben tenerse en cuenta 4 de los 22 síntomas que este presenta incluyendo 5 de los que presenta el DSM-IV.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. Pautas para el diagnóstico. El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).

b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

5.1.3 El modelo cognitivo de la ansiedad generalizada: el modelo de Beck (1985)

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación- arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser ideosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud (Jarret y Rush, 1988). Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985).

1. Interferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto
2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo, del daño.
3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Beck (1985) añade que en los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones

5.2 Seudo-Demencia

El término de pseudo-demencia no deja de ser convertido. Fue empleado por primera vez por Wernicke, refiriéndose a estados histéricos crónicos que aparentaban deterioro mental. Mairet describió en 1883 cuadros de demencia melancólicas. Kiloh en 1961 diferencia distintos cuadros psiquiátricos como mimetiadores de clínica demencial. (Rodríguez A, García M, Losantos R, Moreno J, Sierra I, Fernández V, Olmedillo N, Martín A; 2002)

El concepto de pseudo-demencia ha cambiado desde aquellos que la consideran una demencia aparente que no se confirma con las pruebas

neuropsicológicas objetivas, a otros que admiten la posibilidad de mal rendimiento en las pruebas neuropsicológicas, pero que consideran que la evolución es benigna y progresiva.

El término pseudo-demencia pretende hacer referencia a un síndrome clínico en el que predomina una alteración cognitiva reversible que es indistinguible del “trastorno cerebral orgánico” y que generalmente, ha hecho referencia a trastornos depresivos que cursan como si de procesos demenciantes se tratara, es decir, refiriéndose a la demencia secundaria a un trastorno depresivo.

Caine define la pseudo-demencia como "un deterioro intelectual en pacientes con enfermedad psiquiátrica primaria en los cuales las anomalías intelectuales aparentan, al menos en parte, aquellos defectos cognitivos producidos neuropatológicamente. El deterioro neuropsicológico es reversible, y en apariencia no existe ningún proceso primario neuropatológico responsable de la génesis de este trastorno." (Caine, 1981).

Finalmente y siendo esta la definición más acertada, por su precisión, Rabins y Cols plantearon que la pseudo-demencia es un trastorno que se caracteriza por cuadros de profunda depresión, que suelen ir acompañados de un deterioro cognitivo. Los siguientes criterios para el diagnóstico de pseudo-demencia en las que sugieren que ha que ser precavidos pues en ella se puede presentar el deterioro cognitivo. Estos criterios son:

- Queja por la pérdida de la memoria de eventos específicos.
- Antecedentes de depresión.

- Ideas delirantes de culpa y sentimiento de inutilidad.
- Pérdida del apetito.
- Sentimientos de tristeza.
- Ausencia de signos de enfermedad vascular cerebral, extrapiramidal o Espino-cerebelosa
- Insomnio superior al 25% del tiempo de sueño.

5.2.1 En la pseudo-demencia se perfilan diferentes procesos (acuña, O. 1997)

- El síndrome de Ganser: descrito en 1898 en prisioneros de guerra, se caracterizan por respuestas inadecuadas con cierta proximidad a la correcta, dejando clara una comprensión. El fallo de las funciones es aparente y no concuerda con las distintas exploraciones y la actividad cotidiana. El final suele ser bruto y se acompañan de un cuadro de amnesia ulterior.
- Pseudo-demencia histérica: la teatralidad, los rasgos histriónicos de personalidad subyacentes, la indiferencia ante los fallos generados, en muchas ocasiones aparatosos (perdida del habla y memoria) en relación con algún antecedente traumático, la suelen caracterizar.
- Pseudo-demencia psicótica: Kraepelin llamó a la esquizofrenia demencia precoz. Tiene como elemento nuclear las graves alteraciones del pensamiento existentes.
- Pseudo-demencia simulada: argumentada en mecanismos gananciales, suele cursar con una normalización de las respuestas a medida que

se alarga la exploración, debido a la fatiga, y con marcadas disonancias comportamentales cuando el paciente cree estar solo.

- Pseudo-demencia depresiva: le preocupación del paciente por los contenidos depresivos disminuyen su atención hacia el mundo exterior dificultando la orientación y el conocimiento de los acontecimientos recientes (Folstein M. 1978).

5.2.2 Para dar un diagnóstico de pseudo-demencia

Llegar al diagnóstico de pseudo-demencia implica, establecer si las manifestaciones presentadas por el paciente corresponde con un auténtico cuadro demencial o si son debidas a un síndrome depresivo.

El diagnóstico de la pseudo-demencia es bastante clínico, argumentándose en el estudio de los antecedentes, el curso evolutivo, de la misma manera, los criterios de Caine resultan de gran importancia en el diagnóstico de la pseudo-demencia (Caine, 1981):

1. Alteración intelectual en el contexto de un trastorno psiquiátrico.
2. Alteración neurológica similar a la de la patología neurológica.
3. Reversibilidad de la alteración intelectual.
4. Ausencia de patología neurológica que justifiquen el cuadro.

Wells establece un esquema para diagnosticar la pseudo-demencia en varios aspectos:

- Historia y curso clínico:

Familia consciente disfunción

Inicio preciso

Síntomas de corta duración antes de la búsqueda de ayuda médica

Rápida progresión de síntomas

Antecedentes de trastornos afectivos.

- Quejas y conductas:

Gran queja de pérdida cognitiva

Quejas precisas de su disfunción

Remarca los fracasos

Pocos esfuerzos de las tareas

Comunica fuerte sensación de estrés

Pérdida precoz y marcada de hábitos sociales

Conducta incongruente con la gravedad de la disfunción cognitiva

Empeoramiento nocturno frecuente.

- Signos mnésicos y cognitivos:

Atención – concentración frecuente preservada

“no lo se” como respuestas típicas

En test de orientación responden a menudo “no se”

Pérdida mnésica para hechos recientes y remotos usualmente similares

Frecuentes lagunas mnésicas para sucesos o periodos específicos

Marcada variabilidad en la ejecución de tareas de similar dificultad.

5.2.3 Diferencia entre demencia y pseudo-demencia

Las diferencias entre demencia y pseudo-demencia se presentan según Levy-Attar de esta manera: “Sobre el plano clínico el hecho de las similitudes sintomáticas hace muy difícil su diferenciación. A pesar de ello el pseudo-demencia tiende a exagerar su incapacidad y no hace ningún esfuerzo, aún en las tareas más simples. Prefiere no responder o decir yo no sé. Las quejas son

frecuentes por su patología y se vuelven absolutamente pesimistas. Los problemas mnésicos son variables en el tiempo tocando tanto los antiguos como los recientes, o sea sin respetar la lógica de las pérdidas en la demencia. El pensamiento es indeciso con problemas de concentración, y el tiempo que toman en pasar un test es sumamente largo. En cuanto al demente, se queja poco de su déficit, y tiene tendencia a compensarlo con un discurso disgresivo o hiperdetallado, con falsas respuestas. Los problemas de memoria se dan sobre todo sobre los hechos recientes. El déficit se estabiliza en tanto se vuelve congruente a su repercusión social, predominando sobre las dificultades de adquisición. Los déficits son lentos y el comienzo vago (Levy A 1995).

Otras diferencias que se encuentran son: el comienzo de pseudo-demencia es claro, reciente o brusco, su progresión es irregular, antecedentes frecuentes, se da una notable alteración en lo afectivo, su ejecución es de pobre cooperación y esfuerzo, sus respuesta frente a un interrogante es: "no se", Mnesis corto plazo se muestra a veces defectuosa y Mnesis a largo plazo se encuentra alterada. En primer lugar produce: Cambio del estado de ánimo, su progresión es rápida, la duración es corta lo cual dura unos cuantos meses, las emociones que se pueden manifestar es ansiedad, tristeza y su actividad de la vida diaria es de menor deterioro

Por el contrario en la demencia su comienzo es insidioso, es progreso es lentamente, antecedentes infrecuentes, existe una buena cooperación, esfuerzo, poco ansiedad, sus respuestas frente a un interrogante es: "equivocación próxima", Mnesis a corto plazo se encuentra a menudo defectuoso y a largo plazo no se encuentra alterada En primer lugar produce: Cambio cognitivo, su

progresión es lenta, la duración es bastante larga, es decir, durante muchos años, las emociones que se manejan son ansiedad, tristeza y rabia, y por último las actividades de su vida diaria son problemas con su realización (Redin M, 1985).

5.3 Apatía

El diccionario de la real academia de la lengua española dice que la apatía es la falta de vigor, dejadez, falta de energía o impasibilidad del ánimo, tomando esto como punto de partida y relacionándolo con la temática que aquí se está tratando, se puede ver que en los pacientes que padecen patologías como Alzheimer, depresión y pseudo-demencia es muy común este síntoma, lo cual caracteriza al paciente como una persona de movimientos lentos, aislada, sin ningún interés particular en la vida, poco expresivo, indiferente, desmotivado frente a cualquier tipo de actividad.

En el caso de los pacientes con pseudo-demencia se puede ver que la apatía es más común de lo que se cree, en especial para los que se encuentran institucionalizados, pues por sus dificultades de memoria y orientación se les prohíbe la salida y circulación en el centro sin compañía o supervisión, lo que los va aislando de los demás y de los mismos cuidadores tornándolos agresivos, lo que llevaría a relacionar la apatía con la agresividad en estos casos.

El DSM IV explica que la apatía podría incluirse en los “cambios de personalidad por causa de una enfermedad médica” aquí especifica varios síntomas que harían parte de la posible enfermedad desinhibido, lábil, apático, paranoide, agresivo, refiriéndose específicamente al síntoma de apatía describe

algunas características del mismo en la persona que la padece como: cara inexpresiva, escaso interés y falta de motivación.

Por otra parte Marin 1997 describe la enfermedad como un síndrome neuropsiquiátrico...

...la apatía se manifiesta en forma de disminución de la actividad dirigida a una meta por falta de motivación, no atribuible a un trastorno del intelecto, emoción o nivel de conciencia. Según este autor los criterios utilizados para su diagnóstico giran en torno a falta de motivación respecto al nivel de funcionamiento previo, el grupo de edad y el grupo cultural y se evidencia por tres aspectos fundamentales, la disminución de la cognición, la disminución de la conducta y la disminución de la emoción...

Es claro como el autor deja ver las consecuencias que puede tener la apatía en quien la padece y explica de manera clara como un paciente con el síntoma apático puede enlentecer todo su sistema, desde lo cognitivo hasta lo conductual, pudiendo perturbar significativamente la socialización del hombre; en el caso del adulto mayor con esta característica su vida se ve afectada pues en la actualidad el solo hecho de ser anciano ya es sinónimo de aislamiento social y de deterioro, ahora con una patología que tenga una sintomatología que involucre la apatía como una de las característica principales del trastorno el viejo muy seguramente perderá con mayor facilidad cualquier interés por la vida o por las cosas que antes le ingresaban, deteriorándose mucho mas rápido que un joven o un adulto joven, siendo cada vez menores las posibilidades de una recuperación rápida y positiva.

5.3.1 Depresión y Apatía

Se hace necesario aclarar entonces las diferencias entre depresión y apatía, pues aunque ambas presentan una disminución en la motivación para la apatía es su característica principal, pero para la depresión no es un síntoma obligatorio por lo menos dependiendo del grado en el que se encuentre; para especificar la diferencia que tienen estas dos se puede decir que: “la apatía es una afectación del funcionamiento ejecutivo, principalmente de los componentes relacionados con la iniciativa, junto con déficit de la motivación (disminuida) mientras que la depresión es una alteración (disminución) del estado afectivo” (Guallart p. 3; Marin 1997)

Para determinar algunos síntomas haciendo un análisis diferencial de la apatía y la depresión se puede ver que en esta última el paciente se encuentra angustiado, negativo, con sentimientos de inutilidad, ideas irracionales, sentimientos de culpa exagerados, pesimista, vacío y en especial triste; en el caso de la Apatía la persona que la padece se caracteriza más por el sentimiento de indiferencia frente a las cosas que lo rodean y a diferencia de la depresión la persona no presenta pensamientos negativos solo la falta de motivación.

5.4 Anhedonia:

Dentro de todas las definiciones que se encontró para conceptualizar Anhedonia esta fue la más acertada en la cual la anhedonia es la incapacidad para generar placer, en la cual se encuentran la pérdida o falta de interés a las actividades diarias; como lo plantea Ribot en 1897 el creador del término anhedonia la que consiste en “bloqueo de la capacidad de recompensar ante

estímulos habitualmente reforzante”; Sin embargo el concepto ha variado, por ejemplo el doctor Héctor H. hace referencia que es la ausencia de la vivencia del placer físico, en sentimientos placenteros en una situación anormal y de agresividad. Otro concepto es “perdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades” (DSM-III, 1980). Existen autores como por ejemplo Berstein y Riedel, 1987 los cuales plantean que la anhedonia trata de algo transitorio en la depresión y una característica que dura toda la vida en la esquizofrenia.

En un cuadro de depresión la anhedonia se presenta en un grado profundo de aislamiento de la persona con el ambiente y de si mismo. Con una paciente diagnosticada con pseudo demencia la anhedonia se ve marcada de manera significativa, pues es la característica principal en estos pacientes pierden el interés por cualquier cosa que pueda producirles algún tipo de placer, comer, dormir, caminar y con mayor frecuencia se va haciendo mas notable el aislamiento social.

J. Olivares en el 2007 tocando la parte estructural del cerebro dice que la anhedonia se genera de la siguiente manera:

...las estructuras cerebrales que se encargan de los mecanismos de recompensa y de experimentar placer se alteran y esto se expresará en cambios en el patrón de señales. Este cambio puede o no penetrar en la conciencia del sujeto. En los casos en los que el paciente es consciente del cambio y asumida la naturaleza «negativa» del síntoma este debe experimentar una atenuación o desaparición de las experiencias de recompensa que constituyen la base de los sentimientos de los seres humanos. Este tipo de experiencia se puede percibir en los sujetos con depresión que refieren una incapacidad para disfrutar como un cambio en lo que era habitual en ellos, como algo nuevo que afecta a todas las actividades que en su momento

disfrutaban. El sujeto puede referir este cambio espontáneamente o no ser capaz de reconocer el cambio...

Es claro que estas dificultades solo sería posibles si hubiese una patología que afectase o se involucrase de manera directa el funcionamiento cerebral como la depresión o el Alzheimer siendo estas dos enfermedades en las que se presenta la anhedonia como un síntoma y las directamente involucradas en esta investigación, sin descartar muchas otras en las que el funcionamiento cerebral tiene participación y la anhedonia es uno de sus principales síntomas.

5.5 Agresividad

La agresividad es un estado emocional el cual consiste en generar sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. Esta conducta busca herir física y/o psicológicamente al otro, además hace referencia a un conjunto de actividades las cuales presentan alteraciones de manera intensiva ya sea por medio de la agresión física o expresiones verbales que se dan en situaciones donde quien lo padece se siente amenazado pudiendo ser directas o indirectas, llegando al punto de hacerse daño a si mismo. Estos patrones se presentan cuando los movimientos van acorde con el fin de conseguir un propósito que por lo general es la agresión. Para Weisinger 1988, la raíz de la conducta agresiva es la ira "una sensación de disgusto debida a un agravio, malos tratos u oposición y que normalmente se evidencia en un deseo de combatir la posible causa de ese sentimiento". Estas conductas pueden manifestarse con carácter puntual y reactivo, frente a situaciones concretas de manera adaptativa.

Según Wilson 1980 las conductas agresivas constituyen a una mezcla de diversos patrones de conductas y que están en funciones distintas por lo tanto se dan de formas diferentes como: la agresión territorial que consiste en mostrarle señales frente al intruso; la agresión por dominancia es en la cual se ven involucrados quienes quieren establecer el nivel de poder, de jerarquía ya sea de prioridades o beneficios; agresión sexual presenta formas de expresiones que reflejan profundamente el grado de respeto personal que se dan entre si los miembros de una cultura; Agresión parental disciplinaria, es la implementada por los progenitores con el fin de enseñar conductas y establecer límites a los menores; agresión moralista son formas avanzadas de altruismo recíproco que pueden dar lugar a situaciones de sutil o de hostilidad. Y por ultimo agresión irritativa producida por el dolor o por estímulos psicológicos adversos, tomado de Valzelli, 1983; Scott, 1958.

Por otra parte se conocen al menos seis áreas en el cerebro relacionadas con la agresión, como por ejemplo la amígdala y el hipotálamo, que forman parte del sistema límbico; posiblemente estas áreas actúan en el control de diversos patrones de agresión y en la cual se describen tres tipos diferentes de comportamientos agresivos, por lo que dos de ellos hacen referencia a conductas biológicamente instintivas; el primero manifiesta una actitud depredadora, con una condición de defensa ante un peligro. El segundo hace referencia a un comportamiento defensivo; un tercer tipo de comportamiento agresivo es la agresividad social, es decir, se relaciona con la posiciones de jerarquía dentro del grupo.

De igual manera la actividad cerebral humana integra niveles de agresividad complejas, tanto así que sus manifestaciones pueden darse de forma

concreta, simbólica y abstracta. Mclean plantea que el cerebro humano integra tres subsistemas: cerebro básico o reptiliano, el cerebro emocional y el neocortex. El cerebro reptiliano se encuentra vinculado a pautas de conductas, como por ejemplo las relativas a la alimentación, caza, emparejamiento, competición, imitación, dominancia y agresión, la cual tiene relación con el uso de territorio. El segundo cerebro está representado neurológicamente por el sistema límbico permite la capacidad de incorporar las actividades del presente con las experiencias del pasado y esto permite pautas en la que trae consigo respuestas variadas y complejas. Y por último el tercer cerebro permite la capacidad de anticipar, como puede hacer con el pasado, el presente y el futuro, sin embargo la información que recibe del mundo físico y social no es de manera directa, sino a través del cerebro límbico y del cerebro reptiliano por esta razón realiza una distinción en la agresividad por lo que siente y lo que sabe.

La agresividad en un adulto mayor es una conducta muy común para esta población, puede ser un mecanismo de reacción debido al sentimiento de inferioridad, baja autoestima o incluso al desarrollo de una enfermedad como Alzheimer u otras patologías que tienen como característica sintomática la agresividad, partiendo de esto se dice que el adulto mayor presenta una incapacidad que no reconoce ni expresa con facilidad y es importante destacar esta conducta como signo de alerta. Por lo que al principio se dificulta el interactuar con personas que presenten este síntoma, sobre todo porque los eventos mentales que se generan se dan de manera inmediata, la desconfianza y la agresividad, tanto así que al intentar razonar con estos pacientes las emociones fuertes suelen bloquear la capacidad para asimilar información, hay quienes manifiestan estas conductas por condiciones externas y otras en cambio

son reacciones ante un estímulo que pasarían inadvertidos para otros, con una carga de agresión exagerada.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica que se llevo a cabo para esta investigación se pudo encontrar que un gran numero de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer o patologías relacionadas con esta presentan como síntomas comunes la agresividad física y verbal. En algunos casos esta agresividad puede ser en contra de si mismos y de sus cuidadores. Estos síntomas pueden corresponder a descuidos o comportamientos imprudentes, por ejemplo dejar fuego encendido, no medir distancias, ni consecuencias de sus actos, además se presentan episodios de fuga; En algunos casos estos síntomas no solo son dirigidos hacia los cuidadores sino también a otras personas que se encuentran alrededor como familia y amigos del paciente ya que estas reacciones suelen ser puntuales y no persistentes, dependiendo de la enfermedad se puede decir que los síntomas son controlables con medicación pudiendo así la conducta agresiva mejorar mediante intervenciones terapéuticas y farmacológicas.

A partir de lo anterior es importante recalcar que la agresión es un patrón de respuestas que se obtienen de estímulos ambientales determinados en el caso de las personas que no tienen patologías pues para los enfermos de Alzheimer o pseudo-demencia la agresividad es producto del mismo deterioro mental y físico que van presentado con la evolución de la enfermedad y la incapacidad de poder realizar actividades que antes hacía con total libertad; de esta manera se puede ver que las conductas agresivas se caracterizan por cólera, actos de desobediencia ante la autoridad, amenazas verbales y no verbales, daños materiales, deterioro en actividades y relaciones sociales, discusiones, puesto que estos individuos suelen ser impulsivos, intolerantes y no reconocen su problema.

6. DEFINICION DE LA VARIABLE

6.1 Definición conceptual

6.1.1 PSEUDO-DEMENCIA

Rabins y Cols plantean que la pseudo-demencia es un trastorno que se caracteriza por cuadros de profunda depresión, que suelen ir acompañados de un deterioro cognitivo.

Estos autores plantean algunos criterios para determinar una pseudo-demencia:

Quejas de pérdida de la memoria de eventos específicos.

- Antecedentes de depresión.
- Ideas delirantes de culpa y sentimiento de inutilidad.
- Pérdida del apetito.
- Sentimientos de tristeza.
- Ausencia de signos de enfermedad vascular cerebral, extrapiramidal o espino – cerebelosa.
- Insomnio superior al 25% del tiempo de sueño.

7. METODOLOGIA

7.1 Paradigma de investigación

El paradigma de la investigación es histórico hermenéutico, ya que este dirige su atención a los aspectos y significados que tienen las personas de su realidad; la realidad entre el sujeto y el objeto se establece a partir de la comunicación interactivo, dialógica y a través de una relación empática. Aquí el investigador le interesa el momento histórico que vive la persona (el aquí y el ahora.), Las realidades sociales interpretadas en su contexto, como la simbolización y la forma en que sienten esa realidad que les toca vivir. Teniendo en cuenta la definición anterior, el grupo investigador se centro en indagar sobre la sintomatología de la pseudo –demencia y métodos de investigación, con el fin de coordinar el proceso investigativo.

7.2 Enfoque metodológico

El enfoque metodológico que se utilizara en la presente investigación es el fenomenológico, que es definido como “disciplina de la filosofía, que trata de explicar la manera como el investigador percibe la realidad de modo objetivo, llegando a lo mas profundo del objeto para darle una interpretación o sentido”. Teniendo en cuenta la definición anterior el trabajo investigativo se basará en la experiencia y los significados que las pacientes elaboren de su enfermedad y la relación con el mundo, ya que la manera como el individuo comprende su cotidianidad es la piedra angular de la interpretación fenomenológica

7.3 Población

Para la realización de la presente investigación el grupo investigador tomó como punto de referencia a cincuenta pacientes adultos mayores institucionalizados en el Hogar Geriátrico Sierva de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

7.4 Muestra

Para la realización de la presente investigación se tomo como muestra a dos pacientes adultas mayores diagnosticadas con pseudo-demencia institucionalizadas en el Hogar Geriátrico Sierva de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

7.5 Muestreo

El muestreo no aleatorio e intencional, porque se escogió a dos ancianas, que cumpliera con las necesidades metodológicas y epistemológicas de grupo investigador, puesto que de este modo se logrará un buen manejo al momento de estudiar el caso del sujeto, ya que permitirá estudiar el perfil clínico en dos pacientes adultas mayores diagnosticadas con pseudo-demencia.

7.6 Delimitaciones espacio-temporales

La delimitación espacio-temporal de esta investigación es la siguiente: espacio, Hogar geriátrico Siervas de Jesús y tiempo un año pues seria este el tiempo límite para entregar la investigación.

7.6 Técnicas e instrumentos

- ✓ Observación-----registro anecdótico
- ✓ Análisis de historia clínica-----protocolo
- ✓ Evaluación de funciones psicológicas superiores-----formato test

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos del proceso de observación con las pacientes en el hogar geriátrico Siervas de Jesús fueron los siguientes:

Al elaborar perfil clínico de las pacientes diagnosticadas con pseudo-demencia y que se encuentran institucionalizadas en el hogar geriátrico Siervas de Jesús en la ciudad de Barranquilla, permitió ver la evolución de la enfermedad, su deterioro físico, orgánico, cognitivo y de memoria, asimismo sus cambios a nivel personal y familiar, además el establecimiento de sus síntomas como: apatía, anhedonia, agresividad, Partiendo del hecho que la pseudo-demencia es una enfermedad que se desarrolla en estados depresivos profundos se puede decir que las pacientes permanecen la mayor parte de tiempo en estado de tristeza, se tornan agresivas, con el tiempo han desarrollado un estado de apatía frente a su vida y todo lo que las rodea.

Por otra parte a nivel de socialización se pudo ver que con el transcurrir del tiempo este se iba deteriorando cada vez más se notaban mucho más pasivas, decaídas y apáticas a todo lo que las rodeaba, como un aspecto particular de las dos se pudo ver que en un principio la visita de las observadoras era un motivo de gran alegría para ellas pero después de un tiempo se tornó algo agresivo, ofensivo hasta el punto de no dejar pasar a sus visitas de la puerta a menos que fuesen sus familiares; por parte de la socialización con los otros habitantes del hogar en realidad no era muy positivo, pues la paciente M se comportaba de manera muy agresiva con todas las personas por lo que casi no la saludaban o la visitaban, en el caso de la paciente T, solo se relacionaba con su vecina de la

habitación contigua se caracterizo por ser muy reservada con su vida y lo demostró durante todo el proceso con las personas que la rodeaban.

A nivel físico y orgánico se pudo ver que la paciente M presento un gran deterioro físico y al parecer orgánico también pues en las ultimas visitas realizadas se pudo ver que usaba pañal pues ya no controlaba sus esfínteres y estaba en silla de ruedas por una caída que sufrió y de a cual no se recupero, se noto cada vez mas triste y agresiva y nunca nos recordó.

Por lo cual permitió con esto realizar un perfil clínico de los adultos mayores que padecen esta patología, las cuales presentan altos niveles de ansiedad, agresividad, apatía y anhedonia. En primer momento los niveles de agresividad son altos, frente al hecho de estar institucionalizadas, una de ellas en especial afirma no estar a gusto en ese lugar pues siente que se han olvidado de ella y en realidad no recibe muchas visitas de sus familiares, a diferencia de la otra que su agresividad va mas enfocada a la reserva frente a su vida y no le gusta que se involucren en sus aspectos personales lo que dificulto el proceso para acceder a ella. Su respuesta en común entre las dos pacientes ante estas situaciones es agredir física y/o verbal ya sea así mismo o a las otras personas, en las que se encuentran los cuidadores, familiares y amigos.

Con el análisis característico elaborado se tuvieron en cuenta mediante los objetivos de esta investigación, la valoración funcional de las dos pacientes diagnosticada con pseudo-demencia, el establecer los niveles de ansiedad y como los manejan, llevando así a concluir los niveles altos de ansiedad que puede además generar agresividad frente a ciertas situaciones en la que se sientan amenazadas, este patrón agresivo se puede dar de diferentes maneras,

como así mismo y a los demás, entre ellos se encuentran los cuidadores y familiares, ya sea de forma física y/o verbal. Es importante destacar como síntoma, la anhedonia por lo que se caracteriza por la falta de interés que tienen frente a ciertas actividades en su vida y su entorno. Y por último la falta de motivación frente a ciertos estímulos que generan movilidad o equilibrio.

Y por último las características que presentaron las pacientes a la llegada de las observadoras de manera general fueron: depresión, apatía, agresión, anhedonia, indisposición a cualquier situación o actividad que requiera esfuerzo o movimiento, al mismo tiempo deterioro físico, emocional, motor y cognitivo.

9. CONCLUSIONES

Por otra parte se puede decir que para las investigadoras fue de mucho provecho realizar esta investigación pues pudieron afianzar sus conocimientos en el área clínica más específicamente en psicogeriatría lo que les da una mejor perspectiva del área de trabajo, con respecto a la investigación se logró identificar las diferencias entre depresión y apatía y determinar que las pacientes podrían en un inicio tener una depresión con características apáticas, avanzando hacia una pseudo-demencia pudiendo llevarlas por la falta de un buen tratamiento a una demencia tipo Alzheimer o tipo senil; lo que permitió orientarse durante la realización del perfil pudiendo ubicarlas dentro de la pseudo-demencia con los síntomas adecuados.

Cabe anotar que se considera que los objetivos fueron alcanzados satisfactoriamente pues se logró identificar los síntomas que estas pacientes tenían y el origen de estos, pudiendo hacer unas recomendaciones que podrían optimizar su plan de tratamiento.

Este proceso tuvo una duración en observación de tres meses lo que permitió ver como las pacientes presentaban falsas mejorías y aumentaban en su deterioro, tanto físico como emocional y psicológico en el caso de la paciente M. No se realizaron más observaciones pues se notó que empezó a ser algo repetitivo y estereotipado dando siempre los mismos resultados en cada sesión.

Dentro de los inconvenientes presentados estuvo la indisposición de la paciente M para recibirnos en más de una ocasión, lo que en algunos momentos retrasó el proceso sin embargo no fue algo que entorpeciera los resultados antes ayudó a

corroborar los niveles de ansiedad que la paciente manejaba así como las características agresivas que no se tenían en cuenta para pacientes con pseudo-demencia.

10. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se hacen a partir de esta investigación son:

1. Que las pacientes inicien un proceso terapéutico en compañía de las familias para mejorar la calidad de vida.
2. Que sean atendidas por un equipo interdisciplinar que incluya fisioterapeuta y terapia ocupación parte de lo que ya reciben, medicina, neurología, y psicología.

3. Que se realicen investigaciones al respecto con temáticas como:

Conceptualización de la pseudo-demencia y las consecuencias de la misma.

Involucrar el tema de la agresividad como una consecuencia determinante de la ansiedad en pacientes pseudo-dementes

4. Que se sigan realizando investigaciones en la temática de pseudo-demencia pues es un tema del cual no hay mucho contenido teórico pero que cada vez se hace mas frecuente y el cual si se descubre a tiempo podría ser reversible.

BIBLIOGRAFIA

MARTINEZ, J. A. Envejecimiento normal. Trastornos mentales, funcionamiento y principios generales de asistencia psicogerétrica. Disponible en: www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a11.htm.

CASTRO DONO, C. Ansiedad generalizada. Guías clínicas. #4. 2004. Artículo obtenido de www.fisterra.com/guia2/ansiedad.asp.

DEL ALAMO, A; VICARIO CARDEL, A; ALVAREZ RAÑA, R.; URIBE CRISTÓBAL; M. Diagnóstico y tratamiento de una pseudo demencia depresiva en un paciente anciano. Revista electrónica de geriatría y gerontología. Vol. 5, #2. 2003. Disponible en www.geriatrianet.com.

GABAY, P.; BRUNO, M. Trastornos de ansiedad en la tercera edad. 1998. Disponible en www.gador.com.ar/iyd/ansie2/gabay.htm.

SANTANDER TORO, J. Depresión en el adulto mayor. Universidad pontificia católica de Chile. Vol. 29, #1 y 2. 2000.

RABINS y colaboradores. Pseudo – demencia. Febrero de 2003. Disponible en www.hipocampo.org/rabins.asp.

Fundación Alzheimer de Venezuela. EL mal o la enfermedad de alzheimer. Disponible en www.muieresdeltercermilenio.hpg.ig.com.br/alzheimerenferm.htm

RAMÍREZ DIAZ, S. Geriatria y enfermedad de alzheimer. Magazine Alzheimer. #18. Marzo de 2004. Disponible en www.fundacioace.com/magazinealzheimer/

ALARCÓN, E; ROLONG, J; SALDAÑA, M. Depresión como factor desencadenante de pseudo-demencia en dos adultos mayores institucionalizados en la residencia geriátrica Siervas de Jesús de la ciudad de Barraquilla. Universidad Simón Bolívar. 2006.

ACUÑA O; trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos. et col. En anual del residente de psiquiatría. Tomo 1 litofinter s.a Madrid 1997; 881 -887

RODRÍGUEZ A, GARCÍA M, LOSANTOS R, MORENO J, SIERRA I, FERNÁNDEZ V, OLMEDILLO N, MARTIN A; pseudo-demencia depresiva, ¿depresión o demencia?; Psiquis, 2002; 155 – 163; disponible en http://www.psiquis.com/art/02_23_n04_A03.pdf.

CAINE ED; pseudo-demencia: archivo psiquiátrico, 1081;38: 1359-1364

GUALLART M, PAÚL-LAPEDRIZA N. Y MUÑOZ-CÉSPEDES JM. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet, Rehabilitación Neuropsicológica de la apatía. Disponible en www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Guallart.pdf

VAZELLI, L. " psicobiología de la agresión y la violencia". Alhambra Universidad (1983).

WEISINGER, H. "Técnicas para el control del comportamiento agresivo". Martínez Roca, Barcelona (1988).

WILSON, E.O. Sociobiología. Harvard University Press. Londres 1980. En:
http://www.biopsicologia.net/fichas/page_4779.html

GERARD, R Psicología en la Universidad de Concepción. Una comunidad abierta a los aportes de todos los interesados en la psicología (2002). APSIQUE disponible en: <http://www.aloja.cl/pdf/agresividad.pdf>

RENTERIA, M.T Geografía del Envejecimiento: el Presente de los Países desarrollados y el futuro de los Países en desarrollo (2003). Persona y Bioética Vol 7, N° 18 disponible en:
<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/958/1861>

ANEXOS

