Universitat per a Majors

Curso académico 2019/2020

Prof. Mamen Pastor

1

## Cronología Sesiones

- **Sesión I:** Definición de Regulación Emocional. Estrategias. Bases Neurales
- **Sesión II:** Diferencias individuales en Regulación Emocional: Sexo / Género
- **Sesión III:** Diferencias individuales en Regulación Emocional: Edad
- **Sesión IV:** Trastornos del estado de ánimo: Ansiedad & Depresión

2

# Emociones...

- Se producen como respuesta a un estímulo (interno o externo)
- Implican cambios en 3 niveles: Experiencia Subjetiva, Conducta & Fisiología (Central / Periférica)
- Difieren en función del CONTEXTO & PERSONAS

Las emociones han permitido nuestra supervivencia y siguen favoreciendo la adaptación humana, pero para que el funcionamiento sea adaptativo, es preciso que sean flexibles acorde a la situación

3

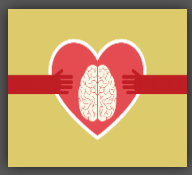
# *Definición de Regulación Emocional*

"Intentos deliberados por influir voluntariamente en *qué* emociones tenemos (negativas/positivas), *cuándo* las tenemos, y *cómo* las experimentamos (sentimos) o expresamos" (Gross, 1998)

**Estrategias de Regulación Emocional:**
Selección de la situación, modificación de la situación, distracción, revaluación cognitiva, supresión...

4

## Diferencias individuales



*Diferentes estrategias pueden ser usadas para regular las emociones → Cada persona nos diferenciamos en las estrategias que utilizamos*

- **Género: ¿Regulamos por igual mujeres y hombres?**
- **Personalidad: ¿Cómo influyen los rasgos de personalidad?**
- **Cultura: ¿La cultura influye en cómo regulamos nuestras emociones?**

5

## Regulación Emocional, ¿Diferencias?

**Mujeres** → Utilizan más estrategias que los hombres (tanto adaptativas como desadaptativas)

- *Rumiación, Reevaluación, Afrontamiento, Supresión, Búsqueda de apoyo social*

✓Aunque utilicen más estrategias adaptativas no disminuye afecto negativo → ¿Eficacia de Regulación Emocional?

**Hombres** → Regulan las emociones una vez que se han producido (*estrategias centradas en las consecuencias*)

6

# Implicaciones clínicas y salud

**Mujeres:**

- Trastornos del estado de ánimo: depresión
  - ✓ Mayor número de síntomas depresivos severos.
  - ✓ Más probable el desarrollo de Depresión Mayor en respuesta a un evento estresante.
- Mayor prevalencia de fobias específicas y fobia social, así como otros trastornos de ansiedad.

**Hombres:**

- Trastornos de conducta
- Adicciones (abuso de alcohol, drogas…)

7

# Trastornos del Estado de Ánimo

- Trastornos de salud mental
- Alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva, pérdida de place, nostalgia por el pasado → DEPRESIÓN
- Alteraciones emocionales consistentes en periodos de inquietud, miedo ante el futuro, anticipación de consecuencias negativas → ANSIEDAD

8

## Regulación Emocional & Ciclo Vital

Aquí se parte desde el enfoque del ciclo vital en el cual se tiene como base el principio de que el envejecimiento no es un declive, sino un proceso continuo en el cual ocurren pérdidas y ganancias (en otras palabras, puede haber cierto "declive", pero también posibilidades de mejoría y desarrollo de habilidades).

9

## Emociones en Etapas Tardías

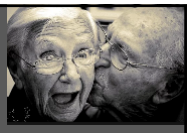
- Paradoja del Bienestar -- a pesar de las ***pérdidas*** en dominios ***físico***, ***cognitivo*** & ***social***, presentan ***mejores niveles de bienestar subjetivo*** vs. adultos más jóvenes.
  - ✓ *Menores niveles de afecto negativo*
  - ✓ *Menores niveles de depresión y ansiedad*
  - ✓ *Mayor afecto positivo*
  - ✓ *Eventos estresantes menos severos y amenazantes*
  - ✓ *Menor reactividad negativa después de un conflicto interpersonal*

**¿Cómo se podría explicar esta mejora en el bienestar subjetivo?** → ¿Dificultad para experimentar emociones?

*http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2163*

10

## Emociones en Etapas Tardías



1. **Cambios biológicos** (cambios cerebrales & hormonales, actividad cardiovascular…)

2. **Cambios motivacionales**
   - Incremento de la motivación para regular los estados emocionales
   - Mayor competencia para regular las emociones

**Teoría de la Selectividad Socioemocional**

11

## Teoría de la Selectividad Socioemocional (SOC)

| SELECCIÓN | OPTIMIZACIÓN | COMPENSACIÓN |
|---|---|---|
| **Elegir entre dos o más opciones atrayentes, o por el contrario, cuando se desea evitar el "mal mayor"** | **Incrementar el esfuerzo para seguir llevando a cabo la actividad de forma exitosa** | **Uso de métodos alternativos una vez que métodos anteriores ya no pueden ser llevados a cabo o no están disponibles** |
| Una persona no puede "hacer de todo", se debe centrar en las actividades que prefiere | Trabajar con ahínco para desarrollar el potencial que todos tenemos | Uso de "apoyos" como lentes, bastón, audífonos, pedir ayuda, para compensar declives |
| "¿Voy al cine o salgo a dar una caminata?", "¿Cuáles y cuántos hobbies puedo mantener?", ¿Cuál es mi prioridad? | | |

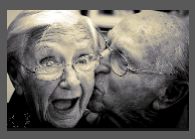
- *Adultos mayores compensan las pérdidas y aumento de eventos vitales negativos mediante la Selección & Optimización de estrategias de RE alternativas*

Carstensen (1993); Urry & Gross (2010)

12

## Relaciones Sociales y Regulación Emocional

- ✓ Evitan seleccionar ambientes socialmente tóxicos
- ✓ Más selectivas en relaciones interpersonales → redes sociales más pequeñas pero más íntimas
- ✓ Relaciones más predecibles

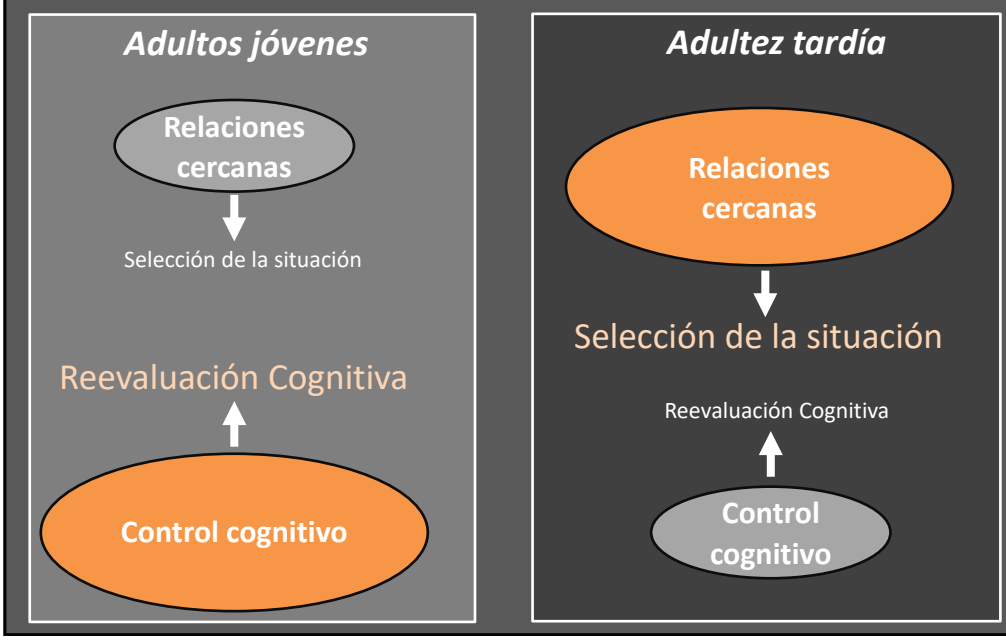


La selección de una red social adecuada puede ser una estrategia altamente efectiva para regular emociones

→ **Resolución de conflictos interpersonales**

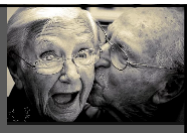
13

## Regulación Emocional en Etapas Tardías




14

## *Emociones en Etapas Tardías*



1. **Cambios biológicos** (cambios cerebrales & hormonales, actividad cardiovascular…)

2. **Cambios motivacionales**
   - Incremento de la motivación para regular los estados emocionales
   - Mayor competencia para regular las emociones

**Teoría de la Selectividad Socioemocional**

15

## Emociones en Etapas Tardías

¿Qué **cambios biológicos** relacionados con la edad se pueden relacionar con esas experiencias emocionales?

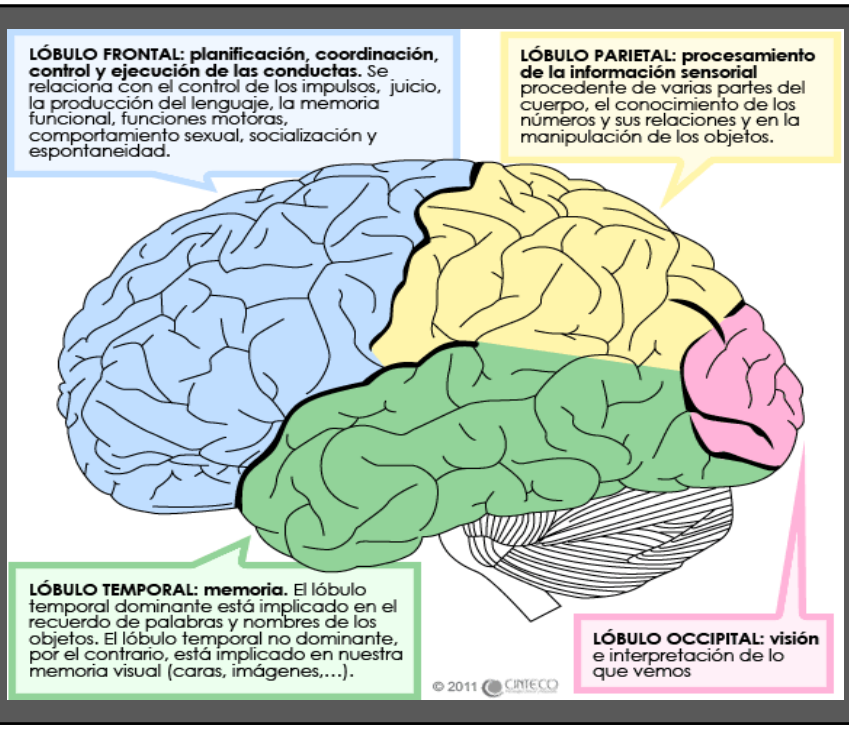
- Estructura y funcionamiento cerebral
- Cambios hormonales y activación de SNC/SNA
- Enfermedades neurodegenerativas
- Ansiedad y/o Depresión

16

## Envejecimiento y Cambios Biológicos

- Relevancia dada la relación entre cerebro y conducta
- Personas con un cerebro sano vs. Personas que han sufrido una lesión o alteración del funcionamiento normal.
- Causas de disfunción: daño cerebral adquirido (DCA: traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares o ictus, tumores…), enfermedades neurodegenerativas (demencias, esclerosis, Parkinson…), consumo de tóxicos, o trastorno mental.
- Consecuencias: alteración de los procesos cognitivos o intelectuales, psicológicos, emocionales y comportamentales

17




18

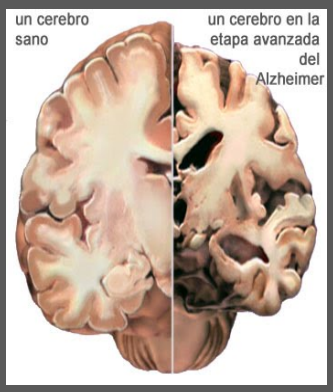
## CAMBIOS NEUROBIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA EDAD

- El proceso evolutivo provoca una serie de cambios en el organismo, en general, y en el sistema nervioso central (SNC) y autonómo (SNA), en particular.
- La pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas es un proceso normal asociado a la edad. No obstante, en algunos casos puede indicar una evolución hacia la demencia.
- Cambios neurobiológicos :
  - Morfológicos
  - Moleculares
  - Neurofisiológicos
  - Neuropsicológicos

19

## CAMBIOS MORFOLÓGICOS

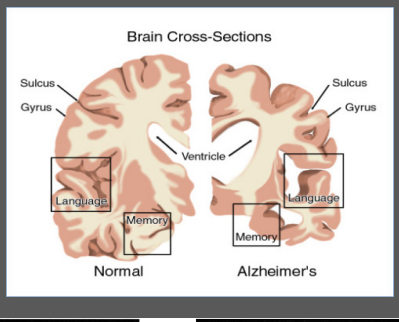
- Peso y volumen cerebral
- Pérdida de mielina y sustancia gris → ensanchamiento de surcos
- Lóbulos frontales, temporales y parietales son los más afectados en este proceso de cambio.

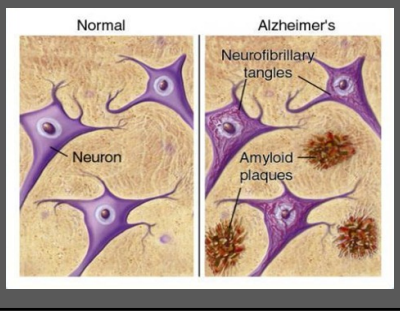


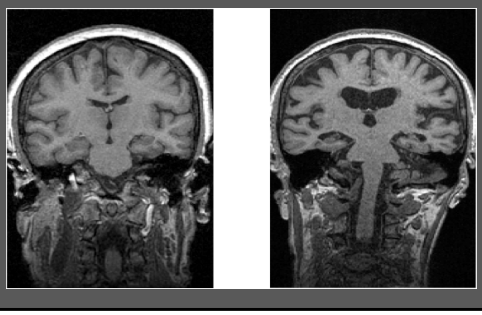

20

## CAMBIOS MORFOLÓGICOS

- Dilatación ventricular
- Deposición de β-amiloide
- Ovillos neurofibrilares



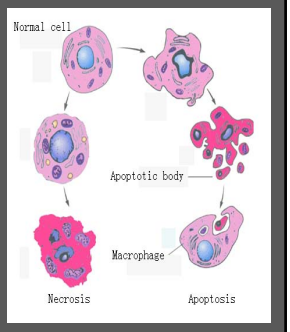



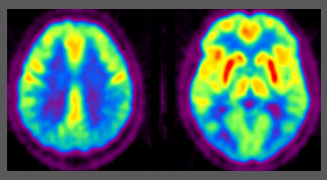



21

## CAMBIOS MOLECULARES y NEUROFISIOLÓGICOS

- Genes relacionados con el envejecimiento → Apoptosis (muerte celular programada por el organismo)
- Neurotransmisores (adrenalina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina…)
  - Sistema catecolaminérgico (depresión)
  - Sistema colinérgico (SNC, SNAP)
- Disminución del flujo sanguíneo cerebral
- Metabolismo de la glucosa-PET



22

# DOMINIOS COGNITIVOS I

## ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN

- ✓ **ORIENTACIÓN:** Capacidad que nos permite ser conscientes de la situación en la que estamos en cada momento.

- ✓ **ATENCIÓN:** Función cerebral cuya finalidad es la selección de, entre la multitud de estímulos sensoriales que llegan simultáneamente y de manera incesante al cerebro, aquellos que son útiles y pertinentes para llevar a cabo una actividad motora o un proceso mental.
  - **Atención sostenida**: mantenimiento del estado de alerta
  - **Atención selectiva**: detección y selección de los estímulos relevantes
  - **Atención dividida**: capacidad de atender a dos o más estímulos al mismo tiempo

https://www.youtube.com/watch?v=hWqWL9SH09o

23

# DOMINIOS COGNITIVOS II

## APRENDIZAJE Y MEMORIA

**CODIFICACIÓN**
(Registrar la información)

↓

**ALMACENAMIENTO**
(Organizar y retener la información)

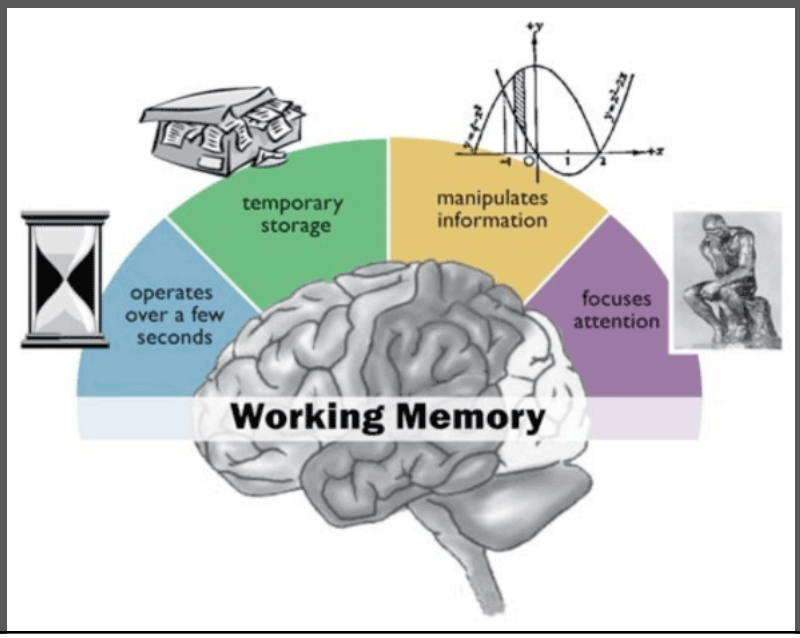
↓

**RECUPERACIÓN**
(Recuerdo y reconocimiento de la información)

**Memoria sensorial**
**MCP / MLP**
**Memoria de trabajo**

24

## DOMINIOS COGNITIVOS III




25

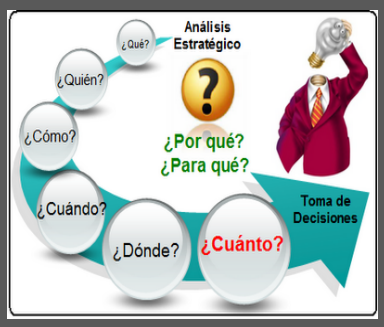
## DOMINIOS COGNITIVOS V

### FUNCIONES EJECUTIVAS

Capacidades mentales para formular objetivos, planificar, iniciar o inhibir una acción, así como de cambio y comprobación

Incluyen funciones como flexibilidad cognitiva, categorización, iniciativa, control emocional, toma de decisiones, control de impulsos, razonamiento abstracto, solución de problemas, producción de estrategias…

Grupo de habilidades cognitivas cuyo objetivo es facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas, más allá de conductas habituales y automáticas




26

## EMOCION/AFECTO Y CONDUCTA

Agresividad
Irritabilidad
Intolerancia a la frustración
Dificultad para el control de impulsos
Conducta social inapropiada
Desinhibición
Perdida de habilidades sociales
Conducta infantil
Falta de conciencia del problema
Apatía-falta de iniciativa
Ansiedad
Depresión

| EXCESIVO | DEFICITARIO | INADECUADO |
|---|---|---|
| - Impulsividad.<br>- Desinhibición<br>- Perseveración<br>- Verborrea<br>- Agresividad e irritabilidad<br>- Compulsividad<br>- Confabulación<br>- Distractibilidad<br>- Baja tolerancia<br>- Inflexibilidad | - Apatía y falta de iniciativa<br>- Falta de espontaneidad.<br>- Autocontrol<br>- Indiferencia afectiva<br>- Desmotivación<br>- Falta de HHSS<br>- Falta conciencia del déficit<br>- Despreocupación | - Egocentrismo<br>- Puerilidad<br>- Labilidad emocional.<br>- Falta de juicio social<br>- Rigidez del patrón de respuesta<br>- Conducta indiscreta.<br>- Jocosidad<br>- Conductas de riesgo<br>- Aislamiento social |

27

## FUNCIONALIDAD

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDs)

| | |
|---|---|
| **BÁSICAS** | Conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continuada de otros<br>• Actividades evaluadas: comer, controlar esfínteres, usar wc, arreglarse, vestirse, bañarse, trasladarse (cama, sillón), deambular, subir y bajar escaleras, etc. |
| **INSTRUMENTALES** | Conjunto de actividades que permiten a la persona adaptarse a su entrono y mantener su independencia en la comunidad<br>• Actividades evaluadas: hacer compras, usar el teléfono, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc. |
| **AVANZADAS** | Conjunto de conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida<br>• Actividades evaluadas: viajar, participación social, trabajos, jardinería y bricolaje, complejos, deportes, etc. |

28

## DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

Lesión que sufre el cerebro de manera súbita y afecta de manera directa al funcionamiento de la persona que la padece. Las causas más frecuentes son:

- Traumatismos craneoenfálicos (TCE)
- Accidentes cerebrovasculares o ictus (ACV)
- Tumores cerebrales.
- Otras como anoxias o hipoxias, procesos víricos o infecciosos…

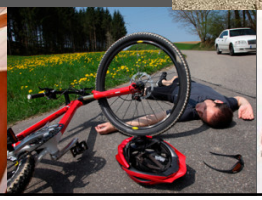
Entre las consecuencias del daño cerebral adquirido se encuentran **dificultades de atención** y **concentración**, **memoria**, **problemas de lenguaje y habla**, **dificultades para planificarse, organizarse, tomar decisiones, razonar o resolver problemas**, entre otros.

El daño cerebral también produce cambios emocionales y comportamentales como **desinhibición**, **impulsividad**, **irritabilidad** o **labilidad emocional**

29

## TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

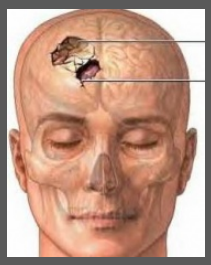
- Es la primera causa de muerte e incapacidad en la población menor de 45 años en los países desarrollados.
- Cada año se registran en España 80.000 nuevos casos de TCE generando una discapacidad grave en 923 de ellos.
- Causas:
  - Accidentes de tráfico ( 50-75%)
  - Caídas (ancianos y niños)
  - Accidentes laborales
  - Violencia
  - Deporte y ocio.



30

## TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

### TIPOS



- Clasificación clásica: Abiertos /Cerrados
- Según la localización:
  - Local: resultados de lesiones en **zonas concretas del cerebro**. Dependiendo del lugar de la lesión y del alcance de la misma producirá déficits en funciones determinadas, permitiendo el funcionamiento normal del resto de funciones cognitivas.
  - Difuso: causados por mecanismos como las fuerzas de aceleración, desaceleración y rotación, provocando cuadros clínicos de **déficit de atención y concentración, enlentecimiento en el procesamiento de la información**...

31

## TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

### CONSECUENCIAS

- Caso Antonio (caída):

http://www.youtube.com/watch?v=RwPkG_Nnkio&list=PLTjvXPbu9D_nlC_MzhoQz9kXcmWX2u8Fu

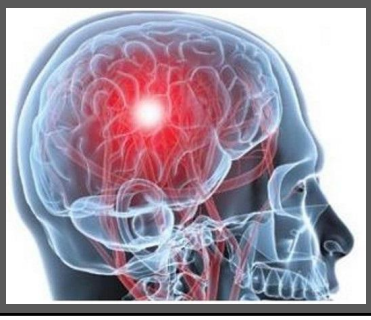
- Caso Rocio (accidente moto):

http://www.youtube.com/watch?v=2gqtRbK-BTg&list=PLTjvXPbu9D_nlC_MzhoQz9kXcmWX2u8Fu

32

## ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)

- Las enfermedades cerebrovasculares, principalmente el ICTUS, es la segunda causa de muerte en España (7,4% total de muertes)
- El ICTUS es la principal causa de muerte en las mujeres mientras que en los hombres son las enfermedades isquémicas de corazón.
- Cada año en España se registran 122.000 nuevos casos de ACVs, de los cuales 1394 presentan una discapacidad grave.
- Factores de riesgo de padecer un ictus:
  - Hipertensión
  - Colesterol
  - Tabaquismo
  - Obesidad
  - Diabetes
  - Antecedentes de enfermedad vascular
  - Consumo de alcohol y drogas
  - Malformaciones (aneurismas)



33

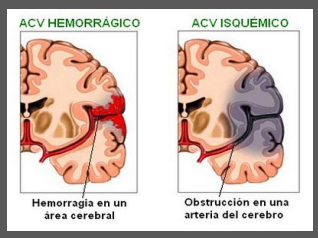
## ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)

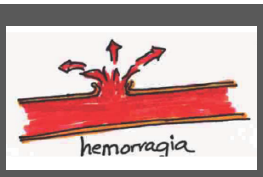
### TIPOS

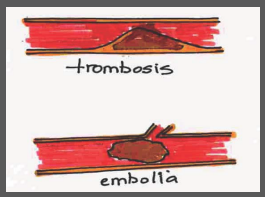
- Ictus hemorrágico

  Causado por la rotura de un vaso sanguíneo

- Ictus isquémico
  - Trombótico: Es el tipo más común, y se produce cuando un coágulo sanguíneo («trombo») obstruye el flujo de sangre a ciertas partes del cerebro.
  - Embólico: Es causado por un coágulo sanguíneo que se origina en otro lugar del organismo, generalmente el corazón, y viaja por la sangre hasta el cerebro. Este coágulo obstruye una arteria que conduce al cerebro o que se encuentra dentro de él.




34

## ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)

### ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

*"Una vida salvada puede ser vivida"*

Es muy importante saber reconocer a tiempo los síntomas para reducir de forma inmediata el daño cerebral.

Comienzo brusco de alguno de los siguientes síntomas:

- Vértigos
- Dificultad para hablar
- Piernas o brazos entumecidos o adormecidos
- Entumecimiento o adormecimiento de la cara
- Dolor de cabeza intenso y no habitual
- Dificultad para caminar
- Pérdida súbita de la visión de un ojo, o visión borrosa o limitada
- Mareos
- Dificultad para manejar los brazos o coordinar los movimientos
- Confusión general

http://www.sen-ictus.es/

35

## ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)

### CONSECUENCIAS

- Caso Patricia (tumor en el cerebro):

http://www.youtube.com/watch?v=afVGB32SgjY&list=PLTjvXPbu9D_nlC_MzhoQz9kXcmWX2u8Fu

- Caso Gladys (ACV trombótico):

http://www.youtube.com/watch?v=QAMknIeJ_II

36

## DEMENCIAS

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa que se produce por la **muerte de neuronas** de diferentes áreas del cerebro teniendo como consecuencia el deterioro progresivo del funcionamiento del individuo

Algunas de ellas son:

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia por cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal
- Demencia por Enfermedad de Parkinson

En las demencias es frecuente encontrar **problemas de memoria, de lenguaje, dificultad para orientarse así como el abandono de alguna de las tareas que antes realizaba**. En ocasiones aparecen alucinaciones, depresión o problemas de sueño y cambios del comportamiento.

37

## DEMENCIAS

En personas mayores de 65 años la demencia afecta entre un 2-5%. Se duplica cada 5 años alcanzando un 20% para personas mayores de 80 años, y un 25% para personas mayores de 85 años, es decir, una de cada cuatro personas.

**Tabla 6. Criterios DSM-IV de demencia**

*A.* Desarrollo de un déficit cognitivo múltiple caracterizado por:
  *1.* Deterioro de memoria (incapacidad de aprender nueva información o de recordar la previamente aprendida)
  *2.* Uno o más de los siguientes trastornos cognitivos:
    *a.* Afasia
    *b.* Apraxia
    *c.* Agnosia
    *d.* Alteración de las funciones superiores (contenido del pensamiento, abstracción, cálculo, juicio)
*B.* Los síntomas anteriores provocan un deterioro significativo en la relación social y/o laboral y representan un cambio importante respecto del nivel funcional previo
*C.* El deterioro no se explica exclusivamente por un cuadro confusional

Prevalencia según Edad:
4.2 % 65 y 74 años,
12.5 % 75 a 84 años,
27.7 % más de 85 años

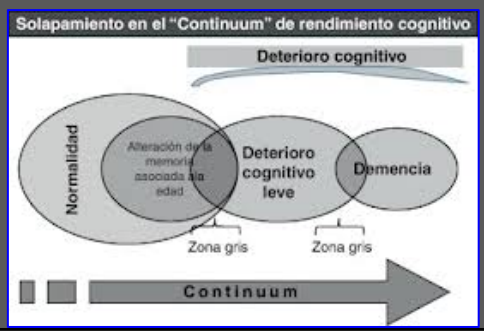
Según Género:
11.1 % en mujeres
7.5 % en varones

WHO, 2012

38

## DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

- El DCL no es una enfermedad sino un síndrome heterogéneo que refleja un estado preclínico de demencia.
- Se considera el estado intermedio entre envejecimiento normal y la demencia.
- El 18,6% de las personas con afectación cognitiva leve desarrollan una demencia en los siguientes 18 meses (Unverzagt, 2000).
- El paso entre las alteraciones cognitivas propias de la edad y una demencia es gradual y de manera lenta e insidioso.




39

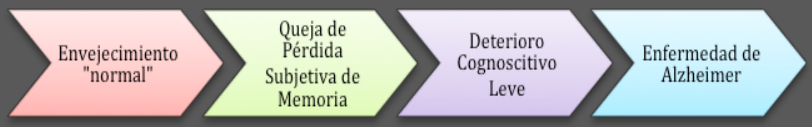
## DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Petersen, 1995)

1. Problemas de memoria referido por el paciente o por un informador.
2. Trastorno de memoria objetivable (rendimiento de memoria ha de estar por debajo de los valores normativos del test aplicado en la valoración para su grupo de edad y educación)
3. Ausencia de otros trastornos cognitivos y repercusiones en la vida cotidiana.
4. Funcionamiento cognitivo global normal.
5. Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

40

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)




- La EA se caracteriza por deterioro cognitivo de inicio insidioso y progresivo de aparición en la edad adulta.
- Es la causa más frecuente de enfermedad neurodegenerativa: 50-60% demencias.
  - 1-2% de la población
  - 5-10% mayores de 65 años.
  - 20-30% mayores de 80 años.
- Su prevalencia incrementa con la edad:
  - 0.6-1% en la franja de 60-65 años
  - 30% en edades iguales o superiores a 90 años.
- En España, de las 600.000 personas que sufren de demencia, 400.000 son EA.
- La EA de inicio precoz (< 60 años) es poco frecuente y tan solo representa el 1 y 3% de todos los casos.

41

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Presencia de múltiples déficits cognoscitivos que se manifiestan por:

(1) Deterioro de la memoria

(2) Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas

- Afasia
- Apraxia
- Agnosia
- Funciones ejecutivas

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social

C. El curso se caracteriza por inicio gradual y deterioro cognitivo continuo.

D. Se descartan otras enfermedades neurológicas, psiquiátricas, sistémicas y producidas por sustancias.

E. No aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium

42

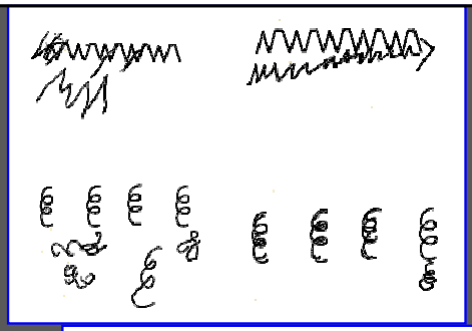
## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

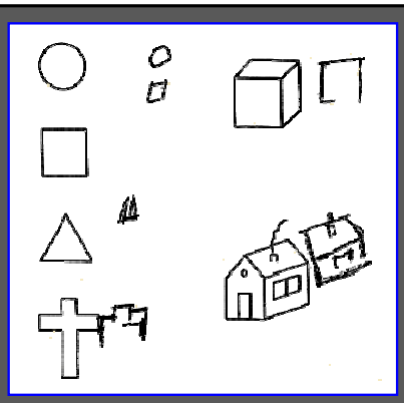
### CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

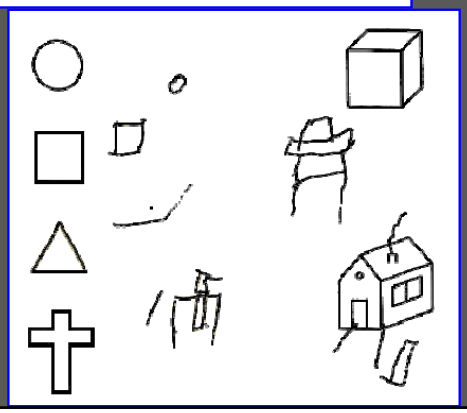
- AMNESIA: incapacidad de realizar nuevos aprendizajes
- AFASIA: anomia o incapacidad de denominar objetos
- APRAXIA: dificultades en reproducir movimientos manuales y ejecutar espontáneamente o por imitación gestos simbólicos.
- AGNOSIA: dificultades en el reconocimiento de objetos
- APATÍA: síntoma más frecuente, relacionado con la severidad del deterioro cognitivo
- AGITACIÓN: 70%. Relación directa con la edad de inicio de la enfermedad y la severidad
- DEPRESIÓN: Se considera que el antecedente de depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de EA

Mayor: prevalencia 1.5-25%
Menor: prevalencia 10-30%

43







AUDIO ISABEL
AUDIO FAMILIAR

44

## DEMENCIA VASCULAR (DV)

- La DV es un síndrome caracterizado por un deterioro de múltiples áreas cognitivas con alteración en las AVD, secundario a lesiones vasculares cerebrales
- Es la segunda causa más frecuente de enfermedad neurodegenerativa: 12-30% de las demencias.

**Tabla 3. Criterios diagnósticos DSM-IV de la demencia vascular**

*A.* Deterioro de la memoria
*B.* Afección de una o más de las siguientes funciones cognitivas:
  *1.* Afasia
  *2.* Apraxia
  *3.* Agnosia
  *4.* Perturbación de las funciones ejecutivas: planificación, organización, abstracción, etc.

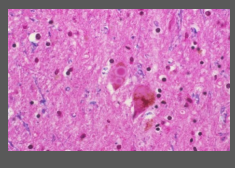
Los puntos 1 y 2 interfieren significativamente en las funciones sociales del paciente y representan un declive en el nivel de autonomía

*C.* Presencia de signos y síntomas focales neurológicos (hiperreflexia, Babinski, parálisis seudobulbar, ataxia) o de enfermedad cerebrovascular (infartos múltiples en córtex y/o sustancia blanca subcortical)
*D.* Los déficit no aparecen exclusivamente en el curso del delirio

45

## DEMENCIA CUERPOS DE LEWY

- Segunda causa de demencia luego de la Enfermedad de Alzheimer
- Principales características clínicas:
  - Deterioro cognitivo fluctuante
  - Rasgos psicóticos
  - Signos parkinsonianos



**Consorcio sobre la demencia con cuerpos de Lewy, 1996** [1]

1. El rasgo central es el deterioro cognitivo progresivo de suficiente magnitud como para interferir con la función social o laboral normal. En las fases iniciales puede no haber un trastorno de memoria notable y persistente, pero generalmente es evidente al progresar. Pueden ser especialmente acusados los defectos atencionales, fronto-subcorticales y visoespaciales.
2. Dos de los siguientes rasgos primarios son necesarios para el diagnóstico de *probable DCL* y uno para el de *posible DCL*:
   a) Fluctuaciones cognitivas con variaciones notables en atención y alerta.
   b) Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien estructuradas y detalladas.
   c) Rasgos motores espontáneos de parkinsonismo.
3. Rasgos que apoyan el diagnóstico:
   a) Caídas repetidas.
   b) Síncope.
   c) Pérdida de conciencia transitoria.
   d) Sensibilidad a los neurolépticos.
   e) Delirios sistematizados.
   f) Alucinaciones en otras modalidades.
4. El diagnóstico de DCL es menos probable en presencia de:
   a) Enfermedad cerebrovascular manifiesta como signos neurológicos focales o hallazgos de neuroimagen.
   b) Evidencia en el examen físico o complementario de otra enfermedad general o cerebral capaz de explicar el cuadro clínico.

46

## DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

- 10% de todas las demencias.
- La segunda en frecuencia en demencias pre-seniles.
- Síndrome heterogéneo.
- 50% de los pacientes tienen un antecedente familiar en primer grado.
- Causa desconocida.

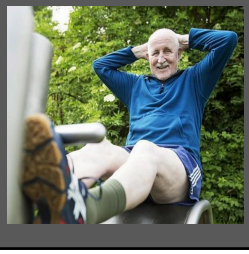
Tabla 1
*Criterios para el diagnóstico clínico de demencia frontotemporal del Grupo de Lund y Manchester (1994).*

| Criterios principales |
|---|
| **Trastornos de la conducta** |
| • Inicio insidioso y progresión lenta<br>• Pérdida precoz de la introspección personal, negligencia en el cuidado personal<br>• Pérdida precoz de la introspección social, descuido de las normas de buen comportamiento social<br>• Signos precoses de desinhibición<br>• Rigidez e inflexibilidad mental<br>• Conducta hiperoral<br>• Conducta perseverativa y estereotipada<br>• Conducta de utilización<br>• Distraibilidad excesiva, impulsividad, impersistencia<br>• Anosognosia precoz |
| **Síntomas afectivos** |
| • Depresión, ansiedad, sentimentalismo excesivo, ideación fija o de suicidio, delirio (en estados iniciales, transitorio)<br>• Manifestaciones hipocondríacas (en estados iniciales, transitorio)<br>• Indiferencia emocional, apatía<br>• Ausencia de iniciativa, inercia, pérdida de la espontaneidad |
| **Alteraciones del habla** |
| • Reducción progresiva del habla<br>• Estereotipias en el lenguaje<br>• Ecolalia y perseveración<br>• Mutismo, en fase avanzada |

47

## Envejecimiento Saludable

- En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años. Para 2050, las personas de 60 años o más serán 2.000 millones (más del 20% de la población mundial). Por tanto, es necesario prestar mayor atención a las necesidades particulares de las personas de edad.
- Para conseguir envejecer activamente es recomendable centrarse en 5 pilares (como medidas de prevención):
  - Controlar factores de riesgo de enfermedades (cardiovasculares, cáncer)
  - Mantener la actividad física y mental
  - Mantenernos participativos socialmente
  - Cuidar y equilibrar la dieta
  - Cuidar nuestra salud emocional



48

## Decálogo para llegar a los 90 con Buena Salud

1. Llenar la despensa de fruta: alimentos con nutrientes y sustancias altamente beneficiosas para nuestra salud. Sus antioxidantes son capaces de proteger nuestras células de los efectos de los radicales libres, que dañan las células aumentando el riesgo de padecer enfermedades cardiacas o cáncer.

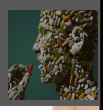
2. Caminar 30 minutos al día: todos podemos hacer ejercicio físico y nunca es tarde para empezar. Incluso las personas que tienen una movilidad muy reducida pueden ejercitar alguna parte de su cuerpo, siempre acorde a nuestra condición física y posibles limitaciones.

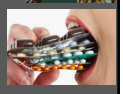
3. Disfrutar del hoy y del ahora con optimismo: el ser humano tiene presente, pasado y futuro. Sin embargo, el único tiempo que nos pertenece es el "presente". No vivir aquí y ahora implica un gran desgaste psicológico y hace que nos olvidemos de lo realmente importante, que es vivir y disfrutar "hoy" con el pleno conocimiento de que este momento nunca volverá a pasar. Evitar la nostalgia por el pasado y el temor por el futuro.

49

## Decálogo para llegar a los 90 con Buena Salud

4. Nunca tomar la pastilla que recomienda la vecina: muchas personas tienen tendencia a la automedicación. Las decisiones en cuanto a la toma o retirada de tratamientos en personas mayores deben recaer siempre en manos de profesionales.





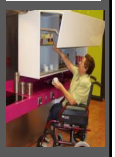
5. No tener reparo en usar el "bastón": a muchas personas mayores les cuesta decidirse a usar este elemento de apoyo porque tiene connotaciones peyorativas, pero nos puede salvar la vida en muchas ocasiones. Las caídas son un punto importante que limita la calidad de vida de las personas de edad y que puede llegar a provocar la muerte de la persona. Paliar el "miedo a volver a caer" (evitación conductual).

6. No pasar toda la vida con las mismas gafas: con el paso del tiempo y, al igual que ocurre con el resto de nuestro organismo, nuestros sentidos van sufriendo modificaciones que pueden alterar su función. Si estas alteraciones interfieren en la vida o en la calidad de vida de la persona mayor estaremos ante una enfermedad y no ante un cambio natural e imputable a la edad.

50

## Decálogo para llegar a los 90 con Buena Salud

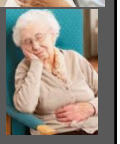
7. Apuntarse a clase: no importa de qué sea la materia (lectura, universidad para mayores, talleres de manualidades…). Nunca es tarde para aprender cosas nuevas; es el mejor de los estímulos para nuestra mente y un elemento esencial para proteger a nuestro cerebro de enfermedades como Alzheimer. Podemos estimular nuestra mente realizando ejercicios de memoria, leyendo y comentando cosas, haciendo programas específicos de estimulación, entrenando día a día a nuestro cerebro.



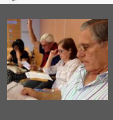
8. Hacerlo tú solo: las personas mayores no deben dejar que los demás hagan las cosas que ellos pueden hacer por sí mismos, siempre que su capacidad y salud lo permita. Preservar nuestra autonomía es esencial para conseguir un envejecimiento activo. Aunque sea de un modo más lento, las personas mayores deben seguir haciendo sus actividades o parte de ellas, les permitirá sentirse útiles. Eliminar barreras, obstáculos ambientales, instalar ciertos elementos de apoyo

51

## Decálogo para llegar a los 90 con Buena Salud



9. Dormir 7 horas al día: el sueño no solo sirve para que nuestro cuerpo descanse, sino para que nuestro cerebro module algunas de sus funciones, como puede ser grabar cosas en nuestra memoria (consolidar cosas que hemos hecho o aprendido durante el día). Existe relación entre dormir mal y desarrollar pensamientos negativos, con una influencia directa entre descanso y salud emocional. El sueño, por tanto, protege a nuestra mente.



10. Participar e implicarnos: ¿En qué? En todo. Mantener aficiones y compartirlas, colaborar con los demás en cuantas actividades nos apetezca… Son válidas desde las actividades lúdicas (viajes, participar en coros o teatro), hasta las actividades que suponen un compromiso activo para con los demás (voluntariado, enseñanza a otros colectivos). En definitiva, sentirnos partícipes con y por los demás.

52