

Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias: clasificación, diagnóstico y prevención

Isabel Cruz Orduña¹, Luis Puente¹, Yolanda Fernández^{1,2} y Javier Olazarán^{1,2}

Resumen

Las personas con deterioro cognitivo presentan habitualmente alteraciones de la percepción, pensamiento, afectividad o conducta que no se explican por el déficit cognitivo y que se han denominado «síntomas psicológicos y conductuales de la demencia» (SPCD). Sin ignorar su substrato biológico, estos síntomas vienen a menudo determinados por factores sociales y psicológicos, algunos de los cuales son susceptibles de modificación. El diagnóstico de los SPCD es clínico, basado en la anamnesis y la observación, y se debe descartar siempre un síndrome confusional. Se han propuesto distintos modos de clasificación y evaluación de los SPCD. El más utilizado es el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), que distingue 12 síntomas. Recientemente, un grupo español de expertos ha definido seis síndromes con indicación de tratamiento farmacológico (criterios CHROME). La prevención de los SPCD se realiza desde un modelo de cuidados globales y continuados que tiene en cuenta tanto a la persona con deterioro cognitivo como a su cuidador. Es fundamental el manejo de la comorbilidad, la optimización de los fármacos específicos para la demencia, la adaptación del entorno, el asesoramiento acerca de los recursos sanitarios y sociales, y el apoyo al cuidador.

Palabras clave: Demencia. Deterioro cognitivo. Enfermedad de Alzheimer. Síntomas conductuales. Cuidador.

Abstract

People with cognitive impairment usually display alterations of perception, thinking, affectivity or behavior which are not explained by cognitive deficit and which have been called “behavioral and psychological symptoms of dementia” (BPSD). Admitting of course a biological substrate, these symptoms are often determined by social and psychological factors, some of which may be modified. The diagnosis of BPSD is clinical, based on medical history and observation. The possible existence of a delirium must always be ruled out. Among the many different proposals of classification and assessment of the BPSD, the most used classification is the Neuropsychiatric Inventory (NPI), which distinguishes 12 symptoms. Recently, a Spanish group of experts has defined six neuropsychiatric syndromes and guidance for pharmacological treatment of those syndromes has been provided (CHROME criteria). Prevention of SPCD is accomplished from a model of global and continuous care that considers both the person with cognitive impairment and the caregiver. Management of comorbidity, optimization of specific drugs for dementia, environmental adaptation, counseling regarding health and social resources and caregiver support are the essential components of care.

Key words: Dementia. Cognitive impairment. Alzheimer's disease. Behavioral symptoms. Caregiver.

DEMENCIA Y CONDUCTA: EPIDEMIOLOGÍA Y CARGA SOCIAL

El deterioro cognitivo se ha convertido en una de las principales causas de sufrimiento personal

y de gasto social en una población cada vez más envejecida¹. En la mayoría de los casos, el deterioro cognitivo es debido a procesos neurodegenerativos que, tras una fase de alteración cognitiva leve, evolucionan hacia la demencia, la cual

¹Unidad de Investigación y Tratamiento de la Memoria-CINAC

HM Hospitales
Madrid

²Servicio de Neurología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Madrid

Dirección para correspondencia:
Javier Olazarán
E-mail: jolazaran@hmhospitales.com

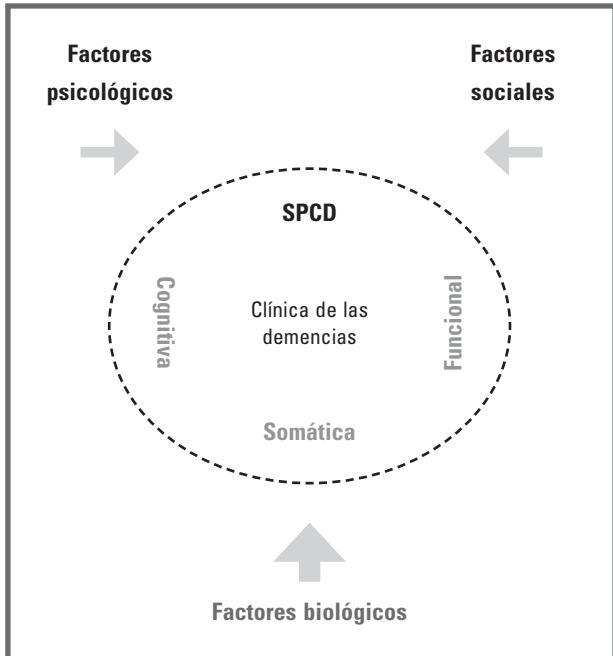


FIGURA 1. Modelo biopsicosocial para la explicación de la génesis de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) y el resto de manifestaciones clínicas de las demencias (*adaptada de Olazarán-Rodríguez, et al., 2012⁸*).

conlleva una merma en el desempeño de algunas de las tareas o actividades habituales que, en muchos casos, evoluciona hacia la total dependencia².

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, seguida de la enfermedad cerebrovascular y de la enfermedad con cuerpos de Lewy. Se calcula que 50 millones de personas padecen demencia en todo el mundo, de las cuales el 60% (30 millones) tienen enfermedad de Alzheimer¹. A pesar de la gran inversión de recursos en investigación farmacológica, no se ha obtenido todavía un tratamiento que permita retrasar la aparición de la demencia. Si esta trayectoria no se modifica, la cifra de afectados se triplicará en las próximas décadas, con una estimación de 132 millones de personas con demencia para 2050³.

La enfermedad de Alzheimer y demás procesos asociados a deterioro cognitivo se acompañan habitualmente de síntomas no cognitivos (apatía, tristeza, agresividad, etc.) que contribuyen a acelerar el deterioro cognitivo y funcional, incrementan el sufrimiento del paciente y del cuidador, y agravan la factura social de las demencias^{4,5}. Mientras que el curso del deterioro cognitivo es relativamente predecible en función de la etiología subyacente, los problemas afectivos y conductuales presentan una gran variabilidad^{6,7} debido a la influencia,

muchas veces determinante, de los factores psicológicos (p. ej., el modo personal de reaccionar ante la enfermedad) y del entorno (p. ej., la reacción del cuidador) en las manifestaciones afectivas y conductuales de las demencias (Fig. 1). La influencia psicosocial ofrece oportunidades para la prevención primaria y secundaria de los síntomas afectivos y conductuales de las demencias, pero debe realizarse desde un enfoque global, altamente individualizado, idealmente en equipo multidisciplinario⁸.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LAS DEMENCIAS: DEVENIR HISTÓRICO, DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES

Como ya se ha indicado, el deterioro cognitivo (ya sea alteración cognitiva leve o demencia) se acompaña habitualmente de alteraciones de la percepción, el pensamiento, la afectividad o la conducta, que no se explican por el déficit cognitivo ni por causas médicas distintas de la enfermedad neurológica subyacente. La definición y clasificación de estos síntomas y signos no cognitivos (también denominados «síntomas psicológicos y conductuales de la demencia» [SPCD]) es un paso previo necesario para investigar y comprender su génesis, modos de prevención y posibles tratamientos.

Los SPCD han recibido distintas denominaciones y clasificaciones, no siempre equivalentes desde un punto de vista clínico o conceptual, dependiendo del tipo de pacientes estudiados (p. ej., pacientes institucionalizados frente a no institucionalizados), de los síntomas de interés (agitación, agresividad, depresión, etc.) y de la finalidad del estudio (p. ej., medición de respuesta a una intervención experimental frente a detección de síntomas en la práctica clínica habitual). Lógicamente, los datos de prevalencia derivados de los distintos estudios podrán discrepar en función de las definiciones y clasificaciones utilizadas, además de otras causas de variabilidad, como el periodo de estudio o el tipo de muestra.

Las primeras definiciones y sistematizaciones de la demencia se encuentran integradas en los tratados de psiquiatría en el siglo xix^{9,10}, que dan testimonio de la relevancia clínica de los síntomas afectivos y conductuales en las demencias. Las alteraciones de la percepción y del pensamiento, y los síntomas conductuales como la agresividad o la desinhibición aparecen también reflejados en las primeras descripciones anatomoclínicas de pacientes con demencia. Alzheimer presentó en 1906 el caso de una mujer de 50 años que había fallecido con demencia y que tenía en su cerebro unos depósitos proteicos peculiares (placas seniles y ovillos

TABLA 1. Escala de patología conductual en la enfermedad de Alzheimer (BEHAVE-AD)

Síntomas	Ítems*
Ideas delirantes y paranoides	1. Ideas delirantes de robo («la gente me roba cosas») 2. Ideas delirantes de propiedad («esta no es mi casa») 3. Ideas delirantes de falsificación («este no es mi esposo/cuidador») 4. Ideas delirantes de abandono o institucionalización («me quieren abandonar») 5. Ideas delirantes de infidelidad («él anda con otra») 6. Otro tipo de paranoia o sospecha («quieren hacernos daño») 7. Otro tipo de idea delirante
Alucinaciones	8. Alucinaciones visuales (personas, bichos, objetos) 9. Alucinaciones auditivas (voices, ruidos) 10. Alucinaciones olfatorias 11. Alucinaciones hapticas (tacto, temperatura, dolor) 12. Otras alucinaciones
Actividad anómala	13. Caminar continuamente, huidas 14. Actividad sin propósito (abrir y cerrar cajones, meter y sacar ropa, tocarse, preguntas repetidas) 15. Actividad inapropiada (ocultar objetos, conducta sexual inapropiada)
Agresividad	16. Agresividad verbal (gritos, lenguaje soez, desprecios, insultos) 17. Amenaza o violencia física (hacia objetos, hacia sí mismo o hacia otros) 18. Otro tipo de agitación
Trastorno del ritmo sueño-vigilia	19. Trastornos del ritmo día-noche (despertares nocturnos, somnolencia diurna)
Trastorno afectivo	20. Llanto 21. Humor depresivo (anhedonia, verbalizaciones de pérdida, ser una carga, falta de esperanza o muerte)
Ansiedades y fobias	22. Ansiedad relacionada con eventos 23. Otras formas de ansiedad 24. Miedo a quedarse solo 25. Otras fobias
Repercusión global	26. Los síntomas 1-25 alteran la vida de la familia y/o son peligrosos para el paciente

*Cada ítem se puntuá de 0 a 4, en función de la intensidad, persistencia y reacción emocional y conductual. Por ejemplo, para el ítem 1: 0, ausente; 1, le esconden las cosas; 2, personas entran en casa y le esconden o le roban las cosas, y 3, escucha y habla con personas que entran en casa.

neurofibrilares). La demencia de la paciente había cursado con «paranoia, alteración del sueño y de la memoria, agresividad y confusión»¹¹.

Distintas alteraciones de la afectividad, pensamiento y conducta (en especial conductas agitadas) fueron incorporándose en las escalas de evaluación de pacientes geriátricos y psiquiátricos desde la segunda mitad del siglo xx^{12,13}, y pocas décadas después aparecieron las primeras sistematizaciones específicas de los SPCD, con dos líneas de trabajo diferenciadas: una línea centrada en el estudio y tratamiento de síntomas concretos como la agitación, la agresividad^{14,15}, la depresión¹⁶ o la apatía¹⁷⁻¹⁹, y otra línea de trabajo más amplia, dirigida a detectar, tipificar y medir los síntomas conductuales, psicopatológicos o neuropsiquiátricos en toda su diversidad²⁰⁻²².

El inventario de Agitación de Cohen-Mansfield ofrece un marco conceptual y una metodología para explorar y cuantificar de forma exhaustiva las distintas formas de agitación en los ancianos institucionalizados. Este inventario surge en una época

en la que predominaba la aproximación farmacológica en el tratamiento de la agitación, con el objetivo de buscar posibles factores desencadenantes y terapias alternativas²³. Se define la agitación como una actividad verbal, vocal o motora inapropiada que para un observador externo «no es debida a las necesidades o la confusión del individuo agitado»¹⁴. Conviene resaltar este matiz, que ofrece elementos clave para el manejo farmacológico y no farmacológico de los SPCD. Subyacen las necesidades básicas, que se deben comprender y aliviar, desde una perspectiva única y especial: la de la persona con deterioro cognitivo²⁴. El inventario de agitación distingue 29 posibles conductas agitadas, que se clasifican en cuatro grupos: verbal no agresiva (p. ej., pedir continuamente atención), física no agresiva (p. ej., deambular), verbal agresiva (p. ej., gritar) y física agresiva (p. ej., empujar). Cada conducta se evalúa de 1 a 7 en función de la frecuencia de aparición en las últimas dos semanas, mediante observación directa o entrevista con un cuidador.

La Escala de patología Conductual en la Enfermedad de Alzheimer (BEHAVE-AD) fue elaborada por Barry Reisberg, et al. a partir de una revisión sistemática retrospectiva de las historias clínicas de 57 pacientes con Alzheimer no institucionalizados. La BEHAVE-AD se compone de 26 ítems que se distribuyen en ocho grupos: ideas delirantes y paranoides, alucinaciones, actividad anómala, agresividad, trastorno del ritmo sueño-vigilia, trastorno afectivo, ansiedad y fobias, y repercusión global (Tabla 1). Esta escala fue inicialmente diseñada «para poder ser utilizada en estudios prospectivos y en ensayos clínicos farmacológicos»²⁰; además, la gradación cualitativa que se aporta para cada ítem puede ser útil en la práctica clínica habitual a la hora de valorar la influencia del deterioro cognitivo y de los factores psicológicos (p. ej., personalidad premórbida) y ambientales (p. ej., cambios frecuentes de cuidador) y decidir acerca de la necesidad de un tratamiento farmacológico, más allá de las medidas no farmacológicas.

El Inventory Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings constaba en su primera versión de 10 tipos de síntomas (delirio, alucinaciones, agitación/agresividad, depresión, ansiedad, hipertimia, apatía, desinhibición, irritabilidad e hiperactividad motora)²², dos de ellos (hipertimia y apatía) no presentes en la BEHAVE-AD. Poco después se añadieron la alteración del sueño y la alteración del apetito, esta última tampoco presente en la BEHAVE-AD²⁵. Al igual que la BEHAVE-AD, el NPI se cumplimenta con la información obtenida por medio de un cuidador según haya sido la gravedad del trastorno en las últimas dos semanas (BEHAVE-AD) o la frecuencia y gravedad en las últimas cuatro semanas (NPI). El NPI incluye una pregunta de cribado para cada uno de los 12 posibles síntomas (Tabla 2), que se puntúan de cero a 12. La amplitud, equilibrio y sensibilidad al cambio del NPI han resultado decisivos para que se haya convertido en la herramienta más utilizada en la valoración sistemática de los SPCD, tanto en el ámbito de la asistencia como en la investigación.

El estudio de los SPCD recibió un importante impulso de atención e investigación a raíz de la celebración de dos reuniones de expertos amparadas por la *International Psychogeriatric Association* (IPA), que tuvieron lugar en Landsdowne en 1996 y 1999. En la segunda de estas reuniones se acuñó el término de SPCD, que fue definido como »síntomas de alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia». Se llamaron síntomas psicológicos a aquellos que se evalúan mediante la entrevista con el paciente (ansiedad, alteración del ánimo y alteración de la percepción/pensamiento) y síntomas (en realidad,

signos) conductuales a aquellos que se identifican mediante la observación (agresividad física, gritos, inquietud, agitación, deambulación, conductas culturalmente inapropiadas, desinhibición sexual, acumular cosas, maldecir y pegarse al cuidador)²⁶. Aunque no estaban exentas de una base humanística, las reuniones de la IPA tuvieron lugar en un contexto profesional en el que predominaba la visión farmacológica en el tratamiento de los síntomas afectivos y conductuales de las demencias y fueron apoyadas por la industria farmacéutica, algo que en cierto modo dificultó el avance hacia una visión equilibrada y global de los SPCD.

DIAGNÓSTICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

El diagnóstico de los SPCD es clínico, basado en la anamnesis realizada con el paciente y con el cuidador (a veces preferiblemente por separado) y en la observación. Debe indagarse acerca del modo de inicio, del tiempo de evolución, del curso temporal y de los posibles factores desencadenantes, agravantes y atenuantes. De especial interés es la revisión de los antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente y, si existieron episodios similares en el pasado, detallar cuáles fueron los desencadenantes, los tratamientos empleados y la respuesta obtenida.

Antes de concluir con la existencia de un SPCD debe descartarse un síndrome confusional que, por definición, es debido a causas médicas sobrevenidas (infección, iatrogenia, episodio cerebrovascular, etc.) distintas a los procesos que producen la demencia²⁷. Aspectos clave para detectar un síndrome confusional son la presencia de fiebre, el compromiso de funciones vitales (taquicardia o bradicardia, alteraciones en la respiración), la existencia de otros signos físicos (temblor, sudoración), las fluctuaciones en el grado de alerta, la escasa elaboración cognitiva y conductual, y las respuestas impredecibles.

Como ya se ha comentado, la definición y sistematización de los SPCD impulsó la investigación de dichos síntomas, pero se acompañó de una visión que no ponderaba suficientemente el valor de los aspectos psicológicos y del entorno. Aunque este sesgo se ha atenuado en las últimas décadas, persiste todavía un exceso de tratamiento farmacológico o un tratamiento farmacológico inespecífico de los SPCD, a menudo con fármacos cuya relación riesgo-beneficio no es aceptable²⁸⁻³⁰. Surge así el concepto de «sujeción química» aplicado a las demencias, definida como la utilización éticamente inaceptable de fármacos que responden a una necesidad o carencia social, más que a una indicación

TABLA 2. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia definiciones y pautas generales para su prevención

Síntoma*	Definición*	Modos de prevención
Delirio	El paciente tiene ideas que no son ciertas	Entorno familiar y tranquilo. Evitar los posibles desencadenantes (temas de conversación, televisión, espejos). Tener siempre en el mismo sitio los objetos personales (ropa, dinero, etc.)
Alucinaciones	El paciente tiene visiones falsas, escucha voces o parece ver, oír o sentir cosas que no se encuentran presentes	Entorno familiar y tranquilo, con buena iluminación. Corregir el déficit visual y auditivo. Evitar los cambios en la colocación y el exceso de objetos
Agresividad	Tiene periodos en que rehúsa cooperar, no acepta ayuda o es difícil de manejar	Colocarse en la perspectiva de la persona con demencia para comprender su conducta. Respetar las costumbres premórbidas, en especial los hábitos de higiene. Utilizar lenguaje verbal y no verbal, sencillo y amigable, siempre de frente. Evitar la sobreprotección, descomponer actividades para evitar error y frustración, nunca urgir ni forzar
Depresión	Parece triste o deprimido, o dice estar triste, querer morir o ser una carga	Reestructuración cognitiva (en demencia ligera). Mantener valores, aficiones y redes sociales. Paseos al aire libre, música, comida e higiene atractivas, cuidar el sueño. Educar y apoyar al cuidador
Ansiedad	Está nervioso, preocupado o asustado sin motivo aparente, tiene miedo de estar solo	Entorno familiar y tranquilo. Evitar ruidos, cambios o eventos inesperados. Acudir a él con frecuencia para que sienta que está acompañado. Explicar con calma todo lo que se va a hacer, transmitiendo confianza
Hipertimia	Parece demasiado alegre o demasiado contento, sin motivo aparente	En personas con tendencia a la euforia, evitar alimentos, estímulos y actividades excitantes. Evitar fármacos antidepresivos e ICE
Apatía	Ha perdido interés por el mundo que le rodea, por llevar a cabo actividades, se involucra menos, está indiferente	Programar actividades atractivas, fácilmente alcanzables, con significado personal. Establecer rutinas. Puede ser útil el uso de la música, animales o recuerdos gratos del pasado. Tratamiento con ICE
Desinhibición	Parece actuar impulsivamente, sin pensar, dice o hace cosas que pueden molestar o herir	En personas con tendencia a la impulsividad, promover el ejercicio físico y las relaciones sociales, en un entorno familiar. Evitar fármacos noradrenérgicos, dopaminérgicos e ICE
Irritabilidad	Se muestra irritable o molesto, le cambia el estado de ánimo, está impaciente	No proponer tareas que la persona con demencia no pueda alcanzar. Enseñar a aceptar y convivir con los déficit. Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad
Hiperactividad motora	Se pasea o hace cosas una y otra vez (abrir armarios y cajones, tocar o coger cosas, etc.)	Permitir paseos frecuentes, en entorno amplio y seguro, con supervisión. No detener ni contener la actividad motora, salvo en peligro de autolesión
Alteración del sueño	Tiene dificultad para dormir o se levanta por la noche	Actividad física por el día, buscar la exposición al sol matutino. Alimentación más copiosa por la mañana y suave por la tarde-noche. Evitar las siestas diurnas. No tomar demasiados líquidos por la noche y orinar antes de acostarse. Mantener horarios regulares de acostarse y levantarse. Usar el dormitorio solo para dormir, en un ambiente confortable y tranquilo. Tratar los síntomas de dolor
Alteración del apetito	Tiene cambios en el peso, hábitos o preferencias alimentarias	Establecer horarios regulares para las comidas. Comedor y alimentos atractivos, con agua fresca. Permitir bebidas alcohólicas en pequeñas cantidades. Comer con seres queridos o con personas afines y mantener conversación. Evitar la polifarmacia

*Según el Inventory Neuropsiquiátrico (NPI).

ICE: inhibidores de la colinesterasa.

médica. Recientemente un grupo español de expertos ha definido seis síndromes neuropsiquiátricos asociados a demencia (síndrome depresivo, síndrome ansioso, síndrome psicótico, síndrome impulsivo, síndrome maniforme y alteración del sueño) y ha ofrecido pautas para un tratamiento farmacológico racional y adecuado de estos (criterios CHROME)³¹.

PREVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

Los cuidados globales son la única base para la prevención de los SPCD y solo sobre esta base tiene sentido y utilidad adicional la aplicación de los

tratamientos farmacológicos específicos (ya sea para la demencia o para los SPCD) y de las terapias no farmacológicas (TNF).

Cuidados en las demencias

En un contexto de irreversibilidad, y especialmente en la demencia avanzada, deben priorizarse los aspectos más básicos (bienestar físico y afectivo, autonomía en actividades básicas de la vida diaria), dejando en segundo término las funciones cognitivas. A continuación, se exponen los tres aspectos o «pilares» fundamentales en el cuidado de las personas con demencia.

En primer lugar, deben detectarse y atenderse todos los procesos médicos asociados: infecciones, dolor, factores de riesgo vascular, etc., intentando evitar los fármacos sedantes, los fármacos anticolinérgicos (excepto en la demencia frontotemporal) y la polifarmacia. Se proveerá además de las prótesis necesarias para compensar las limitaciones neurosensoriales (auditivas y visuales) y el déficit motor.

En segundo lugar, debe adaptarse el entorno a las capacidades del paciente, evitando el error y los accidentes (medio protésico) pero fomentando en lo posible la toma de decisiones y la autonomía (medio terapéutico). Se simplificará por tanto el entorno, evitando objetos peligrosos o distractores, y se ofrecerá la menor ayuda necesaria para que la persona con demencia pueda llevar a cabo con éxito la actividad (p. ej., un avisador o una llamada telefónica en personas con demencia ligera, o la descomposición de la actividad y la solicitud verbal en caso de demencia avanzada).

En las primeras fases del deterioro cognitivo es útil cultivar las aficiones y las redes sociales y aplicar la técnica de la reestructuración cognitiva para afrontar la pérdida derivada de la enfermedad y evitar futuros problemas afectivos y conductuales, como la ansiedad, la apatía o la depresión³². Conforme avanza la demencia, son útiles modelos de interpretación más sencillos, que buscan cubrir las necesidades básicas de la persona (movimiento, bienestar físico, compañía, refuerzo afectivo), sin olvidar la empatía y el respeto²⁴. En la tabla 2 se ofrecen pautas generales para evitar la aparición de los distintos SPCD.

El tercer y último pilar de los cuidados es el asesoramiento y apoyo continuo al cuidador, ya sea familiar o profesional. Conforme avanza el deterioro cognitivo, el cuidador va adquiriendo mayor protagonismo y termina convirtiéndose en el representante y valedor de la persona con demencia, de sus derechos y de su dignidad.

Optimización de los fármacos específicos de la demencia

Los inhibidores de la colinesterasa y la memantina retrasan el deterioro cognitivo en los pacientes con enfermedad de Alzheimer o enfermedad con cuerpos de Lewy y pueden evitar o atenuar la aparición de la apatía, las alteraciones de la percepción/pensamiento, la depresión o la agresividad³³⁻³⁵.

Terapias no farmacológicas

Las TNF son intervenciones no químicas, replicables y científicamente sustentadas que proporcionan beneficios clínicos relevantes en la persona con demencia y en su cuidador³⁶. Mientras que las TNF de corte conductual, basadas en la identificación de factores desencadenantes de los problemas de afectividad y conducta, han mostrado eficacia en la reducción de dichos síntomas, las TNF multicomponente han sido eficaces en la prevención de los síntomas depresivos. En un ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyeron 84 personas con Alzheimer ligero o moderado, la participación en sesiones de estimulación cognitiva y motora (3,5 horas por sesión, dos veces por semana) durante un año, evitó la aparición de depresión (solo el 26% de los pacientes del grupo experimental habían empeorado su situación afectiva en el grupo experimental, frente al 55% del grupo de control, que recibió los cuidados habituales; $p = 0,02$) y, secundariamente, la prescripción de psicofármacos³⁷. En otro ensayo clínico aleatorizado se incluyeron 43 personas con demencia ligera de etiología neurodegenerativa, vascular o mixta y se administraron sesiones de taichí (60 minutos por sesión, tres veces por semana), sesiones de terapia cognitiva conductual (90 minutos, cada dos semanas) y sesiones de apoyo/autoayuda (90 minutos, cada dos semanas, alternando con las sesiones cognitivoconductuales). Al cabo de 20 semanas los pacientes del grupo experimental mantuvieron su nivel de autoestima, mientras que en los pacientes del grupo de control (que quedó en lista de espera) disminuyó de forma significativa ($p = 0,01$)³⁸. Otras terapias, como las terapias que utilizan la música, mejoran los SPCD y es razonable pensar que puedan evitar la aparición de síntomas afectivos y conductuales, pero esto apenas ha sido estudiado^{39,40}.

CONCLUSIONES

Tradicionalmente relegados en el estudio de las demencias, los SPCD han recibido una gran atención e investigación en las últimas décadas, no

tanto debido a su utilidad diagnóstica y pronóstica, cuanto al enorme sufrimiento y coste social que acarrean. En la mayoría de los casos, los SPCD vienen desencadenados por factores ambientales y psicológicos, en muchas ocasiones modificables. Por este motivo, los SPCD son la diana preventiva y terapéutica más rentable en las demencias. El diagnóstico de estos síntomas se basa en la anamnesis, la observación y el juicio clínico. Una herramienta útil para una evaluación amplia y sistemática de los SPCD es el NPI. La prevención de los SPCD es fruto de unos cuidados globales, centrados en la persona, y del asesoramiento y apoyo continuo al cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017;13(1):1-7.
2. Olazáran J. Tratamiento de la demencia avanzada: ¿qué puede aportar la neurología? En: de la Torre J, editor. *El final de la vida en las personas con demencia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2017. pp. 45-57.
3. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Londres: Alzheimer's Disease International; 2015.
4. Gottesman RT, Stern Y. Behavioral and psychiatric symptoms of dementia and rate of decline in Alzheimer's disease. *Front Pharmacol*. 2019;10:1062.
5. Defrancesco M, Marksteiner J, Kemmler G, Dal-Bianco P, Ransmayr G, Benke T, et al. Specific neuropsychiatric symptoms are associated with faster progression in Alzheimer's disease: results of the Prospective Dementia Registry (PRODEM-Austria). *J Alzheimers Dis*. 2020;73(1):125-33.
6. Hope T, Keene J, Fairburn CG, Jacoby R, McShane R. Natural history of behavioural changes and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease. A longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 1999;174:39-44.
7. Garre-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, de Gracia Blanco M, Vilarrasa AB. Grouping and trajectories of neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. Part II: two-year patient trajectories. *J Alzheimers Dis*. 2010;22(4):1169-80.
8. Olazáran-Rodríguez J, Agüera-Ortíz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012;55(10):598-608.
9. Adityanjee A, Aderibigbe YA, Theodoridis D, Vieweg VR. Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;53(4):437-48.
10. Robles A. Demencia: el tiempo pasa, la medicina evoluciona. *Galicia Clin*. 2010;71(4):169-78.
11. Hippius H, Neundörfer G. The discovery of Alzheimer's disease. *Dialogues Clin Neuosci*. 2003;5(1):101-8.
12. Meer B, Baker JA. The Stockton Geriatric Rating Scale. *J Gerontol*. 1966;21(3):392-403.
13. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry*. 1968;114(512):797-811.
14. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(10):711-21.
15. Ryden MB. Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1988;2:342-55.
16. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23(3):271-84.
17. Starkstein SE, Mayberg HS, Preziosi TJ, Andrezejewski P, Leiguarda R, Robinson RG. Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1992;4(2):134-9.
18. Robert PH, Clairet S, Benoit M, Koutaich J, Bertogliati C, Tible O, et al. The apathy inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(12):1099-105.
19. Agüera-Ortíz L, Gil-Ruiz N, Cruz-Orduña I, Ramos-García I, Osorio RS, Valentí-Soler M, et al. A novel rating scale for the measurement of apathy in institutionalized persons with dementia: the APADEM-NH. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(2):149-59.
20. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987;48 Suppl:9-15.
21. Devanand DP, Miller L, Richards M, Marder K, Bell K, Mayeux R, et al. The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's disease. *Arch Neurol*. 1992;49(4):371-6.
22. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
23. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(10):722-7.
24. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Milton Keynes: Open University Press; 1997.
25. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Suppl 6):S10-6.
26. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen GD, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998;6(2):97-100.
27. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp*. 2005;205(10):484-8.
28. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2009;8:151-7.
29. Majic T, Pluta JP, Mell T, Aichberger MC, Treusch Y, Guttmann H, et al. The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(18):320-7.
30. Orsel K, Taipale H, Tolppanen AM, Koponen M, Tanskanen A, Tiihonen J, et al. Psychotropic drugs use and psychotropic polypharmacy among persons with Alzheimer's disease. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;28(11):1260-9.
31. Muñiz R, Pérez-Weber AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, et al. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019;1-10.
32. La Barge E, Rosenman LS, Leavitt K, Cristiani T. Counseling clients with mild senile dementia of the Alzheimer's type: a pilot study. *J Neurol Rehab*. 1988;2:167-73.
33. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(3):341-8.
34. Cummings J, Emre M, Aarsland D, Tekin S, Dronamraju N, Lane R. Effects of rivastigmine in Alzheimer's disease patients with and without hallucinations. *J Alzheimers Dis*. 2010;20(1):301-11.
35. Matsunaga S, Kishi T, Iwata N. Combination therapy with cholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;18(5). pii:pyu115.
36. Olazáran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dem Geriatr Cogn Disord*. 2010;30(2):161-78.
37. Olazáran J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*. 2004;63(12):2348-53.
38. Burgener SC, Yang Y, Gilbert R, Marsh-Yant S. The effects of a multimodal intervention on outcomes of persons with early-stage dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008;23(4):382-94.
39. Raglio A, Oasi O, Gianotti M, Manzoni V, Bolis S, Ubezio MC, et al. Effects of music therapy on psychological symptoms and heart rate variability in patients. *Curr Aging Sci*. 2010;3(3):242-6.
40. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Rodríguez-Domínguez MT, Prieto-Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación de la demencia moderada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(5):238-42.