

# Guía de Práctica Clínica

## Síntomas conductuales y psicológicos de los pacientes con demencia

### Resumen

El propósito de este trabajo es hacer una revisión de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SCPD) en sus aspectos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos, su relación con la institucionalización y sus efectos sobre los cuidadores, y ofrecer una recomendación para su manejo en la atención primaria.

### Introducción

La demencia es una enfermedad multidimensional asociada con deterioro cognitivo progresivo y síntomas conductuales y psicológicos<sup>1,2</sup>, siendo una de las enfermedades con mayor prevalencia en la vejez y mayor costo social<sup>3,4</sup>.

Los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD) son frecuentes y difíciles de manejar<sup>5,6</sup>, constituyéndose en la principal causa de institucionalización en estos pacientes<sup>7,8</sup>. La prevalencia de estos síntomas varía entre el 10 y el 90% con una media estimada de 44%<sup>2,9</sup>. Más del 50% de los pacientes ambulatorios con demencia presentan trastornos de conducta<sup>10</sup> y aunque los síntomas más estudiados en la demencia son aquellos relacionados con el deterioro cognitivo, los SCPD son los que determinan la calidad de vida que tendrán el paciente y su familia. De todas formas debemos señalar que existe una importante relación entre los SCPD y el deterioro cognitivo ya que a mayor deterioro cognitivo los síntomas conductuales son más frecuentes<sup>11</sup>.

Los SCPD constituyen un síndrome en sí mismo, su etiología es multifactorial y representan una situación de difícil abordaje para el equipo médico. También las enfermedades físicas, los síndromes neuropsiquiátricos, las medicaciones y los factores ambientales pueden ser causas o desencadenantes del mismo<sup>1</sup>. Ver cuadro 1.

**Cuadro 1: causas Médicas de los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia.**

<i>Orgánicas</i>	Infecciones (especialmente urinaria o respiratoria) accidente cerebrovascular reciente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, constipación, insuficiencia cardíaca, hipotensión ortostática, diabetes.
<i>Sustancias</i>	Fármacos, alcohol y drogas, abstinencia de sustancias.
<i>Sistema Nervioso Central</i>	Dolor, privación sensorial por alteraciones visuales o auditivas.
<i>Otras</i>	Desnutrición, traumatismo encefalocraneano inadvertido, fractura inadvertida.

Modificado del DSM-IV

### Aspectos clínicos y diagnósticos

Los SCPD incluyen síntomas provocados por alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta<sup>12</sup>. Ver cuadro 2.

**Cuadro 2: síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con demencia.**

<i>Síntomas Conductuales</i>	Agresión ( patear, pegar, morder, lastimar, gritar, insultar) agitación, vagabundeo, desinhibición sexual, preguntas incesantes, actividades de control.
<i>Síntomas Psicológicos</i>	Delirios, suspicacia, alucinaciones, ansiedad, depresión, insomnio, falsos reconocimientos, apatía.

El inicio de estos síntomas se manifiesta a través de cambios significativos en la conducta y el estado de ánimo<sup>13</sup>. Los pacientes muestran modificaciones en la personalidad, irritabilidad, ansiedad o depresión; las alucinaciones (fundamentalmente visuales y en segundo lugar, auditivas) los delirios, la agresión y el vagabundeo se desarrollan en las etapas iniciales e intermedias de la enfermedad<sup>14</sup>.

El Neuropsychiatric Inventory<sup>15</sup> divide los SCPD en 12 categorías: delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición y conductas sexuales inapropiadas, irritabilidad, conductas motoras bizarras, comportamientos nocturnos y trastornos de la alimentación. Existen numerosos instrumentos para medir la severidad de estos síntomas siendo herramientas muy eficaces para evaluar la evolución y la respuesta al tratamiento. Matusevich y Szulik<sup>16</sup> realizaron una exhaustiva revisión sobre las escalas de medición que existen y cómo deben ser aplicadas en la práctica clínica. Ver cuadro 3.

**Cuadro 3: escalas de medición de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia.**

Escala	Situaciones evaluadas
<i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</i>	Agitación
<i>Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI)</i>	Agitación, condiciones ambientales
<i>Caretaker Obstreperous Behavior Rating Scale (COBRA)</i>	Agresión, ideación, personalidad, alteraciones motoras y síntomas vegetativos
<i>Dementia Mood Assessment Scale (DMAS)</i>	Trastornos del estado del ánimo, severidad de la depresión
<i>Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD)</i> <i>Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-Behave-AD)</i>	Ideación delirante, alucinaciones, trastornos de la actividad, agresividad, trastornos de los ritmos diarios, trastornos afectivos, ansiedad y fobias
<i>Behavioral Pathology of the Consortium to Establish Registry for Alzheimer's Disease (CERAD)</i>	Síntomas afectivos, ansiedad, sexualidad, apetito, sueño, agresividad, actividades sin sentido, delirios, alucinaciones, etc.
<i>Dementia Behavior Disturbance Scale (DBDS)</i>	Comportamientos específicos como deambulación nocturna, actividades sexuales, risas o llantos inmotivados, repetición sistemática de preguntas, etc.
<i>Dysfunctional Behavior Rating Instrument (DBRI)</i>	Frecuencia de comportamientos disfuncionales y su efecto sobre los cuidadores
<i>Neuropsychiatric Inventory</i>	Delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición y conductas sexuales inapropiadas, irritabilidad, conductas motoras bizarras, comportamientos nocturnos y trastornos de la alimentación

Adaptado de Matusevich y Szulik

La prevalencia de los síntomas psicóticos en pacientes con demencia es de aproximadamente 60%<sup>17</sup>. El delirio más frecuente es el persecutorio y una de sus principales características es que puede desencadenar episodios de agresividad verbal o física dirigidos hacia la familia y/o cuidadores. Reisberg<sup>18</sup> clasifica los delirios en cinco tipos: 1) "las personas me roban cosas", 2) "mi casa no es mi hogar", 3) "mi cónyuge o mi cuidador son impostores", 4) "me quieren abandonar", 5) "mi cónyuge me engaña".

La ansiedad se expresa a través de preguntas incesantes en relación a los eventos que vendrán y un marcado temor a quedarse solos. La apatía incluye la pérdida de la iniciativa y del interés por las actividades diarias y la disminución de la reactividad emocional en la interacción social<sup>19</sup>. El vagabundeo comprende actividades de control del cuidador, de deambulación constante, de hiperactividad, de deambulación nocturna y fugas<sup>19, 20</sup>.

Es importante señalar que las conductas violentas son las que producen mayor estrés en los cuidadores y comprometen en mayor medida la calidad de vida del paciente<sup>2, 21</sup>. Considerando los SCPD en conjunto las conductas agresivas físicas o verbales, se constituyen en la primera causa de hospitalización e institucionalización en este grupo de pacientes<sup>22, 23, 24</sup>. Frente a estos síntomas la familia y los cuidadores experimentan desesperanza, temor, ira y frustración<sup>25, 26</sup>. Al atender a estos pacientes muchos profesionales sienten una importante falta de gratificación, la sensación de estar atrapados y de no tener respuesta debido a la frustración que implica tener que enfrentarse al deterioro cognitivo progresivo y a la escasa respuesta a las medidas terapéuticas<sup>27</sup>.

## Tratamiento

Disminuir los SCPD, aumentar el confort y la seguridad del paciente, sus familiares y cuidadores<sup>28</sup> se transforman en el objetivo primario de las intervenciones médicas para mejorar la calidad de vida<sup>28, 29</sup>. Además, el éxito en el manejo de estos síntomas puede redundar en una disminución del costo de la enfermedad ya que puede evitar o demorar la instalación del proceso de institucionalización<sup>7</sup>. Aún leves mejorías producen importantes cambios y pueden ser la diferencia entre vivir en el hogar o institucionalizado<sup>30</sup>.

El primer paso es evaluar cuidadosamente las condiciones clínicas, psiquiátricas, neurológicas y cognitivas, identificando precipitantes específicos. El siguiente paso es modificar los factores ambientales, procurando crear un ambiente física y psicológicamente estructurado. Debe educarse a la familia y al cuidador sobre la naturaleza, las manifestaciones clínicas y el manejo de los SCPD. Se deben delinear estrategias específicas para mejorar la calidad de vida del paciente como la psicoterapia orientada a la emoción<sup>31, 32</sup> y el tratamiento orientado a la estimulación<sup>33</sup>. El objetivo de estas intervenciones es disminuir las alteraciones conductuales y mejorar el estado de ánimo del paciente y su familia<sup>34</sup>.

En forma simultánea a las intervenciones ambientales se deben considerar las opciones psicofarmacológicas<sup>2, 8</sup>, siendo los antipsicóticos los fármacos más utilizados en el tratamiento de los SCPD<sup>35</sup>. Varios meta-análisis realizados sobre investigaciones que evaluaron la eficacia de los antipsicóticos encontraron que si bien mejoran los síntomas, la magnitud del cambio es relativa comparados con placebo<sup>36, 37</sup>.

El tratamiento de la agresión y de la psicosis se basa en la utilización empírica de antipsicóticos típicos, ansiolíticos, antidepresivos y otras drogas. Desafortunadamente no existen estudios sistemáticos que avalen la utilización de estos fármacos en el tratamiento de los SCPD<sup>38, 39</sup>. Los pocos estudios randomizados comparados con placebo que han sido llevados a cabo generalmente son de pequeñas escalas y de corta duración; en términos de medicina basada en la evidencia existe escasa información para recomendar la mayoría de las drogas utilizadas actualmente.

La risperidona constituye una excepción. Katz et al.<sup>40</sup> y De Deyn et al.<sup>41</sup> realizaron los dos estudios comparativos doble ciego, controlados con placebo más importantes de risperidona en pacientes con SCPD. Los resultados demostraron que la risperidona en dosis de 1mg/día es más efectiva que el placebo para controlar la agresión y los síntomas psicóticos. A su vez, la risperidona fue bien tolerada, no se asoció a síntomas extrapiramidales o disquinesias tardías y no produjo empeoramiento de las funciones cognitivas. Un estudio realizado en Argentina<sup>42</sup> que incluyó 40 pacientes institucionalizados con SCPD halló que la risperidona entre 0,25 y 1,5mg/día durante 16 semanas mejoró estos síntomas e influyó favorablemente sobre el estrés del cuidador.

Por otro lado también se han ensayado tratamientos no farmacológicos, como la aromaterapia, para el manejo de los SCPD. Un estudio reciente realizado en Inglaterra demostró que la aplicación de aceites esenciales en la cara y brazos de pacientes con demencia disminuye la agresión y mejora la calidad de vida de estos pacientes<sup>43</sup>.

## Rol del profesional de atención primaria

Muchos pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden ser manejados por los médicos de atención primaria. Los gerontopsiquiatras pueden manejar las alteraciones conductuales, las conductas suicidas, la depresión mayor, realizar terapia individual o familiar y evaluar funcionalmente al paciente para determinar la necesidad de institucionalización. La consulta neurológica es útil cuando los pacientes presentan enfermedad de Parkinson, signos de foco, rápida evolución de la enfermedad o hallazgos anormales en las neuroimágenes. Los asistentes sociales pueden vincular a los pacientes y sus familiares con recursos comunitarios<sup>28</sup>.

La Asociación Americana de Psicogeriatría, la Asociación de Alzheimer y la Sociedad Americana de Geriatría realizaron un consenso<sup>28</sup> planteando las siguientes estrategias para el manejo del paciente con SCPD en la atención primaria:

- Citar regularmente al paciente (cada 3 a 6 meses). Tratar las enfermedades comórbidas, controlar la medicación y considerar períodos libres de fármacos. Indicar medicación sólo como último recurso.
- Trabajar en conjunto con la familia y el cuidador. Establecer una alianza con el cuidador; éste debe ser la fuente de información sobre el paciente y el monitor del tratamiento. Discutir el cuidado a largo plazo anticipándose a necesidades futuras para que los familiares tengan tiempo de implementarlas y comenzar el ajuste emocional de los mismos. Monitorear la salud de los cuidadores y establecer comunicación con sus médicos. Participar en grupos de ayuda disminuye el estrés del cuidador y puede ser útil para tratar sentimientos de ira, frustración y culpa. El apoyo emocional y la información mejoran la calidad de vida del paciente y la familia y retrasan la institucionalización.
- Establecer programas para mejorar las conductas y el estado de ánimo del paciente. Dar ejercicios rutinarios para una deambulación segura. Estimular a los pacientes para mantener actividades familiares, sociales e intelectuales.
- Alentar a los cuidadores a modular el ambiente. Los pacientes con demencia son sensibles al ambiente y la estimulación moderada puede ayudarlos. Demasiada estimulación produce confusión o causa agitación; muy poca lleva a deterioro. Estimular la memoria y la orientación a través de calendarios, relojes y listas. Muchos pacientes se benefician del vínculo con el mundo a través de la televisión, la radio y los diarios.
- Alertar a la familia sobre las dificultades del vagabundo y el riesgo de conducir automóviles.

## Conclusión

Durante muchos años se han analizado las diferentes definiciones y manifestaciones de la demencia, desde sus expresiones anatómicas hasta los trastornos en las funciones intelectuales; históricamente el diagnóstico de demencia fue una sentencia de deterioro irreversible y progresivo, con escasos recursos terapéuticos tendientes a acompañar este proceso. El objetivo de esta comunicación ha sido describir los últimos aportes para el manejo de los síntomas no cognitivos que abren un camino para la investigación científica y la terapéutica.

## Resumen para llevar al consultorio

**La prevalencia de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) varía entre el 10 y el 90%.**

**Son la primera causa de institucionalización de los pacientes con demencia.**

**Muchos casos de enfermedad de Alzheimer pueden ser manejados por los médicos de atención primaria.**

**La risperidona en dosis de 1mg/día es efectiva para controlar la agresión y los síntomas psicóticos.**

**Debe educarse a la familia y al cuidador sobre las manifestaciones clínicas y el manejo de los SCPD.**

**Dr. Daniel Matusevich** [ Médico Especialista en Psiquiatría, Coordinador Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). dmatusevich@ciudad.com.ar ]

**Dr. Martín Ruiz** [ Médico Residente de Tercer Año, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) ]

**Dra. Carolina Vairo.** [ Médica Especialista en Psiquiatría, Instructora de Residentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). ]

**Dr. Carlos Finkelsztein** [ Médico Psiquiatra, Sub-jefe, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) ]

**Palabras Clave:** demencia, demencia y síntomas psicológicos, demencia y síntomas conductuales.

#### Bibliografía

1. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta Edición, Ed. Masson; España 2000
2. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48 suppl 5:9-15.
3. Allouf K, Sauriol L, Kennedy W et al. Alzheimer's disease: a review of the disease, its epidemiology and economic impact. *Arch Gerontol Geriatr* 1998;27:189-221.
4. Fratiglioni L, De Ronchi D, Agüero-Torres H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging* 1999;15:365-375
5. Cohen-Mansfield J, Billings N. Agitated behaviors in the elderly I: a conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:711-721
6. Swearer JM, Drachman DA, O'Donnell BF et al. Troublesome and destructive behaviors in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:784-790
7. Ferris SH, Steinberg G, Shulman E et al. Institutionalization of Alzheimer's disease patients: reducing precipitating factors through family counseling. *Home Health Care Serv Quarterly* 1987;8:23-51
8. Rubin EH, Kinscherf DA. Psychopathology of very mild dementia of the Alzheimer type. *Am J Psychiatry* 1989;146:1017-1021
9. Finkel SI, Costa e Silva J et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8 suppl 3:497-500
10. Cohen-Mansfield J, Billings N. Agitated behaviors in the elderly II: preliminary results in the cognitively deperiorated. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:722-727
11. Herrmann N, Lancot KL, Naranjo CA. Behavioral disorders in demented elderly patients: current issues in pharmacotherapy. *CNS Drugs* 1996;6:280-300
12. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen GD, Miller S et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:97-100
13. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:130-135
14. Steele C, Rovner B, Chase GA et al. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:1049-1051
15. Cummings JL, Mega M, Gray K et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-2314
16. Matusevich D, Szulik J. Escalas de medición de trastornos de conducta en las demencias tipo Alzheimer. *Vertex* 1997;8:203-215
17. Ballard C, Oyebode F. Psychotic symptoms in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;14:202-211
18. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IS. Behavioral pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Rating Scale. *Int Psychogeriatr* 1996;8:301-308
19. Szulik J. Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias - SCPD. Nuevas líneas de investigación. *Vertex* 2001;12:107-118
20. Matusevich D. Clínica de las demencias I: Aspectos diagnósticos. *Janssen* 2001
21. Eastley R, Milcock GK. Prevalence and correlates of aggressive behaviors occurring in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:484-487
22. Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 1996;8 suppl 1:45-52
23. Colerick EJ, George LK. Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:493-498
24. Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS et al. Resident behavior and staff distress in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:792-798
25. Coen RF, Swanwick GR, O'Boyle CA, Coakley D. Behavior disturbance and other predictors of care burden in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:331-336
26. Donaldson C, Tarrir N, Burns A. The impact of the symptoms of dementia on the caregivers. *Br J Psychiatry* 1997;170:62-68
27. Thacker S, Gilbert P. Impact on caregivers of the symptoms of dementia. *Br J Psychiatry* 1997;170:483
28. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA* 1997;278:1363-1371
29. Finkel SI. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8 suppl 3:215-242
30. Herrmann N, Black SD. Behavioral disturbances in dementia: will the real treatment please stand up? *Neurology* 2000;44:1247-1248
31. Baines S, Saxby P, Ehler K. Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled crossover study of elderly confused people. *Br J Psychiatry* 1987;151:222-231
32. Woods P, Ashley J. Simulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatr Nurs* 1995;16:9-14
33. Meyers K, Griggin M. The Play Project: use of stimulus objects with demented patients. *J Gerontol Nurs* 1990;16:32-37
34. Teri L, Uomoto J. Reducing excess disability in dementia patients: training caregivers to manage patient depression. *Clin Gerontol* 1991;10:49-63
35. Stoppe G, Brandt CA, Staedt JH. Behavioral problems associated with dementia: the role of newer antipsychotics. *Drugs Aging* 1999;14:41-54
36. Lancot KL, Best TS, Mittmann N et al. Efficacy and safety of neuroleptics in behavioral disorders associated with dementia. *J Clin Psychiatry* 1998;59:550-561
37. Sunderland T, Silver M. Neuroleptics in the treatment of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1988;3:79-88
38. Finkel SI. Managing the behavioral and psychological signs and symptoms of dementia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12 suppl 4:25-28
39. Sunderland T. Treatment of the elderly suffering from psychosis and dementia. *J Clin Psychiatry* 1996;57 suppl 9:53-56
40. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE et al. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 1999;60:107-115
41. De Deyn PR, Rabheru K, Rasmussen A et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53:946-955
42. Matusevich D, Szulik J. Efficacy of risperidone in behavioral and psychological symptoms of dementia. 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New Orleans 2001; Poster
43. Ballard CG, O'Brien JT, Reichel TK et al. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *J Clin Psychiatry* 2002;63:553-558

