



**IMPORTANCIA, PREVALENCIA Y DEFINICIÓN**  
**DE LOS**  
**SINTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS DE LA DEMENCIA**

**Dr. Carlos J. Navarro Moreno**

**Médico Geriatra de la Junta de Andalucía.  
Jefe del Departamento Médico de la Residencia de Mayores de Algeciras.  
Patrono de la Fundación Antidemencia “Al-Andalus”  
Algeciras**

- Todos los pacientes con demencia presentarán síntomas conductuales y psicológicos en algún momento durante el transcurso de la enfermedad.
- Estos síntomas aumentan el riesgo de hospitalización y la necesidad de tratamiento farmacológico.
- Afectan la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Han formado parte esencial de las demencias desde las descripciones iniciales del síndrome demencial a lo largo del siglo XIX.

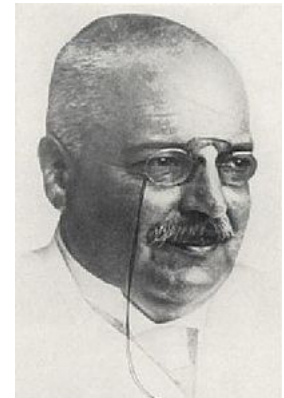
Kahlbaum en 1863 ya describió su presbiofrenia, como una forma de demencia caracterizada por amnesia de fijación, fabulación y desorientación, y con un Deterioro mental menos acusado que en otras demencias.



(1) American Psychiatric Association (1987). The diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Rev. ed.). Washington, DC:

El 4 de noviembre de 1906, en la XXXVII Conferencia de Psiquiatría del Sudoeste Alemán en Tübingen, Alzheimer presentó una comunicación ("Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral") en la que se hacía por primera vez la descripción de una inusual enfermedad de la corteza cerebral.

Recogía el curso clínico que afectaba a Augusta D, de 51 años, que presentaba pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones, delirios paranoides y alteraciones conductuales y demencia.



American Psychiatric Association (1987). The diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Rev. ed.). Washington, DC

(2)De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer [en línea]. La Circunvalación del hipocampo, abril 2011 [Consulta: 18 enero 2012].

- El trabajo se publicó al año siguiente con el título:

*«Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral».*

- La denominación del cuadro clínico como *enfermedad de Alzheimer* fue introducida, dos años después por Kraepelin.<sup>(3)</sup>



Kraepelin «Manual de psiquiatría», 8ª edición. 1910.

- La valoración conductual ha sido un campo largamente obviado en el estudio del SNC, con escasas referencias en la literatura médica hasta los últimos años, ya sea por la dificultad de acceso a este tipo de enfermos o porque siempre se ha pensado que los cambios conductuales eran consecuencia de los deterioros cognitivos, quedando por ello en segundo plano.

- Tanto es así que hasta hace muy poco, en el tratado de “*Enf. De Alzheimer y otras demencias*”, se habla de que estos síntomas no forman parte del diagnóstico de la E.A (\*)
- A pesar de estos orígenes conceptuales, el paradigma cognoscitivo ha sido el predominante en la nosología de la demencia del siglo XX y sólo a finales del mismo el estudio de los SPCD ha comenzado a tener el lugar que le corresponde.

# IMPORTANCIA

- 1) Aumento del número absoluto de casos de demencia.
- 2) Los síntomas mentales son muy prevalentes en las demencias, a veces la primera manifestación de las mismas y siempre una de las principales fuentes de estrés emocional tanto en el paciente como en sus familiares o cuidadores;
- 3) Las tasas de respuesta al tratamiento sintomático de los SPCD son superiores a los logros en el “tratamiento” de los síntomas cognitivos

- O'Donnell, B. F., Drachman, D. A., Bamed, H. J., et al (1992) Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalisation in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 45 -52.
- Abizanda P, López-JimnezE, López-Ramos B, et als. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Rev.Esp- Geriatr.y Geront.* 2009; 44:



- El estudio aislado de SPCD sin tener en cuenta el estado funcional y cognitivo del paciente, puede abocar a una parcialidad inaceptable en la valoración y tratamiento del paciente con demencia.
- La importancia de los SCPD, tiene tal valor que han sido incluidos en la última revisión de los criterios para el diagnóstico de la EA, son los Criterios del *National Institute on Aging y la Alzheimer's Association*, que sustituyen a los criterios del NINCDS-ADRDA que databa de 1984.

## **A.- Criterios para la demencia de cualquier causa: criterios clínicos centrales.**

La demencia es diagnosticada cuando se dan síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:

1. Interfieren con la capacidad funcional, en el trabajo o en las actividades usuales.
2. Representan un declive con respecto a los niveles previos de funcionalidad y rendimiento.
3. No se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor.

# DEFINICIÓN

La conferencia de consenso de 1996 de la IPA, en Lasdowne (Virginia), propuso emplear el término

**BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS (BSPD)**

*definiendo a los "síntomas de alteración de la percepción, del contenido en el pensamiento, el estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia" <sup>1</sup>*

- En su concepto actual, entendemos por SPCD una diversa gama de alteraciones psicopatológicas como:  
*ansiedad, depresión, alucinaciones o delirios, y una inadecuada actividad motora o verbal.*
- La detección, diagnóstico y correcto manejo de estos síntomas es sumamente importante, dado que ha quedado claramente establecido que contribuyen en gran medida a la sobrecarga de los cuidadores y al ingreso precoz en residencias de los pacientes con demencia.

Los más pesados de llevar y que provocan mayor sobrecarga a los cuidadores, y que provocan un alto número de institucionalizaciones son :

1. \* gritos
2. \* la agresión física
3. \* vagabundeo del paciente
4. \* la depresión
5. \* resistencia a ser ayudado en tareas cotidianas tales como:  
vestirse, lavarse, comer
6. \* sospechas y acusaciones por parte del paciente hacia su cuidador
7. \* Insomnio nocturno.

- 1. Aumentan los costos globales de la demencia.** *Aunque los costos intangibles del distrés en el paciente y en el cuidador son difíciles de cuantificar.*
- 2. Aumentan la incapacidad funcional.** *Esta merma funcional conlleva en muchas ocasiones a un ingreso precoz del enfermo en centros geriátricos.*

Los pacientes que presentan SPCD tienen peor rendimiento que los que no los presentan; a su vez, el tratamiento de estos síntomas mejora la capacidad funcional.

**3- Inducen la utilización de fármacos**, a veces de manera inapropiada, *que, a su vez, pueden contribuir al deterioro funcional.*

**4- Subyacen en algunos casos de abuso** y de malos tratos hacia los dementes.

- El concepto de SCPD es de tipo **descriptivo** y no refleja una entidad diagnóstica, sino una dimensión importante de la clínica de la demencia.
- Una aproximación a la descripción de los SCPD es el uso de una lista de comportamientos observados (errante, agitación, conducta sexual inapropiada) y que provocó los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, delirios).



- Este enfoque *no tiene en cuenta el hecho de que muchos de los llamados síntomas* (depresión, delirios) *también representan comportamientos observados* ("parece deprimida", "actúa como si estuviera alucinando o se le estuviera engañando"), y el hecho de que *la mayoría de estos síntomas y comportamientos no ocurren de manera aislada, sino que tienden a ocurrir juntos en grupos.*

La clasificación de los SCPD se puede realizar según:

- Los grupos de afectación, bien a nivel de la conducta o alteración del comportamiento, o bien
- Aquellos que afectan al área psicológica.

## CONDUCTUALES

Agresividad: Verbal  
Física

Irritabilidad

Chillidos

Comportamiento social inapropiado

Desinhibición sexual o  
conducta sexual inapropiada

Acoso

Conducta motora aberrante

Vagabundeo

Alteraciones del sueño

Trastornos del apetito

## PSICOLÓGICOS

Ansiedad

Ánimo depresivo

Labilidad emocional

Apatía

Lenguaje inapropiado

Ilusiones

Alucinaciones

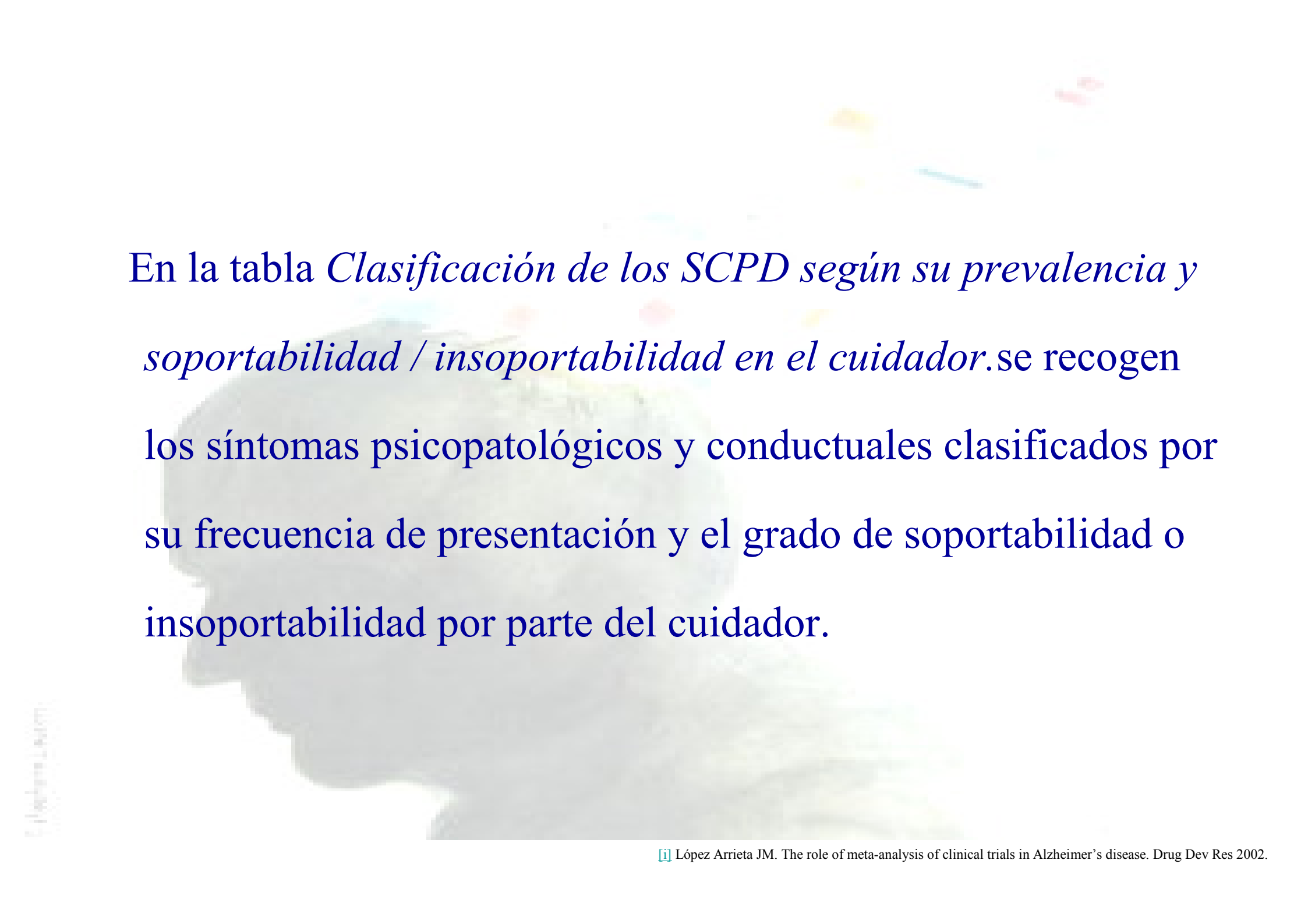
Ideas delirantes

Identificaciones erróneas

Inquietud  
Agitación  
Paseos sin rumbo  
Hiperactividad  
Seguimientos

Hay que tener en cuenta que muchos de estos síntomas:

1. Se presentan de forma precoz, aún antes de las manifestaciones clásicas de la demencia.
2. En personas no demenciadas.
3. Y del 35 al 75% de los pacientes con deterioro cognitivo ligero (DCL), presentaban disforia, ansiedad, apatía e irritabilidad.



En la tabla *Clasificación de los SCPD según su prevalencia y soportabilidad / insoportabilidad en el cuidador*.se recogen los síntomas psicopatológicos y conductuales clasificados por su frecuencia de presentación y el grado de soportabilidad o insoportabilidad por parte del cuidador.

Tabla 1. Clasificación de los SCPD según su prevalencia y soportabilidad/insoportabilidad en el cuidador<sup>1</sup>.

Grupo I (frecuencia o insoportabilidad intensa)	Grupo II (frecuencia o insoportabilidad moderada)	Grupo III (frecuencia o insoportabilidad leve)
Psicológicos	Psicológicos	
Ideas delirantes	Errores de identificación	
Alucinaciones		
Ánimo depresivo		
Insomnio		
Ansiedad		
Trastornos de conducta	Trastornos de conducta	Trastornos de conducta
Agresividad física	Falta de motivación	Llanto
Deambulación errática	Agitación	Lenguaje malsonante
Inquietud	Conducta culturalmente inapropiada y desinhibición	Preguntas repetitivas
	Gritos	Persecución

# PREVALENCIA.

- Alrededor de dos tercios de las personas con demencia experimentan algunos o varios de los SCPD en algún momento.
- En un tercio de residentes, los SCPD estarán en el rango clínicamente significativo, esta cifra se eleva a casi el 80% de las personas con demencia.
- Las estimaciones de prevalencia de SCPD varían ampliamente, debido a la heterogeneidad de las poblaciones de pacientes estudiadas, en términos de configuración y el tipo de demencia, y las diferentes definiciones utilizadas para el SCPD.

Lyketsos, CG, Steinberg, M., Tschanz, JT, et al (2000) Trastornos mentales y conductuales en la demencia: Resultados de estudio del condado de Memoria y Envejecimiento. American Journal of Psychiatry, 157, 708 -714.

Margallo-Lana, M., Swann, A. O'Brien, J. et al (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 39-44

# PREVALENCIA En el estudio RESYDEM

- “Prevalencia de demencias en pacientes institucionalizados” sobre un total de 852 pacientes diagnosticados de demencia, se detectaron SCPD en un 64,3%, estando presentes estos síntomas conductuales en un 39,6% de residentes que presentaban un DCL.
- Estos datos son similares a los obtenidos por Lyketsos en 2000.
- Pero los SCPD no son exclusivos de los pacientes con demencia, sino que se encuentran presentes en nuestros mayores que no presentan demencias, donde un 52,7% del total de los mayores presentes en el estudio, sufrieron en alguna ocasión síntomas neuro psiquiátricos.

López Mongil, R. & Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en residencias de Ancianos de la SEGG. The Resydem Study. Analysis of symptomatology in Neuropsychiatric patients with dementia. European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists. 2007; 22 (Suppl.1):S338

Lyketsos, CG, Steinberg, M., Tschanz, JT, et al (2000) Trastornos mentales y conductuales en la demencia. Caché de resultados de estudio del condado de Memoria y Envejecimiento American Journal of Psychiatry, 157, 708 -714.

López Mongil, R. & Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en residencias de Ancianos de la SEGG. The Resydem Study. Analysis of symptomatology in Neuropsychiatric patients with dementia. European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists. 2007; 22 (Suppl.1):S338



# PREVALENCIA

- Se desconoce la prevalencia exacta de los SPCD.
- Pero de los estudios transversales se desprende que:
  1. El 80% de los dementes presenta, en algún momento de su evolución, este tipo de síntomas.
  2. Lo habitual es que se presenten de manera múltiple y diversa..
  3. La recurrencia es prácticamente la norma, aunque también la recuperación espontánea.
  4. La aparición de algunos síntomas predice la de otros; *por ejemplo, la presencia de síntomas psicóticos se asocia a una tasa mayor de agresividad.*
  5. Tampoco se conoce con exactitud la frecuencia relativa de cada uno de los SPCD.

# PREVALENCIA

- En un estudio llevado a cabo por S. López-Pousa y colaboradores en 2007. transversal y retrospectivo de 1.025 pacientes con demencia en 52 centros especializados, utilizando la escala NPI para el diagnóstico de SPCD, en enfermos con demencia tipo (EA), demencia por cuerpos de Lewy (DCL) y demencia con antecedentes de enfermedad de Parkinson (EP).
- La prevalencia global de SPCD, fue del 66,7%, con ausencia de diagnóstico previo en un tercio de los casos.

# PREVALENCIA

- Se seleccionaron 668 pacientes con
  - diagnóstico de EA probable (56,8%),
  - DCL (23,3%) y
  - EP (n = 132; 19,7%),  
(con una puntuación media en el NPI de 21,1)
- Globalmente, los síntomas con mayor puntuación fueron:  
**apatía, depresión y ansiedad.**
- La presencia de **delirios y alucinaciones** fue significativamente más prevalente en la DCL.

# PREVALENCIA

- **La gravedad de la demencia se relacionó con mayor puntuación** en la NPI, tanto globalmente como por subescalas, excepto para la ansiedad y la euforia.
- La presencia de agitación, euforia o irritabilidad se asoció con un menor cumplimiento terapéutico.
- **Se observó una alta prevalencia de SPCD que contrasta con su infradiagnóstico**, lo que repercute negativamente en la calidad de vida del paciente y su entorno, ello nos obliga a su búsqueda y tratamiento de todo paciente con demencia.

# PREVALENCIA

- Los SCPD son con frecuencia el **desencadenante para el reconocimiento de la enfermedad** y la derivación de los enfermos a los servicios especializados, aunque siempre esta primera visita es relativamente tarde en el curso de la enfermedad.
- El desarrollo de la SCPD es un **factor de riesgo importante para la carga del cuidador y la institucionalización.**
- Todos los SCPD pueden estar asociados con la carga del cuidador, pero la **paranoia, agresividad y trastornos del ciclo de sueño y vigilia** parecen ser las conductas particularmente influyentes para la institucionalización.

Coen, RF, Swanwick, GR, O'Boyle, CA, et al (1997) alteración de comportamiento y otros factores de predicción de carga para el cuidador en la enfermedad de Alzheimer. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 331 -336.

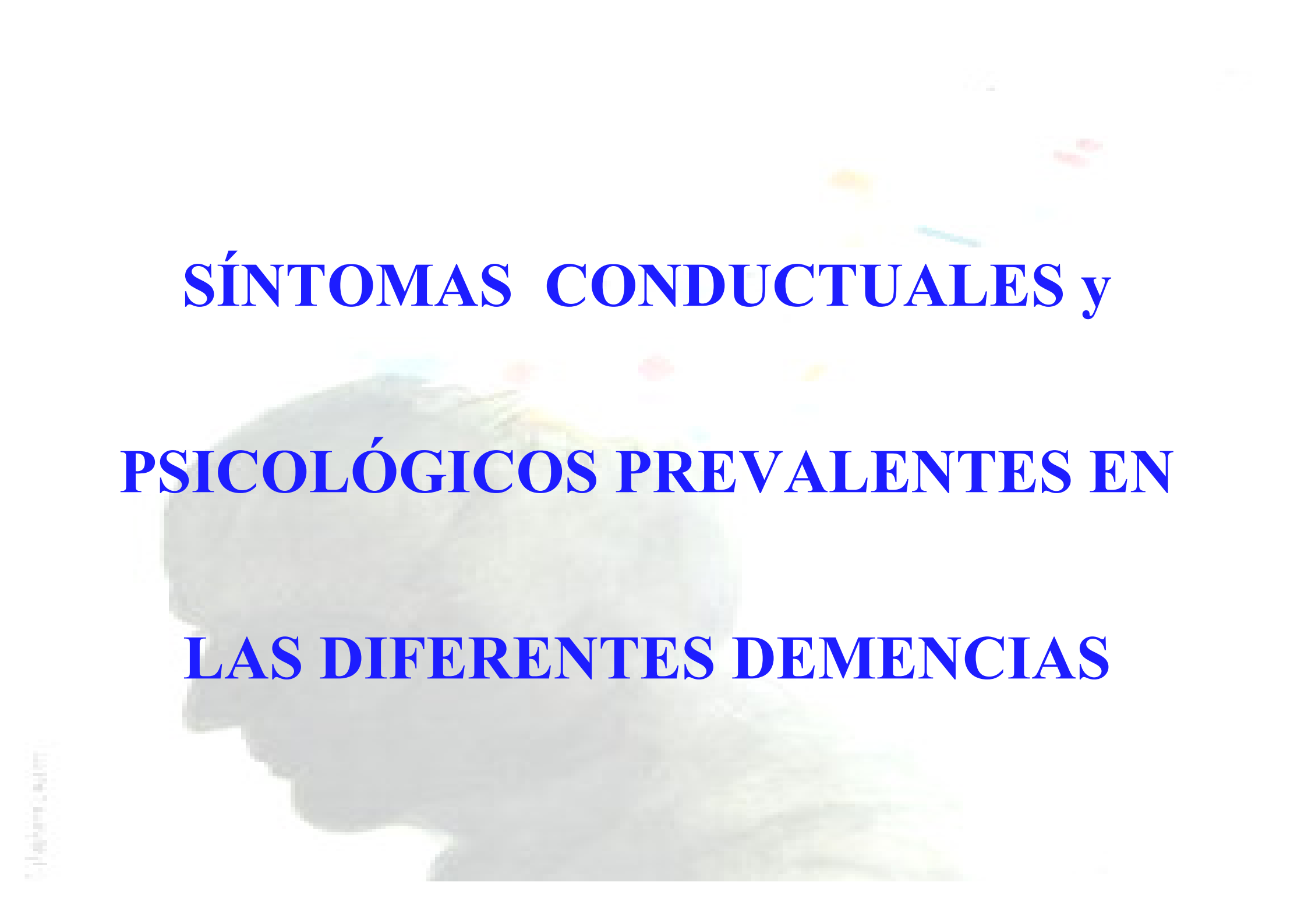
O'Donnell, B. F., Drachman, D. A., Bamed, H. J., et al (1992) Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalisation in dementia. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 5, 45 -52.

YaffeK, Fox P,Newcomer R et al. Patient And caregiver characteristics and nursing home placemenet in patients with dementia. Journal of American Association 2002; 287 (16): 2090-2097

Steele, C., Rovner, B., Chase, GA, et al (1990) Los síntomas psiquiátricos y la colocación de un hogar de ancianos de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. American Journal of Psychiatry, 147, 1049 -1051.

# PREVALENCIA

- La evaluación y un tratamiento específico de los SCPD pueden aliviar el sufrimiento del paciente y cuidador, pero serán menos eficaces si las intervenciones se producen después de que el sistema de apoyo se haya roto.
- En la evaluación de las personas con demencia en todas las etapas de la enfermedad, la investigación cuidadosa debe ser hecha con respecto a la presencia o no de SCPD.
- Aquí el énfasis se debe de detectar antes de que los cuidadores presenten burn-out.



**SÍNTOMAS CONDUCTUALES y  
PSICOLÓGICOS PREVALENTES EN  
LAS DIFERENTES DEMENCIAS**

# DEMENCIA FRONTOTEMPORAL variante CONDUCTUAL

(Descrita por Arnold PICK entre 1892-1904)

- Deterioro cognitivo y /o conductual
- Aparición precoz (< 3 años) y persistente de :
  - 1.- desinhibición conductual
  - 2.- Apatía
  - 3.- Pérdida de empatía / comprensión
  - 4.- Conducta perseverativa, estereotipada o compulsiva / ritualista.
  - 5.- Cambios en la conducta alimentaria o hiperoralidad.



# DEMENCIA SEMÁNTICA:

- Pérdida de reconocimiento de las personas.
- Se asocian a veces cambios de personalidad, rigidez, apatía y retraimiento social, conductas compulsivas y estereotipada.
- Cambios de conductas alimentarias.

# ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

(A. Alzheimer, 1906)

1. Progresivo déficits de atención.
2. dificultad del lenguaje.
3. pérdida de orientación ó
4. alteraciones de la conducta.

(Criterios 2011 del NIA – ALZHEIMER ASSOCIATION)

# DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

(Descrita por 1817 y Friedrich LEWY en 1912)

Triada central de *DEMENCIA, PARKINSONISMO y ALUCINACIONES VISUALES RECURRENTES, CON FLUCTUACIONES.*

- ALUCINACIONES VISUALES (80%) PRECOCES y RECURRENTES.
- MÁS RARAMENTE ALUCINACIONES AUDITIVAS ó TÁCTILES
- TRASTORNOS DE CONDUCTA DE SUEÑO REM
- SÍNCOPEs y CAÍDAS.
- DELIRIOS SISTEMATIZADOS.

# **DEMENCIA ASOCIADA A PARKINSON.**

(Descrita por James PARKINSON en 1817)

Se presenta con frecuencia un año antes del manifestarse el deterioro cognitivo.

- **ALUCINACIONES**
- **ALTERACIONES DE LA CONDUCTA**
- **SOMNOLENCIA DIURNA**
- **CONFUSIÓN EPISÓDICA**
- **ALUCINACIONES EPISÓDICAS, similares a las del DCL**

- La mayoría de los estudios de la demencia y de la E.A. se refieren a evaluar las fases moderadas de la enfermedad.
- Sin embargo, debido a la naturaleza de la enfermedad, **la gran mayoría de los casos evolucionan hacia una etapa de marcada gravedad, que puede durar muchos años.**

## La Demencia Severa *representa un importante problema*

*desde el punto de vista de la salud, por:*

- Peligro marcado de alteración funcional,
- Presentan frecuentemente alteraciones psiquiátricas y alteraciones del comportamiento.
- Se asocian con déficits en las actividades de la vida diaria.
- Hay pérdida de autonomía y conducen inevitablemente a la necesidad de buscar ayuda externa.

- Cuanto mayor es el deterioro funcional y cognitivo en las demencias, mayor es el número de ingresos en instituciones.
- Conforme a Ritchie y Robine, cerca del 40% de los enfermos de Alzheimer se encuentran hospitalizados, o ingresados en Centros.
- Llegando a casi el 65% de ingresos en Nursing Home, de estadios de demencia severa.

Los SPCD en demencias severas, pueden clasificarse en tres clases:

1. Trastornos psicomotores ( agitación )
2. Trastornos psiquiátricos ( alucinaciones, delirios, ansiedad y depresión)
3. Trastornos del comportamiento ( agresividad, conducta inapropiada, gritos e incontinencias).



Se observó mayor incidencia de SPCD en :

- Demencias de Cuerpos de Lewy (90%),
- seguido de las demencias asociadas a E. de Parkinson (83,6%) y
- EA (61,6%).
- Entre un 23 y un 30% de los pacientes no tenía diagnóstico previo de SPCD.



**PREVALENCIA**  
**SÍNTOMAS**  
**CONDUCTUALES**

## **AGITACIÓN.**

Está presente en diferentes proporción dependiendo del estudio, autor y a la diferente definición de tal agitación, oscila la prevalencia en demencias avanzadas entre el 18% de Verny et al. (1998) al 75% de Easwod y Reisberg (1996)

## **ALUCINACIONES.-**

En los diferentes estudios señalan que las alucinaciones en las demencias avanzadas se producen en un 28% (Wragg y Jeste,1989), aunque estudios posteriores dan cifras más bajas de prevalencia, llegando hasta series que hablan de tan solo un 3%, de alucinaciones aisladas (Bassiony et al.,2000), todo parece indicar que conforme avanza la gravedad de la demencia, se hace más difícil el que aparezcan estos cuadros alucinatorios.

## DELIRIOS.-

- Los delirios se producen con frecuencia en la E.A.
- La frecuencia se estima entre el 13 y el 73 %.
- Los delirios más frecuentes son los paranoicos, y van decreciendo conforme se va agravando el estadio de la enfermedad, esta llegar a tan sólo un 5% en los estadios 7 de FAST, *posiblemente por la reducción de la capacidad verbal de estos pacientes.*

## DEPRESIÓN.-

- La literatura señala que existe una prevalencia de entre 17 y 35% de depresión en demencia severa.
- La depresión tardía está relacionada con un mayor riesgo de demencia, los síntomas depresivos podrían ser un signo temprano de demencia.
- Varios autores como, A.P. Porteinsson, MD, William B. y S.Konar, coinciden en que el tratamiento de la depresión tardía podría ser una manera de frenar la progresión a la demencia.

- También coinciden en que este síntoma se encuentra más frecuentemente en los pacientes que están hospitalizados, independientemente del grado evolutivo de la demencia.
- Hay que tener en cuenta que la depresión, aún en estadios graves, a menudo tiene una presentación atípica y siempre la tenemos que tener en cuenta cuando se produzca un cambio en el comportamiento del paciente.

## **ANSIEDAD.-**

- Se reportan en diferentes estudios una frecuencia de casi el 70% de pacientes en estadios GDS 6, disminuyendo a casi cotas de 1% en el siguiente estadio del GDS.
- La ansiedad, estaría relacionada en algunos casos con la Depresión, y es un estadio difícil de evaluar en cuanto a su intensidad en enfermos con demencia severas, al no haber la comunicación verbal necesaria.



## **AGRESIVIDAD.-**

- Es un síntoma frecuente, sobre todo, muy molesto para los familiares o los cuidadores.
- se presenta entre el 30 y el 50% de los pacientes.
- Está en relación con el estadio de la Demencia y con la pérdida de auto cuidados.
- Las verbales son más frecuentes que las físicas, aunque estas aumentan conforme aumenta el grado de severidad de la demencia, y pudiera estar relacionado con el deterioro de las habilidades verbales y dificultad para expresarse.

## **EPISODIOS DE GRITOS.-**

- Los gritos episódicos o de forma continuada suponen una enorme sobrecarga a los cuidadores y familiares, son difíciles de cuantificar, pueden ser representación de dolor o simplemente de malestar del paciente.
- También podrían estar relacionados con la presencia de alucinaciones, pero al ser más frecuentes este síntoma en los pacientes con demencias avanzadas, es difícil evaluar de forma fehaciente si corresponde a un cuadro u a otro.

## EPISODIOS DE GRITOS.-

- En residencias, la presencia de gritos, se correlacionó con pacientes dependientes para la ABVD, enfermos pluripatológicos y en aquellos que se les había sometido a sujeciones físicas o que tenían medicación psicotrópica.
- Los diferentes estudios parecen corroborar que los gritos se presentan principalmente con una alteración grave de la expresión verbal, como si fuera la única forma de expresión que tuviera el enfermo, y por lo general como una demostración de angustia.

## INCONTINENCIA.-

- La pérdida de control de esfínteres es un acontecimiento frecuente en las demencias.
- Son más frecuentes en las patologías como la Demencia fronto-temporal y las demencias de cuerpos de Lewy.
- Es un síntoma que aumenta la angustia de los familiares y que hacen que lleven a una situación de “secuestro” del paciente, motivado por la vergüenza que supone para los cuidadores la situación.

- En las residencias, las alteraciones más frecuentes son:

*agitación, psicosis, alteraciones del estado de ánimo, agitación psicomotora y la apatía.*

Alcanzando un porcentaje de casi el 80% en los diferentes estudios.

- Estos SCPD suponen, una mayor demanda de personal provocado por el aumento del stress en el trabajo, el agotamiento y la rotación del personal de servicio de atención a los mayores.
- Llevan al abuso de sujeciones y restricciones físicas, no siempre justificadas, así como al abuso de drogas antipsicóticas.

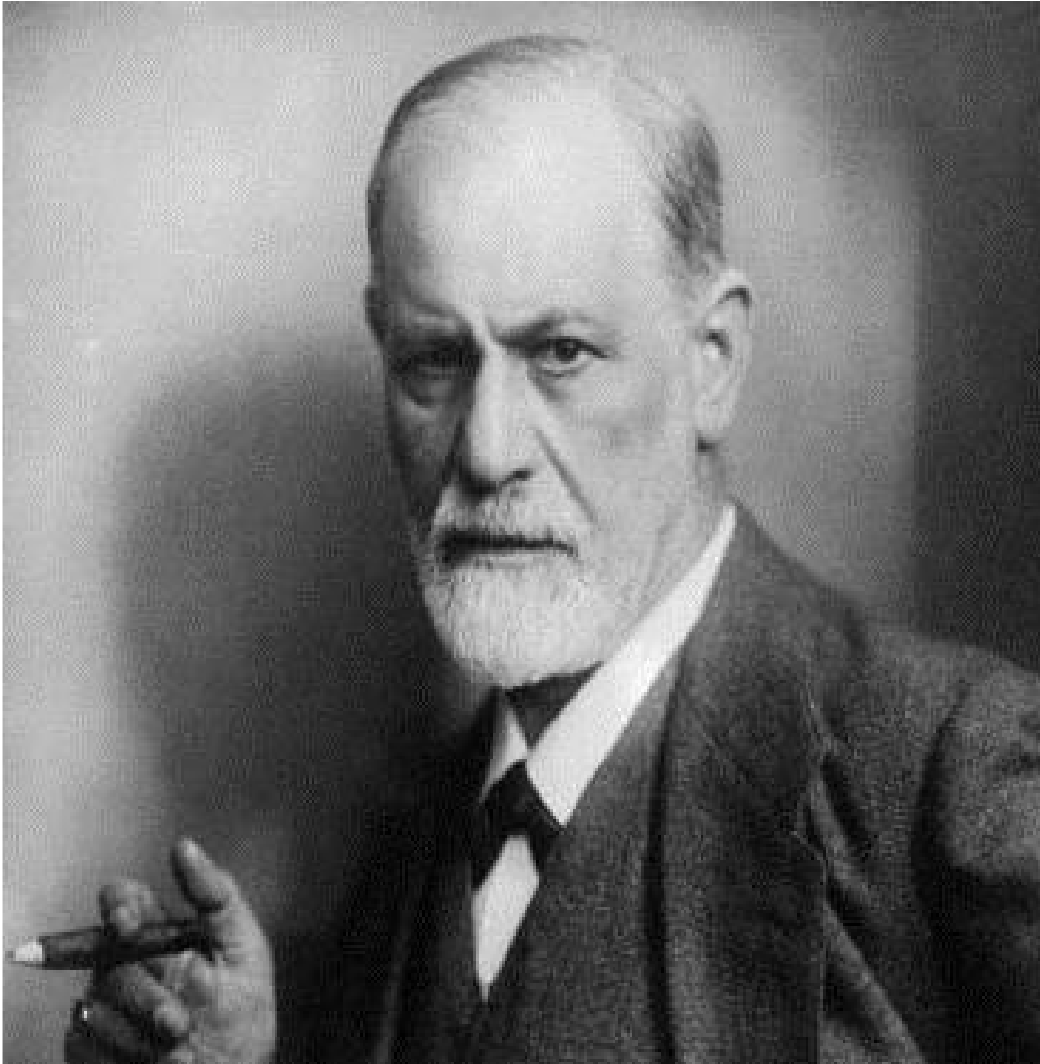
- Las etapas finales de la demencia se han caracterizado por describirla como un estado 'vegetativo'. Siendo esto un tanto relativo y diferente a lo que nos encontramos en nuestra realidad.
- La última etapa de los pacientes son de hecho, bastante diferentes unos de otros y en la mayoría de los casos continúan interactuando con su entorno.
- Aunque cambian los síntomas presentes, siguen siendo un dato a tener en cuenta para seguir evaluando a los mismos.

- El éxito del tratamiento de estos síntomas de comportamiento por lo tanto, podría ayudar a retrasar la institucionalización.
- Además, una mejora de los trastornos psiquiátricos y conductuales en las instituciones, sea probablemente una forma de disminuir los costos asistenciales e igualmente, la disminución de patologías iatrogénicas, como fracturas y por caídas durante los episodios de agitación.
- En la evaluación de las personas con demencia en todas las etapas de la enfermedad, la investigación cuidadosa debe incluir la presencia o no de SCPD.



# Los SCPD desde el PSICOANALISIS





Desde el punto de vista del psicoanálisis y de acuerdo al modelo propuesto por S. Freud, nuestro aparato psíquico presentaría una serie de elementos que combinados, van a permitir entender algunos aspectos que nos interesan.

# Desde el punto de vista del psicoanálisis

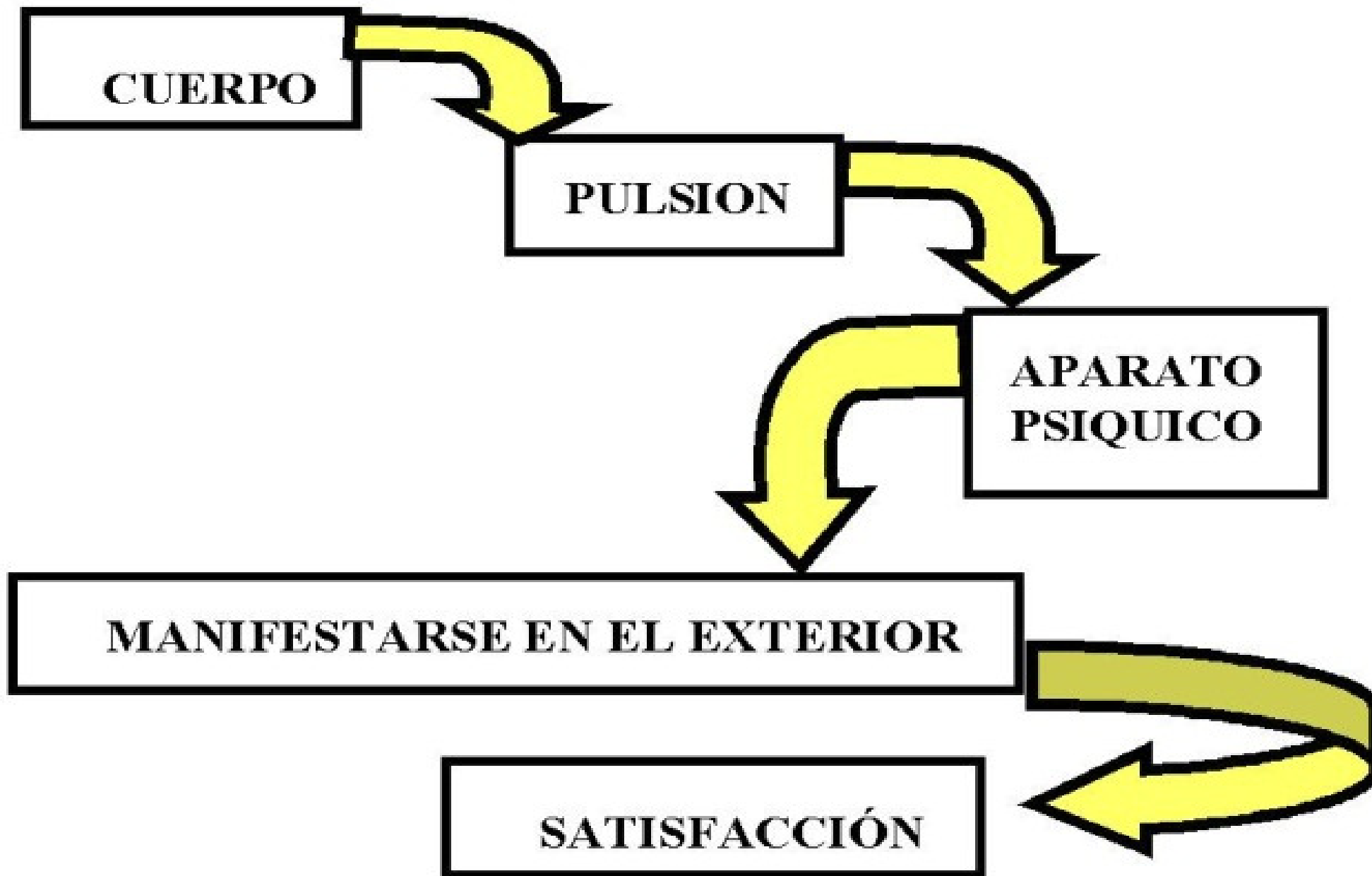
- A medida que el deterioro evoluciona, el paciente va retrocediendo en sus capacidades y aptitudes en sentido inverso a los que las ha adquirido.
- En el lenguaje popular se expresa este hecho cuando se dice que estos pacientes **"se van haciendo cada vez más niños"**.
- Con el paso del tiempo, se pierden más capacidades y el paciente se hace cada vez más dependiente, hasta llegar a una simbiosis con su cuidador del mismo grado que la tiene un recién nacido con su madre.

- **La Pulsión sería una fuerza interna que intenta manifestarse y satisfacerse a través de nuestra conducta.**
- Originada la pulsión, esta hace todo lo posible por manifestarse, desconociendo todo parámetro de lugar, ocasión o posibilidad.
- **Su único interés es el de ser satisfecha.**

- **El Aparato Psíquico sería el resultado de un proceso evolutivo cuya meta es el dominio y manejo de las pulsiones con la finalidad de adaptarnos de la mejor manera posible a nuestro ambiente y a la sociedad que nos rodea.**
- Formado por distintas instancias el mismo se desarrolla a medida que vamos creciendo y madurando logrando su mejor expresión en nuestra primera juventud.

- Al nacer, solo contamos con un bosquejo parcial y rudimentario que con el paso del tiempo será desarrollado.
- En nuestros primeros meses de vida somos presas de nuestras pulsiones que nos dominan: **comer, satisfacer nuestro hambre, ser mimados y protegidos por nuestra madre.**
- No somos capaces de posponer la satisfacción de aquellas pulsiones que se nos presentan.

- La madurez de nuestro aparato psíquico va a estar dada por el **desarrollo de las capacidades para posponer y adaptar la satisfacción de nuestras pulsiones a la realidad o reprimirlas**, por ser totalmente incompatibles con nuestros valores o con la realidad.
- Para que el manejo de las pulsiones sea posible es necesario desarrollar **la capacidad de entender, analizar y actuar sobre el medio que nos rodea**.

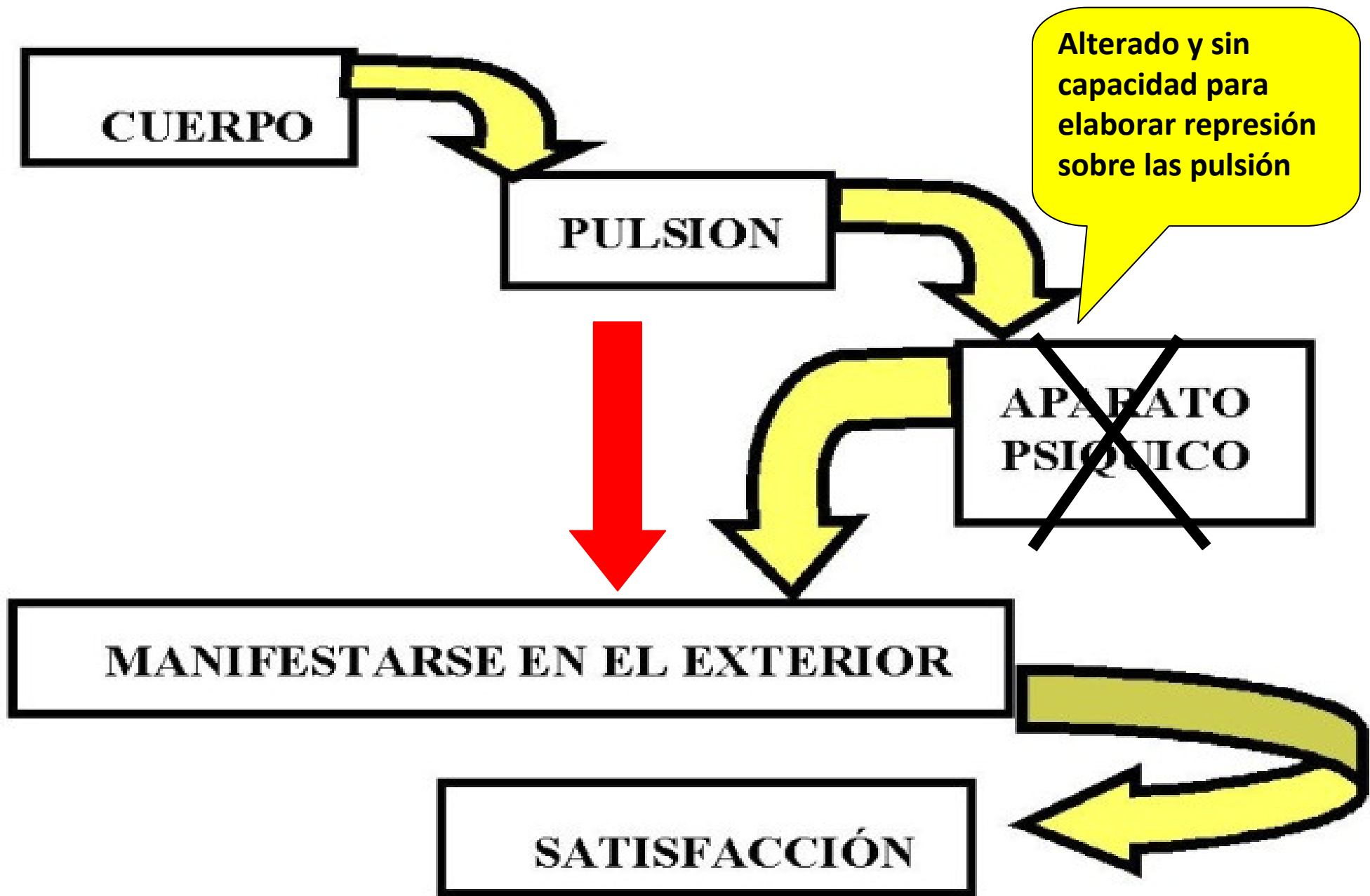


- Para que esto sea posible desarrollamos " **sistemas de seguridad** " internos que permiten hacer un manejo efectivo de las pulsiones que llegan a nuestro aparato psíquico.
- Uno de ellos es nuestro "**YO**". Él va a ser el encargado de analizar la situación del medio que nos rodea y ver en que medida es posible articular la satisfacción de tal o cual pulsión.
- El segundo, es el "**SUPERYO**" que se encargará de realizar una tarea de filtrado de aquellas pulsiones que intentan ser satisfechas.



- Al igual que un "portero", se va a encargar de permitir o no la entrada de las pulsiones a nuestro "YO", para que éste elabore una conducta a los efectos de ser satisfecha.
- Aquellas que **no pueden entrar son rechazadas (reprimidas) y son destinadas al "ELLO" o Inconsciente.** Ahí permanecerán a lo largo de nuestra vida, hasta poder encontrar una forma de "colarse" hacia el "YO", disfrazando su naturaleza o esperando un momento de debilidad del SUPERYO.

- **"Durante el proceso de demencia, el Aparato Psíquico se va desmoronando con el progreso del deterioro, el paciente va quedando cada vez más a merced de las pulsiones.**
- **Si nos preguntamos ¿como es que las pulsiones no se deterioran junto con el resto del aparato psíquico?**
- **El paciente con demencia, mientras vive, genera pulsiones y cada vez cuenta con menos elementos del aparato psíquico para hacerles frente.**



- Paralelamente **aquellas pulsiones que en algún momento de la vida del paciente fueron reprimidas**, una vez que el resto del aparato psíquico se desmorona, aprovechan para irrumpir y "pelear" por ser satisfechas.
- El "YO" debilitado y sin el auxilio del "SUPERYO" se ve **dominado por las pulsiones y con tal de escapar de su apremio, comienza a manifestarlas determinando una serie de conductas agitadas, agresivas, irracionales, etc.**

1. La **historia clínica** y el uso de una **actuación basada en objetivos**, debe ser parte de cualquier estrategia integral **de evaluación cognitiva**, pero también lo debe ser

2. La **historia y el enfoque de evaluación sobre los síntomas conductuales y psicológicos**, dada su alta frecuencia y el impacto sobre el paciente y la calidad de cuidador de la vida.

- El reconocimiento de SCPD es el primer paso y quizás el más importante, en la elaboración de un plan de manejo y se verá facilitada por el uso de escalas de evaluación estandarizada para patologías del comportamiento.
- El contexto de la conducta, los síntomas y su impacto son elementos clave en la evaluación.

- Las características de la conducta o los síntomas, junto con la frecuencia, gravedad e impacto en el paciente y el cuidador deben ser identificados antes de la formulación de un plan adaptado y específico de acción, que es probable que incluya las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Es útil identificar los síndromes en el paciente: ¿es principalmente un síndrome psicótico (alucinaciones o delirios), o es el principal problema el psico-motor, de agitación y trastornos del sueño?

- La resistencia agresiva, cuando se realiza una actividad personal con el paciente, no puede justificar la intervención farmacológica inmediata.
- Además, la identificación errónea de síntomas, como parte de un síndrome psicótico, puede ser más preocupante para los cuidadores de los pacientes y en la educación en esos casos de los miembros de la familia.
- Aquí el énfasis de que se deben detectar los mismos, antes de que los cuidadores presenten burn-out.



Las escalas de valoración de síntomas psicológicos y de conducta asociados a demencias, más usuales son:

- LA ALZHEIMER DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS),
- BEHAVIOUR PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE RATING SCALE (BEHAVE-AD),
- COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI),
- INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS (NPI).

Hay una nueva Escala que evalúa con solo 16 items los aspectos cognitivos (3 items), conductuales (5 items) y funcionales (3), capacidad de comunicación (3 items) y dos que evalúan la calidad de vida y sobrecarga del cuidador, en los enfermos de Alzheimer, es la Escala:

## **ROSA (Relevant Outcome Scala for Alzheimer's Disease).**

Podría ser la más recomendable de empleo para evaluar a los pacientes que se encuentran en tratamiento.

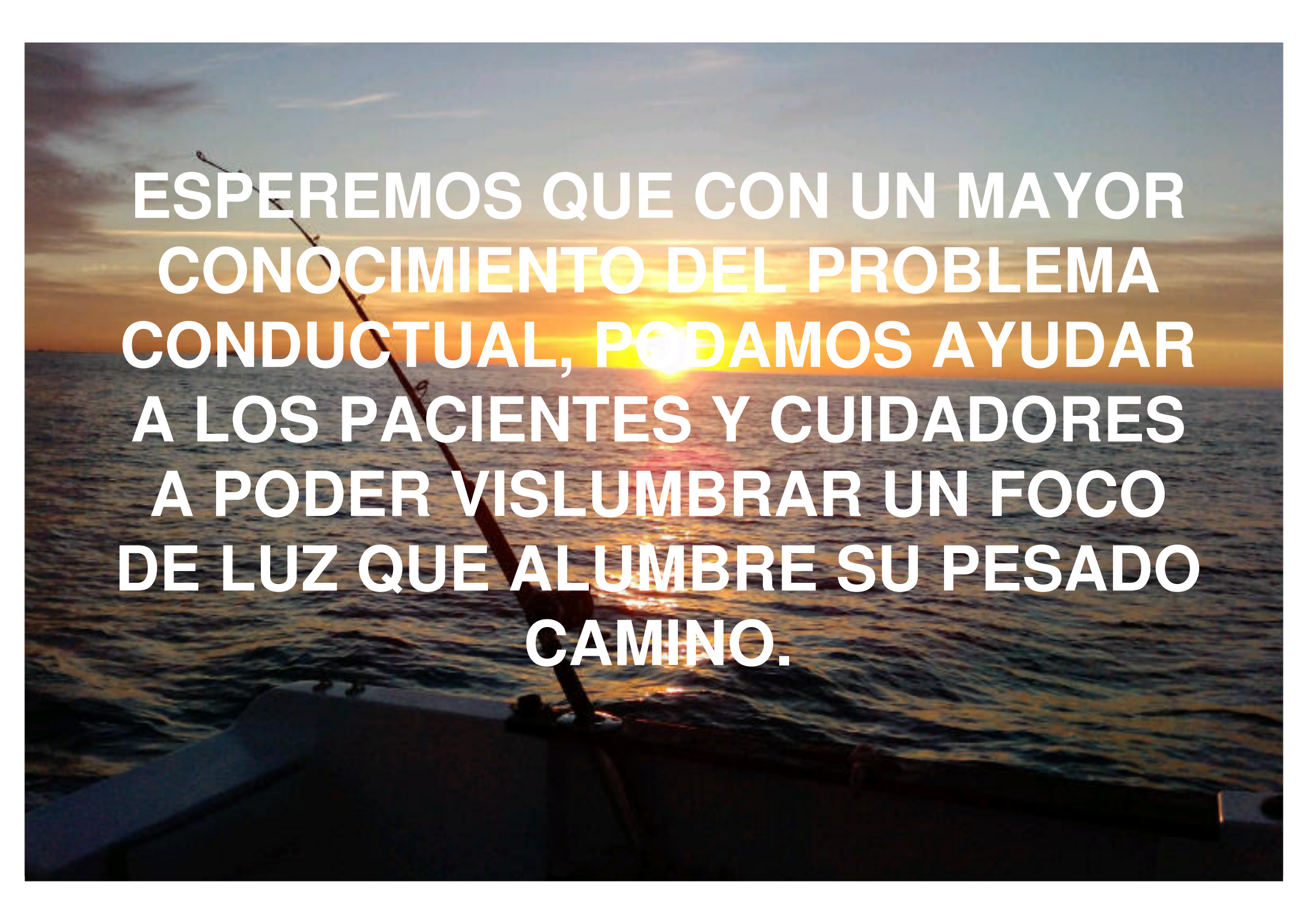
- Como regla general el empleo de estas escalas vendrá determinado por la experiencia personal de cada uno de nosotros, así como de las preferencias y las características específicas de cada práctica clínica.

## **CONCLUSIONES:**

- 1. LA PREVALENCIA DE LOS SCPD ES MUY ELEVADA EN PACIENTES CON DEMENCIA.**
- 2. ESTA PRESENTE EN MUCHOS MAYORES SIN DETERIORO COGNITIVO.**
- 3. SE PRESENTAN EN OCASIONES ANTES QUE LOS SINTOMAS COGNITIVOS.**
- 4. EN MEDIO RESIDENCIAL AUMENTA SU PREVALENCIA E INCIDENCIA.**
- 5. ES MOTIVO DE INGRESO PRECOZ EN RESIDENCIAS Y OTRAS INSTITUCIONES.**

## CONCLUSIONES (II):

6. OCASIONAN UN ELEVADO COSTO.
7. PRODUCEN UN ALTO GRADO DE INSOPORTABILIDAD A LOS CUIDADORES.
8. PUEDEN SER PREMONITORIOS DE MALOS TRATOS AL ENFERMO.
9. CAUSAN STRES y PATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN LOS FAMILIARES y CUIDADORES.
10. SU TRATAMIENTO ES MÁS EFICAZ QUE EL TTo. COGNITIVO.

A photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and yellow glow that reflects on the water. In the foreground, a fishing rod is visible, extending from the bottom left towards the center. The text is overlaid in white, bold, uppercase letters.

**ESPEREMOS QUE CON UN MAYOR  
CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA  
CONDUCTUAL, PODAMOS AYUDAR  
A LOS PACIENTES Y CUIDADORES  
A PODER VISLUMBRAR UN FOCO  
DE LUZ QUE ALUMBRE SU PESADO  
CAMINO.**

A photograph of a sunset over the ocean, taken from the perspective of someone on a boat. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and yellow glow that reflects on the water's surface. The sky is a mix of blue and orange, with some wispy clouds. A fishing rod is visible in the foreground, extending from the bottom left towards the center. The text "MUCHAS GRACIAS" is overlaid in the center of the image in a large, white, bold font.

**MUCHAS GRACIAS**

# FONDOS:

Stéphan Lauzon



Propia

