

Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (Agresividad e Irritabilidad en las Demencias) y su Tratamiento.(Revisión de diversos trabajos).

Dr. Eduardo Castro Carratalá
Especialista en Geriátría y Gerontología. Medicina Interna.

1. ¿Qué entendemos por síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?

En 1996, la IPA (International Psychogeriatric Association) propuso emplear la expresión Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias para definir una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas afectadas de demencia, y que constituyen parte de la expresión de la enfermedad.^{5,245}

Los SCPD son síntomas complejos, de etiología multifactorial (factores genéticos, neuroquímicos, neuropatológicos y biopsicosociales) influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente.^{245,247} Se debe considerar la existencia de otras causas que pueden generar la aparición de síntomas conductuales, como son: la presencia de dolor, descompensación de una cardiopatía, deshidratación, infecciones, el efecto de algunos fármacos o un ambiente inadecuado.^{5,}

Existe una alta variabilidad en su forma de presentación y fase de la demencia en la que aparecen los SCPD. Conocer los factores desencadenantes permite dirigir, implementar y desarrollar mejor las intervenciones.^{5,19}

Las personas con demencia pueden presentar tres tipos principales de SCPD:

- Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad y apatía).
- Agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, gritos y deambular errático).
- Síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas y delirios).

Apatía

Es el síndrome más frecuente entre los SCPD.^{19,247-249} Puede aparecer en fases tempranas de la enfermedad y habitualmente empeora

según evoluciona la EA y puede inducir un mayor deterioro en el enfermo que la padece.^{248,250} Suele generar un gran impacto en el paciente y su entorno, y un aumento del riesgo de claudicación familiar y de institucionalización. La apatía se relaciona con la afectación del córtex prefrontal medial, cingular anterior y corteza prefrontal dorsolateral.

Estado de ánimo depresivo

Los pacientes con demencia y síntomas depresivos son más susceptibles de presentar más alteraciones conductuales, agitación y alteraciones de la sensorpercepción que los que no presentan depresión.^{19,250-252}

Ansiedad

La ansiedad es más frecuente en las fases iniciales de la EA que en la población geriátrica sin demencia. Puede generarse ante la constatación del déficit por parte del paciente y cuando se enfrenta a situaciones desconocidas.²⁵³

Agresividad

Existen varios grados de agresividad que van desde la irritabilidad, agresividad verbal y/o gestual, hasta la agitación psicomotriz con agresividad. Con frecuencia es el resultado de la presencia de ideas delirantes de tipo paranoide, estados alucinatorios amenazantes y cuadros depresivo-ansiosos.

Ideación delirante

Los delirios se desarrollan entre un 10 y un 73% de los pacientes afectos de demencia. En la EA es del 19,4%.^{248,249}

En las demencias y en la EA las ideas delirantes más habituales son:^{251,254}

- Delirio paranoide: es el más frecuente
- Delirio autorreferencial.
- Delirio celotípico: más frecuente en demencias asociadas a enolismo.
- Delirio somático: (delirio nihilista o síndrome de Cotard).

Alucinaciones

Pueden implicar cualquier vía sensorial, pero en demencias suele ser la visual la más frecuente. Generalmente las alucinaciones son amenazantes, terroríficas y pueden provocar ansiedad, miedo, angustia, huida o agresión.

Alteraciones de la identificación

Son un tipo de ilusión asociada a un delirio secundario. En la EA, podemos observar:

- Errores de la propia identificación.
- Autorreferencialidad.
- Síndrome de Capgras o del sosias.
- Paramnesia reduplicativa. Es poco habitual en EA; es más frecuente en la demencia vascular y se asocia a lesiones simultáneas en el hemisferio derecho y el lóbulo fronta

2. ¿Por qué son importantes los SCPD en la demencia?

Los SCPD son importantes por:

- Frecuencia de aparición: el 92% de los pacientes presentaba al menos un SCPD al ser evaluados mediante la escala NPI.^{246,247}
- La presencia de estos síntomas puede facilitar el diagnóstico diferencial de los distintos tipos de demencia; en algunas demencias constituye parte de los criterios diagnósticos.
- Determinados SCPD permiten una aproximación predictiva de la alteración cognitiva.⁵
- La presencia de los mismos debe tenerse en cuenta en la estructuración del plan asistencial.²⁵⁵
- La persistencia o agudización de algunos SCPD como la agitación, la agresión o las alucinaciones suelen ser motivo de asistencia urgente.
- La aparición de SCPD aumenta el estrés y la carga del cuidador, predispone a su depresión y suele ser el motivo más frecuente de claudicación familiar e institucionalización precoz.^{153,256}
- Los SCPD emergentes pueden indicar la existencia de enfermedades concomitantes, por lo que deben ser sistemáticamente detectados, evaluados y tratados.^{5,153}

Resumen de la evidencia

No existe evidencia científica que nos permita formular recomendaciones con base en la misma, pero de todo lo expuesto se pueden elaborar como puntos de buena práctica una serie de recomendaciones.

3. ¿Cómo se pueden cuantificar la intensidad y la frecuencia de los SCPD?

Existen distintos instrumentos o escalas para cuantificar la intensidad y frecuencia de los SCPD:

Escalas generales de evaluación que incluyen SCPD:

- Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX).
- Geriatric Mental State (GMS-AGECAT)-
- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS):

Escalas específicas de evaluación de varios SCPD:

- **Neurobehavioral Rating Scale (NRS).**
- **Behaviour pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE- AD).**
- **Neuropsychiatric Inventory (NPI) []** : es el instrumento más utilizado para la evaluación de síntomas conductuales y psicológicos en pacientes con demencia. Evalúa la frecuencia y la severidad de cada uno de los síntomas y trastornos de conducta. Se compone de 12 ítems para valorar la frecuencia (en una escala de 0 a 4) y la gravedad (en una escala de 1 a 3) de los síntomas: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora sin finalidad. También es posible obtener subescalas de depresión y agitación/agresividad. Está disponible en versión española^{227,247,254,257-260} y versiones abreviadas (NPI-Q) o Neuropsychiatry Inventory-Nursing Home (NPI-NH).^{261,262}
- **Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI):** se considera el instrumento estándar para la evaluación de la agitación. Comprende 29 ítems que evalúan la presencia de comportamientos anómalos, organizados alrededor de 4 componentes de la conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.
- **Hamilton Anxiety Depression (HAD):** es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵

Escalas que valoran un único SCPD:

- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD): es una escala que permite la realización del diagnóstico de depresión mayor según criterios DSM-IV. Es el instrumento más utilizado para esta indicación.
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Rating of Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE).

Resumen de la evidencia

Para evaluar los SCPD existen escalas de evaluación generales que incluyen SCPD: el CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination), la Geriatric Mental State (GMS-AGECAT) y la escala ADAS-Noncog.

Las escalas específicas de evaluación de varios SCPD: Neurobehavioral Rating Scale (NRS), Behaviour Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD). La Neuropsychiatric Inventory (NPI)²⁴⁷ es el instrumento más utilizado; evalúa la frecuencia y la severidad de 12 ítems: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora sin finalidad, alteración del sueño, trastorno alimentario. Existe una versión abreviada (NPI-Q) o Neuropsychiatry Inventory-Nursing Home (NPI-NH).^{261,262} La Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI): es el instrumento estándar para la evaluación de la agitación, con 29 ítems y cuatro componentes de conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.^{252,266} La Hamilton Anxiety Depression (HAD) es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵

La Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) es el instrumento estándar para la evaluación de la agitación, con 29 ítems y cuatro componentes de conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.^{252,266}

La Hamilton Anxiety Depression (HAD) es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵

Para la evaluación de la depresión en la demencia el instrumento más utilizado es la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), que consta de 19 ítems y una puntuación máxima de 38. Se basa en una entrevista realizada al paciente y cuidador.²⁶⁷⁻²⁶⁹ También es útil la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con dos versiones de 30 y 15 ítems.²⁷⁰⁻²⁷²

La Rating of Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE) es una

escala para evaluar la agresividad, con 23 ítems que se valoran en una escala de 4 puntos según su frecuencia.^{273,274}

4. ¿En qué momento de la evolución de la demencia aparecen los SCPD?

Los SCPD pueden aparecer en cualquier fase de la enfermedad. En ocasiones es la aparición de los SCPD la que alerta a la familia y la induce a consultar al equipo de AP.²⁷⁵ Ante el hallazgo de uno de estos síntomas, es necesario explorar la existencia de otros SCPD que pueden pasar desapercibidos al ser de intensidad leve.²⁷⁶

En fases iniciales de la demencia, pueden aparecer SCPD (apatía, depresión, ansiedad) que nos pueden ayudar a diferenciar entre EA, DV, DLFT, DLB y PDD.

En la DLFT y en la DLB hay determinados SCPD que, por su prevalencia, forman parte de sus criterios diagnósticos.^{6,33} En los diferentes tipos de demencia suele haber múltiples SCPD, a diferencia de las enfermedades psiquiátricas idiopáticas en que aparecen exclusivamente psicosis o depresión.

Conforme progresa la demencia aumenta la prevalencia e intensidad de los SCPD.²⁷⁷ En la fase de demencia leve a moderada, paralelamente al deterioro de las AIVD aparecen trastornos del sueño y conductas de desinhibición alimentaria y sexual.

Resumen de la evidencia

Los SCPD pueden aparecer en cualquier fase de la evolución de la demencia y pueden ser la primera manifestación.

Un estudio epidemiológico puerta a puerta, en el que se incluyeron 108 personas con demencia, mostró que el 76,9% presentaban como mínimo un SCPD. En la EA, el 73,50%; en el grupo DLB/PDD, el 80%; en la DV, el 78,60%, y en la DLFT, el 100%.^{278,279}

En la DLFT y en la DLB hay algunos SCPD que forman parte de los criterios diagnósticos de ambas enfermedades. En la DLFT y DLB los delirios y alucinaciones suelen aparecer en estadios más iniciales.^{6,33}

A medida que la demencia progresa, la prevalencia de SCPD se incrementa, aparecen nuevos SCPD o los ya existentes aumentan de

intensidad.²⁷⁷ En la fase de demencia de leve a moderada, paralelamente al deterioro de las AIVD pueden aparecer trastornos del sueño y conductas de desinhibición con cambios en la conducta alimentaria y sexual. La presencia de SCPD se correlaciona de forma significativa con las puntuaciones en las escalas funcionales ($p = 0,039$) en la demencia moderada-grave.²⁷⁷ En fases más avanzadas pueden aparecer en la EA delirios, alucinaciones y agitación.^{5,19,280}

La apatía es el SCPD más frecuente, desde el inicio, de la demencia: 51,3-64,6% en EA leve; 78,4% en EA de moderada a grave; 42,9% en la DV; en el 100% de la DLFT, y en más del 50% de la DLB y la PDD.^{277-279,281}

La depresión aparece en el 41,4% de las personas con EA leve, el 44,1% en EA de moderada a grave.²⁷⁷ En otro estudio de los mismos autores aparece depresión en el 49,6% de las personas con EA y en 42,9% de la DV.^{278,279} En otras series el porcentaje de depresión varió entre el 19,5%²⁸² y el 49,6%.²⁸¹

La ansiedad se presenta en la demencia en el 35,2% de los casos.^{278,279} En la EA varía entre el 16,3 y el 32,10%.^{278,279,282} En DV se presenta en el 42,9%^{278,279} y en la DLFT en el 100% de los casos.^{278,279}

Otros SCPD frecuentes en la demencia son la irritabilidad, la agitación, las alteraciones del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria.²⁸¹ Irritabilidad en el 30% de las personas con EA; agitación en el 50% de las personas asociadas a la enfermedad de Parkinson (DLB-PDD).^{278,279}

La actividad motora aberrante aparece en fases moderadas y avanzadas de la demencia. En el 24,3% de las personas con EA; es inusual en la DV, y aparece en la totalidad de los casos de DLFT.^{25,278,279,283}

Las alteraciones del ciclo vigilia/sueño aparecen en el 30,4% de las personas con demencia.^{278,279,284} Un estudio de cohorte utilizando el cuestionario "Mayo Sleep Questionnaire" y el NPI mostró que el 71% de las personas con EA presentaban alguna alteración del sueño.²⁸⁴ En la DV los trastornos del sueño aparecen en el 3,6% de los afectados. En la DLB y la PDD son más intensos y aparecen en el

50% de los casos.^{278,279,284,285}

Los trastornos de sueño más frecuentes en la demencia leve son: insomnio (29,9%), calambres nocturnos (24,1%), somnolencia diurna (22,6%), síndrome de piernas inquietas (20,7%) y alteraciones de conducta del sueño REM (18,5%).^{284,285}

En la DLB los trastornos de conducta del sueño REM pueden preceder en muchos años el inicio de la demencia. En el PDD son más frecuentes las crisis repentinas de sueño.²⁸⁵

Un seguimiento de 13 personas con DLFT, comparado con población normal y con personas con EA, mostró en la DLFT un sueño poco eficiente, con aumento de actividad nocturna y cansancio matinal, alteraciones precoces que permiten diferenciarlo de la EA.²⁸⁶

Los trastornos del sueño se incrementan con la gravedad de la demencia; favorecen la institucionalización.²⁸⁵

Los trastornos alimentarios se observaron en el 37,8% de los pacientes con EA; el 14,3% en DV, y en el 50% de personas con DLB/PDD.^{278,279}

El delirio es excepcional en población sana (0,4%), raro en el 3,4% de personas con DCL, frecuente en fases iniciales de la DLFT y puede aparecer en fases moderadas a graves de la EA.^{5,19,280}

5. ¿Existen SCPD que sean característicos de algunos tipos de demencia?

Ningún SCPD es específico de ninguna de las demencias, sin embargo su frecuencia, combinación, evolución espontánea y la respuesta al tratamiento pueden ser características significativas para su diagnóstico.²⁴⁶

Resumen de la evidencia Enfermedad de Alzheimer (EA)

En el 88% de las personas con EA atendidas en unidades de demencia se observan uno o más SCPD.²⁵⁰ En estudios la prevalencia

fue menor (60%). En el 20% de los casos existía un único síntoma; en el 28% predominaban síntomas afectivos, y en el 13% predominaban síntomas psicóticos.²⁵

La apatía es el SCPD más común en la EA; aumenta con la progresión de la enfermedad correlacionándose con el agravamiento del déficit cognitivo y la pérdida funcional. Se correlaciona con disfunción ejecutiva y alteraciones en el lóbulo frontal.²⁸¹

La depresión ocurre en el 38-49,6% de las personas con EA y puede provocar un deterioro cognitivo muy similar al de la fase inicial de la EA; el diagnóstico diferencial puede ser difícil.^{250,277-279,281}

La ansiedad aparece en el 32-71% de personas con EA.^{278,279,282}

La psicosis en la EA incluye delirios y alucinaciones, paralelamente a agitación, agresividad y apatía. Las alucinaciones visuales son más frecuentes si existen alteraciones en la agudeza visual.²⁸⁷

En la EA leve los SCPD más frecuentes son: apatía, irritabilidad, depresión y ansiedad. En la EA moderada pueden aparecer delirios de perjuicio, celotipia, ilusiones, alucinaciones (visuales, auditivas u olfativas), puede haber agitación y conductas motoras aberrantes.^{25,278,279,283}

Los trastornos del ciclo vigilia-sueño en fases iniciales pueden diferenciar la EA de la DLB y de la DLFT (pregunta 10.4.4).²⁸⁴⁻²⁸⁶

Degeneración lobular frontotemporal (DLFT)

Los SCPD (compulsiones, conducta social alterada, labilidad emocional, pérdida de empatía, anosognosia y desinhibición) están presentes desde las primeras fases de la DLFT.²⁸⁸

En la DLFT la apatía se observó en la totalidad de los casos, así como la ansiedad, la irritabilidad y la actividad motora aberrante.^{278,279}

Los SCPD en la DLFT se caracterizan por apatía, pérdida de emociones y de insight, desinhibición, negligencia, bulimia y preferencia por alimentos dulces, vagabundeo, estereotipias, pérdida

de sensibilidad al dolor, ecolalia y mutismo. Este conjunto sindrómico de SCPD permite diferenciarlo de la EA. Es más difícil su diferenciación con la DV.