

En demencias no todo es memoria: la importancia de los Síntomas Psicológicos y Conductuales

Dra. Yaneth Rodríguez Agudelo
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Ciudad de México



Temas

- Definición de la demencia/
Criterios diagnósticos
- Definición/Clasificación de SPCD
- Etiología
- SPCD en las demencias
- Diagnóstico/Evaluación
- Manejo de los SPCD
- Conclusiones



Definición de las demencias

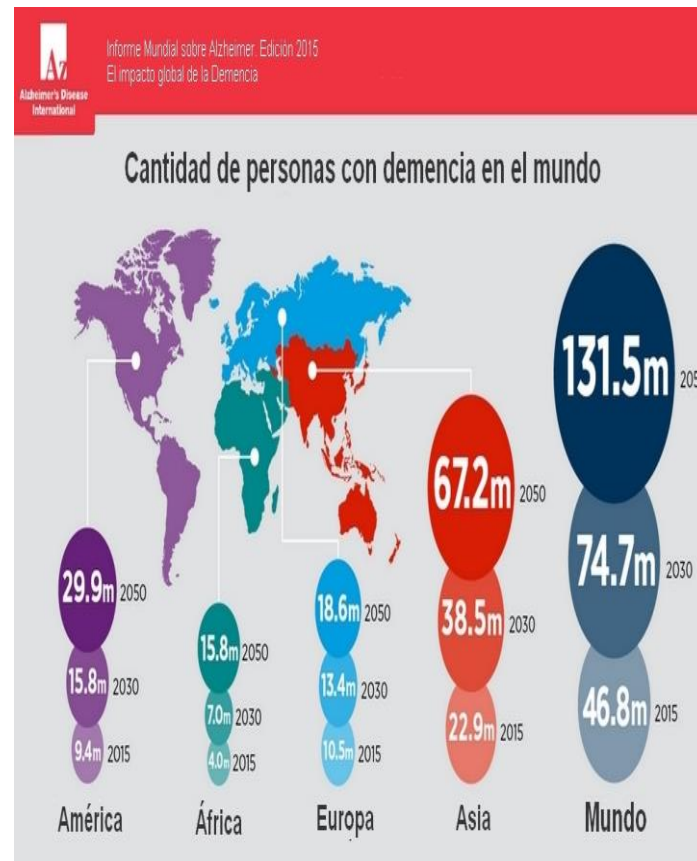
Tipos/Criterios diagnósticos

Epidemiología

Las demencias son una de las principales causas de discapacidad en la vejez.

Actualmente, más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo, más del 60% viven en países de ingreso mediano y bajo.

Las proyecciones indican que esta cifra se duplicará cada 20 años, llegando a 75 millones en el 2030 y 130 millones en el 2050.



DEMENCIAS - Definición



- ▷ El término demencia engloba a una serie de enfermedades que se caracterizan por la aparición de un ***síndrome neuropsiquiátrico adquirido*** que atenúa el funcionamiento cerebral.
- ▷ Se manifiesta en forma de alteraciones ***cognitivas, conductuales, anímicas y funcionales***.
- ▷ Dichas alteraciones son de ***suficiente severidad*** para interferir en diferentes esferas de la vida del individuo.
- ▷ No se explica por delirium o algún trastorno psiquiátrico.

(NIA/AA, 2011)

Demencia

La demencia hace referencia a un cuadro clínico caracterizado por un deterioro significativo en aspectos cognitivos que afectan *a uno o más* dominios

- ❖ Atención
- ❖ Aprendizaje
- ❖ Memoria
- ❖ Lenguaje
- ❖ Habilidades visoespaciales
- ❖ Cognición social
- ❖ Funcionamiento ejecutivo



(American Psychiatric Association, 2013)

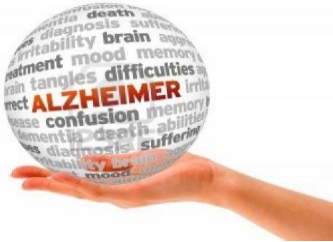
Tipos de Demencia



Dentro de las formas más comunes de demencia se encuentra en primer lugar la Enfermedad de Alzheimer seguida de la Demencia vascular, la Demencia por cuerpos de Lewy y las diversas formas de Demencia Frontotemporal.



Es frecuente la coexistencia de dichas formas hablándose así de Demencia Mixta (OMS, 2016).



Las formas mixtas más frecuentes son la Enfermedad de Alzheimer en combinación con la Demencia vascular o con la Demencia por cuerpos de Lewy (ADI, 2014).

Tipos de Demencia

 56%

demencias corresponden al tipo Alzheimer

 14%

demencias vasculares

 10%

demencias por Cuerpos de Lewy y a demencia Parkinson

 8%

demencias Frontotemporales

 12%

restante a demencias por otras causas

Las demencias mixtas son las que se observan con mayor frecuencia

Criterios Diagnósticos

Trastorno Neurocognitivo DSM-5



*El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-V) propone el cambio de nomenclatura de Demencia por el de **Trastorno Neurocognitivo Mayor**.*

American Psychiatric Association (2013)

Crterios diagnósticos DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor

A

Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeo en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del médico especialista con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas
2. Declive en el desempeo neuropsicológico, implicando un desempeo en los tests del rango de dos o más DE por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B

Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

C

Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium

D

Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

American Psychiatric Association (2013)

Criterios Diagnósticos



Adicionalmente según el DSM-5 se debe **especificar la probable etiología** del cuadro, si hay presencia o ausencia de **alteración comportamental** y la severidad del mismo.

Dentro de las etiologías posibles figuran la Enfermedad de Alzheimer, la Degeneración del lóbulo Frontotemporal, la Enfermedad por cuerpos de Lewy, la Enfermedad Vascular, el Traumatismo Cerebral, etc.

Con respecto a la gravedad puede ser leve, moderada o severa dependiendo del nivel de dependencia del paciente.



Definición/Clasificación

Síntomas Psicológicos y Conductuales de las
Demencias (SPCD)

Definición SPCD

Conjunto de alteraciones conductuales, anímicas, psicológicas y psiquiátricas disruptivas presentes en las demencias.

Se les ha denominado “síntomas no cognitivos” o “síntomas neuropsiquiátricos”.

En 1996 la Asociación Internacional de Psicogeriatría estableció un consenso para referirse a ellos como “Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia” SPCD.

Se trata de síntomas complejos, de etiología multifactorial.

Los SPCD no están como criterios de diagnóstico de las demencias en el DSM-5, sino como característica específica de algunos pacientes.

Finkel and Burns, 1999; Pérez-Romero, 2018

SPCD

El diagnóstico de la demencia se ha centrado principalmente en la presencia de síntomas cognitivos, aunque en muchos casos las ***alteraciones neuropsiquiátricas pueden preceder o coexistir*** con deterioro cognitivo.

Los SPCD son frecuentes y pueden afectar significativamente el pronóstico y el tratamiento de la demencia. *Son fluctuantes y de larga duración.*

Por esta razón, el DSM-5 requiere que se especifique:

Presencia de los SPCD



Grado de Severidad de los SPCD



EJEMPLO: "trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteraciones del comportamiento moderadas".

Síntoma	Definición
<i>Delirios</i>	Creencias o narraciones erróneas o falsas: interpretaciones (le roban aquello que no encuentra), identificación (las personas de la televisión están en la casa o el cuidador es un extraño), delirios (ideas de robo, abandono, perjuicio, etc., no justificadas), confabulaciones
<i>Alucinaciones</i>	Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones), ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo o somático u otra experiencia sensorial insólita
<i>Agresión/Agitación</i>	Cualquier conducta física o verbal que puede causar daño; oposición o resistencia, para recibir la ayuda necesaria
<i>Depresión</i>	Tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga, falta de esperanza, etc., que provocan malestar significativo y pérdida de funcionalidad
<i>Ansiedad</i>	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado expresado de forma verbal, gestual o motriz
<i>Euforia</i>	Humor anormalmente elevado o inapropiado
<i>Apatía</i>	Falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación
<i>Desinhibición</i>	Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas. Falta de tacto social en el lenguaje, expresión corporal u otras conductas, alteración del comportamiento sexual
<i>Irritabilidad/Labilidad</i>	Impaciencia, intolerancia, cambios de humor, mal humor, cambios de humor rápidos no justificados.
<i>Hiperactividad Motriz</i>	Aumento de la deambulación o de otra actividad motora que no se explica por necesidades básicas ni por otro SPCD (p. ej., ansiedad). Agitación, inquietud. Vocalizaciones repetidas (sonido o expresión vocal), molestas, relacionadas con cambios en el paciente o entorno. Repetición de actos, quejas y preguntas
<i>Alteración del sueño</i>	Pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico (hipersomnia, insomnio, inversión del ciclo, sueño fragmentado, etc.)
<i>Alteración del apetito</i>	Impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento, ingesta de otras sustancias o falta de impulso para la ingesta

Clasificación SPCD

Síntomas psicológicos

Delirios,
alucinaciones,
identificaciones erróneas,
depresión,
apatía
y ansiedad.

Síntomas conductuales

Hiperactividad motora/vagabundeo,
agitación/agresión,
comportamientos sexuales inapropiados,
desinhibición
y agresividad.

(Zheng et al., 2014)

Clasificación SPCD

Puede ser clínicamente útil clasificarlos en cinco dominios:

<i>Cognitivo/ conductual</i>	<i>Motor</i>	<i>Verbal</i>	<i>Emocional</i>	<i>Vegetativo</i>
Delirios Alucinaciones	Deambular Movimientos repetitivos Agresión física	Habla repetitiva Gritar Agresión verbal	Euforia Depresión Apatía Ansiedad Irritabilidad	Alteraciones del sueño y del apetito

Importancia de los SPCD

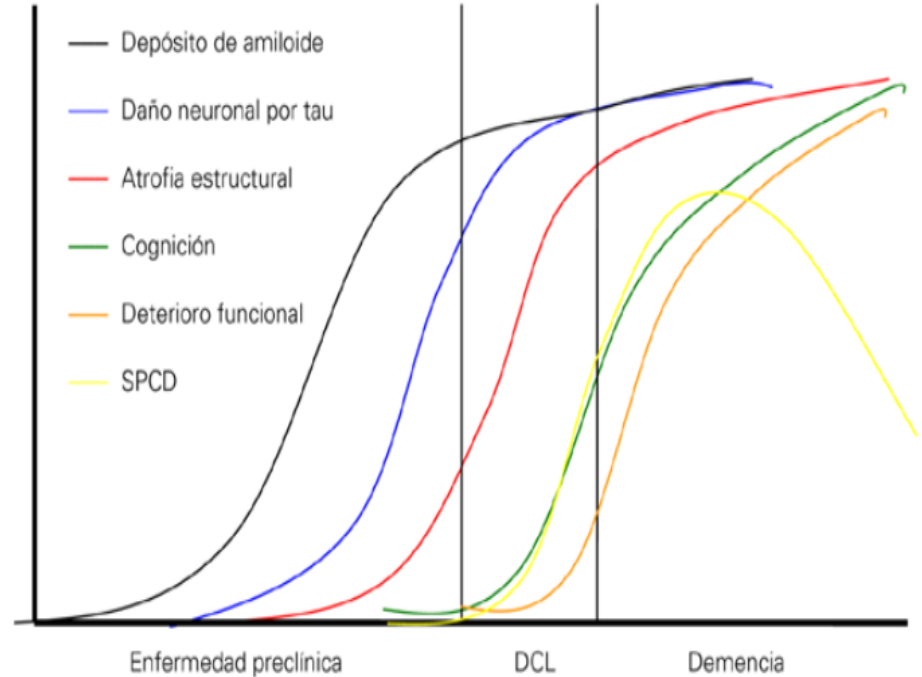
La relevancia del estudio de estos síntomas es alta dado que se ha postulado como **marcador de una fase preclínica** de las demencias.

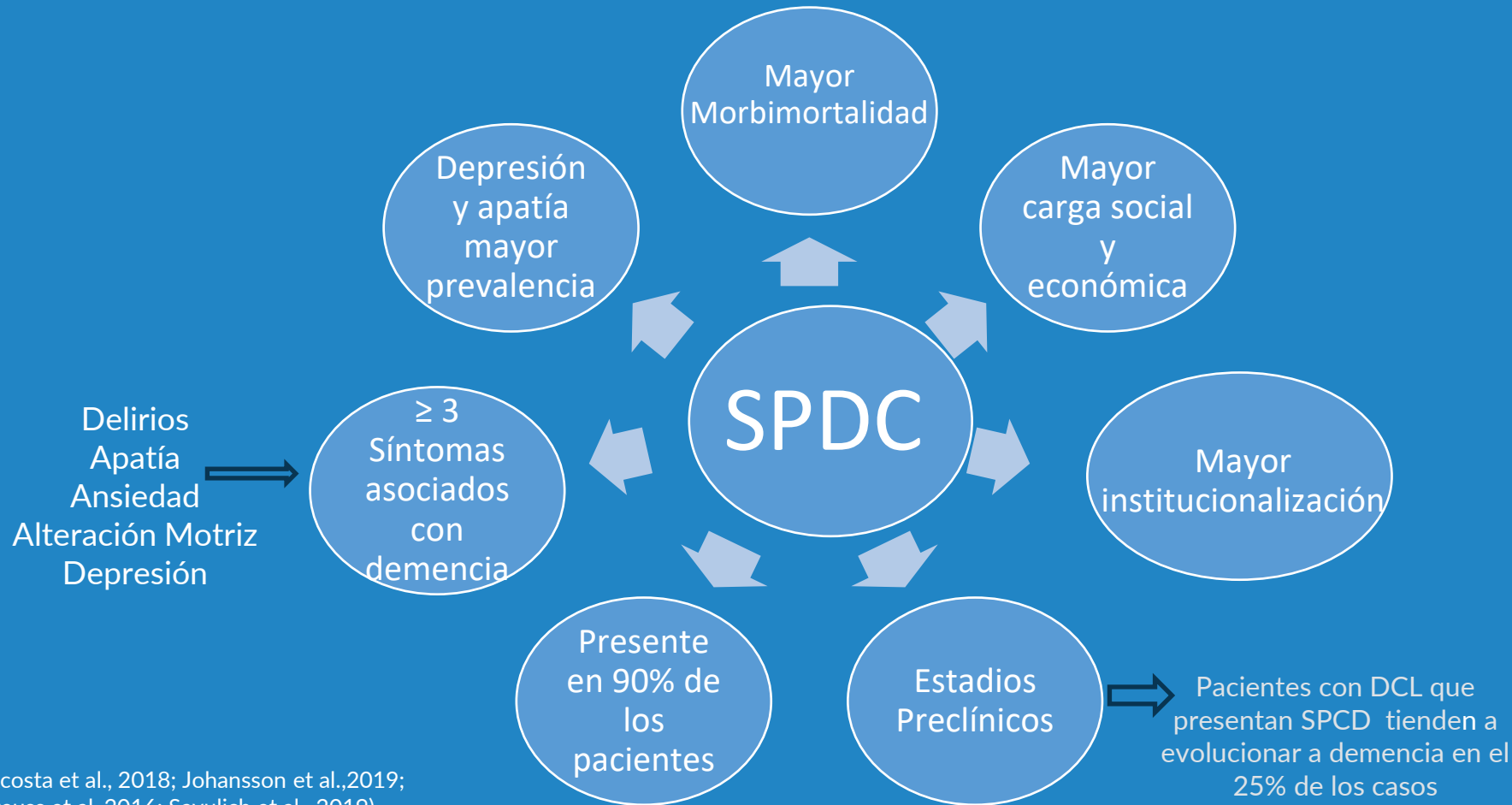
Los **síntomas más frecuentemente asociados a la sospecha de deterioro cognitivo**: delirios, las alucinaciones, la agitación, la desinhibición, la irritabilidad y la conducta motora sin finalidad

En 1999, la Asociación Psicogeriátrica Internacional enfatiza la importancia de los SPCD, **remarcando su relevancia en la sintomatología clínica y como causa de sufrimiento del paciente y sus familiares.**

Varios autores coinciden que los **SPCD podrían utilizarse como predictores de demencia.**

Figura 1. Sucesión de parámetros biológicos y clínicos en la enfermedad de Alzheimer. DCL: deterioro cognitivo leve; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de demencia.





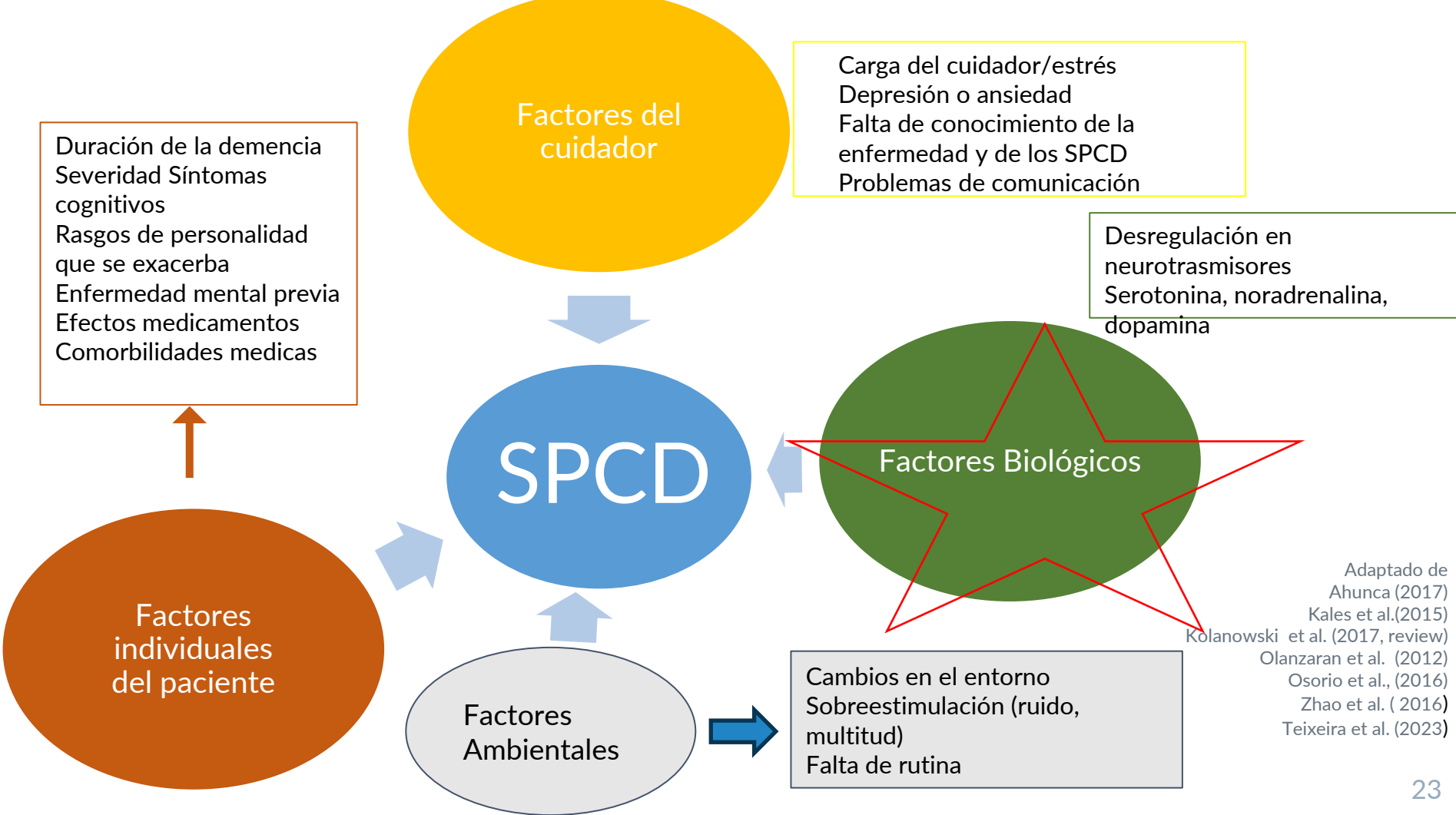
(Acosta et al., 2018; Johansson et al., 2019; Preuss et al., 2016; Savulich et al., 2019)

ETIOLOGÍA DE LOS SPCD

Los SPCD se han descrito ampliamente desde la clínica pero existen pocos estudios relacionados con factores etiológicos especialmente desde el punto de vista biológico-genético.

En la mayoría de los casos, los SPCD se generan como resultado de una interacción compleja de factores *biológicos*, *psicológicos*, *sociales* y *ambientales* que actúan sobre un organismo biológicamente predispuesto.

(Colombo et al.2018; Ismail et al., 2013, 2016; López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015)

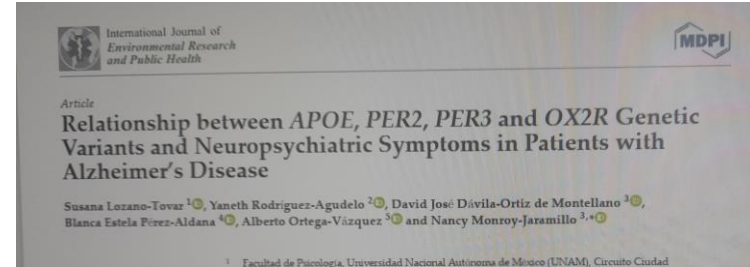


Adaptado de
Ahunca (2017)
Kales et al.(2015)
Kolanowski et al. (2017, review)
Olanzarán et al. (2012)
Osorio et al., (2016)
Zhao et al. (2016)
Teixeira et al. (2023)

Factores ambientales/genéticos

Respecto a la influencia de factores ambientales, un ejemplo claro de la alteración del ciclo del sueño es la *influencia de las estaciones del año en el estado del ánimo*.

“Síndrome afectivo estacional”



El ambiente es un elemento asociado con alteraciones del sueño y del estado del ánimo, también se encuentran influenciados por características genéticas.

Se han establecido genes específicos como son los CLOCK (ritmos circadianos) y las orexinas.



Demencias y SPCD

DEMENCIA Y SPCD

- ✓ La mayoría de los pacientes con demencia presentan SPCD, *en algún momento*, durante la evolución de la enfermedad.
- ✓ Cada paciente puede presentar una *gama distinta de manifestaciones*, diferente a otros pacientes así compartan el mismo diagnóstico.
- ✓ Según estudios longitudinales, *90% se ven afectados por lo menos con un síntoma* (comúnmente depresión o apatía).
- ✓ La *gravedad de los síntomas aumenta* con el tiempo y se correlaciona con la *institucionalización* de los pacientes.
- ✓ En los SPCD, la regla es *la variabilidad* en su presentación clínica. Al momento del diagnóstico va del 11 hasta el 90% y en el transcurso de la enfermedad es del 49 al 95%.
- ✓ Se ha descrito una correlación entre aumento del puntaje del Clinical Dementia Rating (CDR) y mayor puntaje en frecuencia y severidad de los SPCD.
- ✓ Se asocian con mayor estrés en el cuidador.
- ✓ Aunque los SPCD están presentes en todas las demencias, en algunas se manifiestan con mayor frecuencia. Esto confiere un **importante valor en el diagnóstico diferencial** del tipo de demencia.



SPCD

El tipo y frecuencia de SPCD se relacionan con las etapas de la demencia

DEMENCIA

Etapas iniciales

Ansiedad, puede estar correlacionada con el deficit cognitivo

La depresión es frecuente y persistente y de difícil manejo

Apatía es muy frecuente en EA. Está presente en todos los estadios de la enfermedad y se agrava en la medida en que la demencia progresa.

Etapas avanzadas

Delirios/ Alucinaciones
Manejo farmacologico

Actividad motora anómala, alteraciones de sueño.

Demencia y SPCD

Pocos estudios han caracterizado los síntomas neuropsiquiátricos según el tipo de demencia

Síntomas como la depresión, la ansiedad y la apatía *ocurren en todos los tipos de demencia* (EA, DV, DFT, demencia por cuerpos de Lewy y EP con demencia) y por ello tienen un *valor diferencial menor*.

Los SPCD pueden variar según el tipo de demencia

Importante!!

Cuáles son los síntomas mas frecuentes en cada una de las demencia.

En qué momento de la enfermedad se presentan

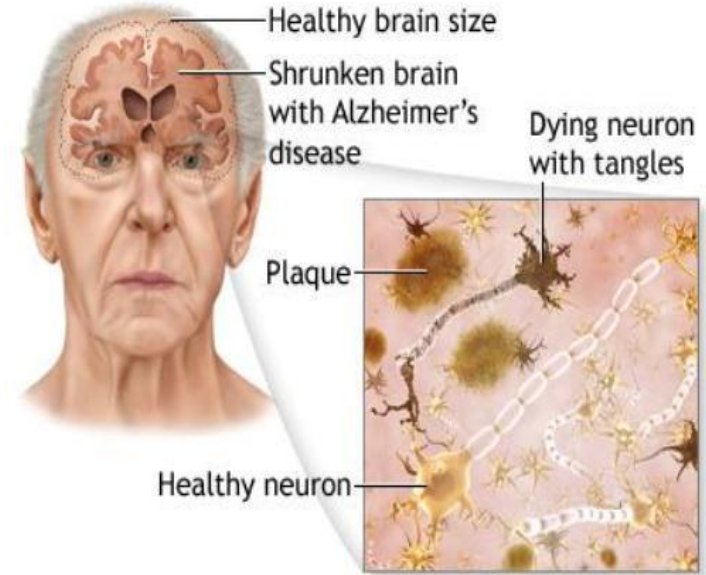
Demencia Alzheimer (DA)

Es la demencia neurodegenerativa más común

La enfermedad de Alzheimer, un trastorno neurocognitivo, es la causa más frecuente de demencia; representa el 60- 80% de las demencias en los adultos mayores.

Aparición de depósitos anormales de placas de amiloide y de ovillos neurofibrilares afectando progresivamente las neuronas de las regiones temporales y extendiéndose posteriormente a otras áreas del cerebro.

La prevalencia de SPCD está entre 80% y 90%



SPCD Y DA

Auguste D, la paciente descrita originalmente por Alois Alzheimer presento mas problemas conductuales que alteraciones cognitivas.

Varios artículos mencionan *la apatía como síntoma principal, seguido por depresión, en etapas iniciales.*

Ansiedad, agitación, irritabilidad y desinhibición en *etapas moderadas*

Alteración motriz, delirios y alucinaciones en *etapas más avanzadas.*

La apatía es el SPCD mas común en pacientes con EA (90% en demencia severa).

Palmer et al. describió 5 síndromes (psicóticos, psicomotor, afectivo, maniaco y apático), siendo *el síndrome apático el de mayor frecuencia en pacientes con EA.*

SPCD y DA

La depresión y la ansiedad puede presentarse antes de los síntomas cognitivos, en etapas preclínicas. Estos síntomas se han relacionado con mayor deterioro funcional y alteración ejecutiva en etapas avanzadas de la enfermedad.

Síntomas psicóticos se presentan con mayor frecuencia y severidad conforme la progresión de la demencia, que conlleva a aumento del estrés en el cuidador e incrementa las tasas de institucionalización de los pacientes.

(Kazui et al., 2016; Peters et al., 2015 ; Sotomayor, 2007; Turró-Garriga et al., 2009).

SPCD en DA

Los SPCD en DA son reportados en un 64% en estadios iniciales y en un 90% a lo largo de todo el curso de la demencia

(Lin & Lane, 2019)

Síntomas	Zhao et al. (2016) (%) Metaanálisis Prevalencia
Agresión	20
Desinhibición	36
Irritabilidad	36
Comportamiento motor aberrante	32
Euforia	7
Delirios	31
Alucinaciones	16
Alteración del sueño	39
Depresión	42
Ansiedad	39
Apatía	49
Alteración/Pérdida del apetito	32

SPCD EN DA

Una teoría para la aparición de SPCD en DA, es la presencia de ***disfunción ejecutiva*** en los pacientes, basada en la propuesta de que ***la regulación del comportamiento se fundamenta en la coordinación eficiente de la actividad cerebral y, especialmente de la red ejecutiva*** (Fjell et al., 2017).

En los pacientes con DA debe enfatizarse la evaluación del ***perfil ejecutivo*** y los SPCD, ya que los estudios han demostrado que la evaluación neuropsicológica global no es suficiente y no se correlaciona con los SPCD (Perri et al., 2007).

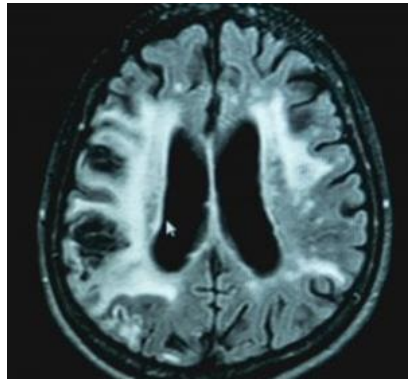
Red vulnerable en el envejecimiento y por lo tanto se deteriora con la edad

Demencias vasculares (DV)

En 1993, Hachinski and Bower proponen el término de Deterioro Cognitivo Vascular.



Las Demencias Vasculares (DV) son cuadros clínicos de origen hemorrágico o isquémico, donde el comienzo suele ser abrupto con un deterioro cognitivo progresivo y presencia de alteraciones emocionales.

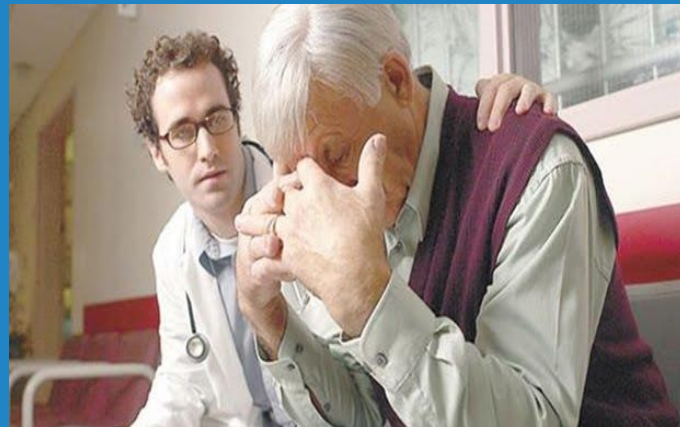


SPCD DV

Se asocian comúnmente al deterioro cognitivo de origen vascular

- ▷ Apatía. Se asocia con la enfermedad de la sustancia blanca de los pequeños vasos.
- ▷ depresión
- ▷ Ansiedad
- ▷ Irritabilidad
- ▷ Agitación

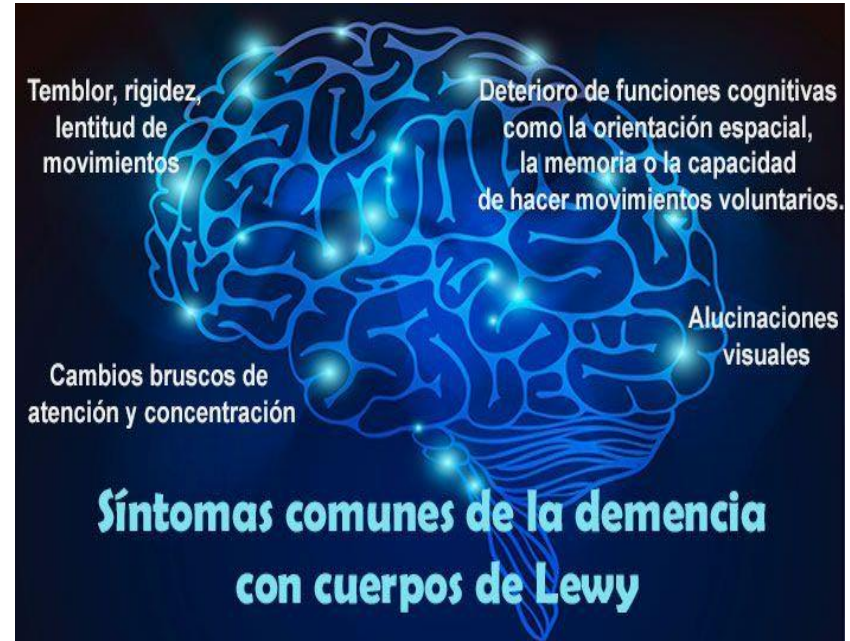
Aarsland, Sharp y Ballard (2015) reportan que la apatía y la agitación están presentes en el 22% a 30% de los pacientes con EA y DV pero los delirios son más comunes en la EA (32%) que en la DV (18%).



La Demencia por cuerpos de Lewy

En la Demencia por Cuerpos de Lewy (DLB) por sus siglas en inglés, Dementia with Lewy Bodies) se acumulan estructuras proteicas anormales denominadas neuritas de Lewy en el tallo, ganglios basales, regiones límbicas, corteza cerebral, principalmente.

Se caracteriza por la presencia progresiva de alucinaciones, síntomas parkinsonianos y alteraciones cognitivas.



SPCD-Demencia Cuerpos de Lewy



Las **alucinaciones son altamente frecuentes** en DLB (60-70%). Los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy y pacientes EP con demencia, suelen presentar alucinaciones visuales, que rara vez se presentan en la EA, en la demencia vascular o en DFT.

Las alucinaciones se caracterizan por ser complejas y animadas. **Las alucinaciones visuales hacen parte de los criterios diagnosticos de esta demencia.**

Se ha planteado que las alteraciones perceptivas de estos pacientes los predisponen a tener alucinaciones visuales complejas y trastornos del sueño REM.

Los **delirios son más prevalentes** que en otro tipo de demencias (frecuencia 50%). Contenido paranoide (infidelidad, robo).

Depresión es más frecuente y persistente que en la DA.

(Galasko et al., 2007; Ahunca., 2017; Kales et al., 2015; Sabates et al., 2023)

Demencia Frontotemporal DFT

Término propuesto por Neary et al. (1998) para reagrupar las atrofas progresivas que afectan los lóbulos frontales y temporales.



variantes

Variante Predominancia conductual (frontal). Atrofia principalmente en regiones frontales y se relacionan con trastornos en la conducta.

Afasia progresiva primaria no fluente (temporal). Lesiones frontotemporales izquierdas, donde se presentan trastornos del lenguaje (denominación de palabras y dificultades en el orden gramatical).

Demencia semántica (temporal). Atrofia con predominio en el lóbulo temporal, alteraciones de la memoria semántica, dificultades para evocar palabras y comprensión del lenguaje.

SPCD en DFT

A diferencia de otras demencias, en la DFT *los trastornos conductuales y cambios de personalidad son las primeras manifestaciones* observadas y tienen mayor prevalencia que en otras demencias.

La variante frontal es la que induce más cambios neuropsiquiátricos

Se presentan a lo largo de toda la enfermedad e incluso aparecen desde el inicio, constituyendo un síntoma cardinal para el DX.

Disfunción ejecutiva  desinhibición, conductas estereotipadas, irritabilidad, impulsividad, apatía, depresión, delirios y alucinaciones.



Diferente al síndrome apático (apatía, inercia, pérdida de la voluntad) que presenta la EA

A muchos pacientes se les diagnostica inicialmente con trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo, o TOC. *Importante tener claro los SPCD en estos pacientes.*

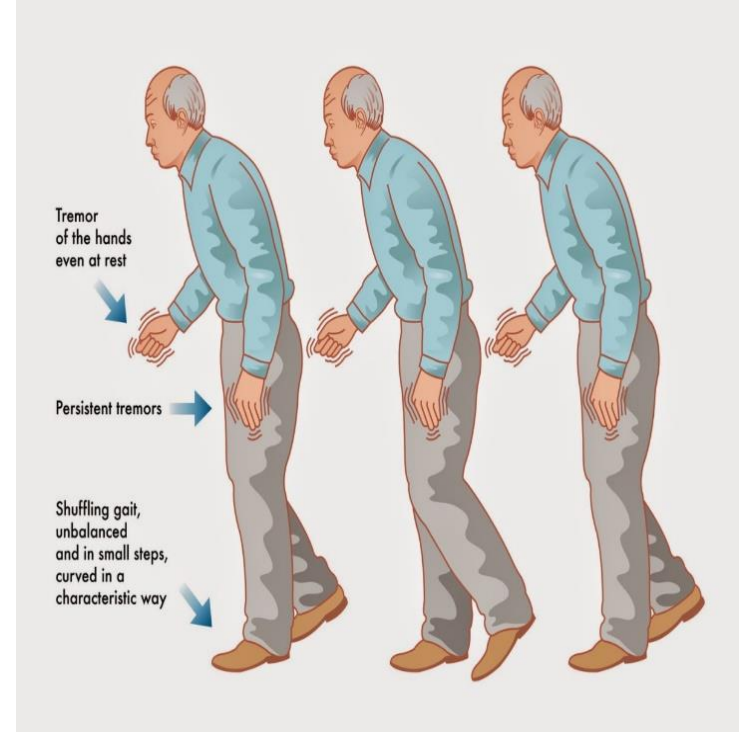
Enfermedad de Parkinson EP

Segunda enfermedad neurológica más estudiada, después de la EA.

Los síntomas *no motores* son frecuentes en la enfermedad de Parkinson (EP).

La depresión, la ansiedad y la apatía son síntomas muy prevalentes en estos pacientes.

Síntomas determinantes en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que conlleva a *empeoramiento de su estado funcional y cognitivo*, además de aumento en la mortalidad.



SPCD – EP/demencia

La EP puede acompañarse de un amplio espectro de síntomas neuropsiquiátricos; ***algunos, consecuencia del tratamiento*** farmacológico, mientras que otros son consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas de la misma enfermedad.

Depresión
Apatía
Ansiedad

Psicosis
Alteración en el control de impulsos
Trastornos del sueño



(Isais-Millan et al., 2016)

Diagnóstico/Evaluación

Diagnóstico

El diagnóstico de los SPCD se realiza con ayuda de **un equipo multidisciplinario** (médico especialista, neuropsicólogo, familia).

Mediante la observación y la entrevista con el paciente y el cuidador.

Con apoyo de instrumentos para su cuantificación.



Tener en cuenta!

- ✓ El funcionamiento previo del paciente.
- ✓ Trastornos premórbidos.
- ✓ Contexto de presentación.
- ✓ Factores médicos.
- ✓ El medioambiente del paciente.
- ✓ El funcionamiento cognitivo
- ✓ El tipo de demencia.
- ✓ Caracterizar los síntomas.
- ✓ Identificar un SPCD primario.
- ✓ Crear una línea base para evaluar evolución.

Examen físico

El examen físico (médico) puede documentar los síntomas problemáticos.

El objetivo principal es *identificar los factores que pueden contribuir a empeorar SPCD*. Ejem., observar nivel alterado de conciencia (somnolencia o hiper-alerta), con frecuencia es una característica del delirio.

Explorar síntomas físicos como fiebre, dolor, infecciones o nuevos déficits neurológicos, una afección médica aguda puede ocasionar un delirio.





Evaluación/ Inventario Neuropsiquiátrico INP

El primer instrumento en utilizarse para evaluar síntomas neuropsiquiátricos: Versión original de 10 ítems que excluía alteración del apetito y el sueño (Cummings et al. 1994).

Nuevas versiones del INP, las cuales abordan alteraciones del ***apetito, sueño***, además de evaluar la ***sobrecarga del cuidador*** en ámbito del hogar o en hogares geriátricos.

NPI-Q, utilizado para tamización; la NPI-NH (Nurse Home) usada en centros geriátricos; la NPI-C (clínico obtiene el puntaje de la escala). Todas las versiones han resultado ser validas y confiables para el diagnóstico clínico de SPCD (Cummings et al., 2020).

INP

El Inventario Neuropsiquiátrico consta de evaluar 12 síntomas neuropsiquiátricos. Se aplica a un informante/cuidador.

Indagar la presencia de cada síntoma, su frecuencia, severidad y molestia al cuidador.

Existe una versión en español que reporta adecuadas propiedades psicométricas en una adaptación y validación en población española, consistencia interna de 0,85, sensibilidad entre 88% a 100% para cada escala y especificidad de 85% a 100%.

(Vilalta et al., 1999)

MEDICIÓN

Inventario Neuropsiquiátrico (INP-12)

INP INFORMANTE: 1 Espos(a) 2 Hijo(a) 3 Otro (ESPECIFIQUE):											
Preguntas	Sí/ No	No sabe	Frecuencia					Severidad			Total ítem
			0	1	2	3	4	Leve	Moderado	Severo	Frecuencia * Severidad
								1	2	3	0-12
1.Delirios											
2.Alucinaciones											
3. Agitación o agresividad											
4. Depresión o disforia											
5. Ansiedad											
6.Euforia o exaltación											
7.Apatía o indiferencia											
8.Pérdida de la inhibición/ Desinhibición											
9. Irritabilidad o labilidad											
10. Disturbio motor											
11. Conductas nocturnas											
12.Apetito y alimentación											
Total escala: Suma de los puntajes de la columna Frecuencia * Severidad											0-144

Frecuencia:

0. Ausente

1.Ocasionalmente (menos de una vez por semana)

2.A menudo (alrededor de una vez por semana)

3.Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario)

4. Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

Gravedad:

Leve (provoca poca molestia al paciente)

Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)

Grave (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)

→ INP >4

BEHAVE-AD

Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) para Alzheimer.

Los dominios BEHAVE-AD comprenden *delirios, alucinaciones, alteraciones de la actividad, agresión, alteraciones del ritmo diurno, llanto, depresión y ansiedad*.

Se pide a los cuidadores que califiquen la gravedad de cada síntoma durante las últimas dos semanas, se obtiene una calificación global de la gravedad de los síntomas e se identifica el síntoma más problemático.

(Reisberg et al., 2014).

NBRS

Neurobehavioral rating Scale (NBRS, por sus siglas en inglés). Evalúa diversa sintomatología neuropsiquiátrica en pacientes con demencia (Sultzer et al., 1995). Se ha utilizado principalmente para estudios en ensayos clínicos.

Hasta el momento *la escala más utilizada en la evaluación de los SPCD ha sido el inventario neuropsiquiátrico de Cummings* especialmente en pacientes con DA.

MANEJO DE LOS SPCD



El manejo es bastante complejo. Consenso limitado.

Las guías basadas en evidencia recomiendan tratamiento preferentemente NO farmacológico primero; y tras comprobar una eficacia limitada se podría considerar tratamiento farmacológico.

Aspectos fundamentales del plan de manejo

*Diagnóstico temprano

*Control de las comorbilidades. Los SPCD emergentes pueden indicar la existencia de enfermedades concomitantes, por lo que deben ser sistemáticamente revisadas y tratadas.

*Asesoramiento y apoyo al paciente y al cuidador a cerca de los SPCD

*Monitorización del uso de medicamentos
(*menor dosis el menor tiempo posible*)



Manejo de los SPCD

Las intervenciones NO farmacológicas son la primera aproximación al tratamiento de los SPCD

OBJETIVO

Modificar factores que producen o
exacerban los SPCD



ESTRATEGIAS

Satisfacción de las necesidades básicas
Control del procesos médicos
Adaptación del entorno
Asesoría al cuidador

En caso de riesgo o sufrimiento para el paciente se considerarán los fármacos de acuerdo con un equipo de salud multidisciplinar

Blanco de las intervenciones NO farmacológicas

▷ El paciente

Terapia de reminiscencia

Validación (empatizar de forma afectiva con el paciente).

Estimulación cognitiva

Musicoterapia

Terapia de luz

Actividad física

Intervenciones conductuales (análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta).

Actividades personalizadas

Método DICE

▷ El cuidador

Identificar y modificar factores precipitantes

Mejorar la comunicación con el paciente

Reducción del estrés

Grupos de apoyo

Educación y entrenamiento

▷ El ambiente

Evitar la sobreestimulación

Establecer rutinas

Simplificar tareas

Evitar cambios del espacio.

Reducción de ruido

Adaptación del ambiente

Seguridad en la casa

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Método **DICE** (consenso de expertos)

(Para un SPCD problemático para el paciente y la familia)

Describir

Cómo, dónde y cuándo de la conducta

Intestigar

Por qué la conducta, causas modificables

Crear

Plan que involucre paciente, cuidador y familia

Evaluar

Seguimiento de la utilidad de las estrategias, no siempre es posible que la conducta desaparezca

Conclusiones

Conclusiones



*Los SPCD constituyen un terreno abierto y multidisciplinar de interés desde **etapas prodrómicas** de la demencia.*

Su evaluación y diagnóstico son imprescindibles en el manejo de las demencias.



Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) generan sufrimiento en el paciente y en el cuidador, agravan el deterioro cognitivo y funcional y precipitan la institucionalización.



El manejo adecuado de los SPCD dependerá del conocimiento y capacidad del cuidador y del equipo de salud .

*Es fundamental la participación activa del cuidador para la eficacia de los programas de **intervención no farmacológica**.*

*La utilización de medidas ambientales, implementación de programas de estimulación, empleo de terapias no farmacológicas redundará en un **menor uso de fármacos**.*



*Los SPCD afectan la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador y representan **una de las consecuencias más invalidantes de la enfermedad, mucho mas que las alteraciones cognitivas.** Por eso la importancia de reconocerlos e identificarlos a tiempo.*

GRACIAS

yaneth_r@hotmail.com