

## SINTOMAS PSICOLOGICOS Y CONDUCTUALES EN PACIENTES CON DEMENCIA

### Behavioral and cognitive disorders in patients with dementia

\*Milagros A. Guerra Hernández. Ave. 57 núm. 10024 entre 100 y 102. Marianao. Ciudad de La Habana. Teléfono: 2621738. [mguerra@infomed.sld.cu](mailto:mguerra@infomed.sld.cu) .

\*\*Juan Carlos LLibre Guerra. Calle 114 núm. 3305 entre 33 y 35. Marianao. Ciudad de La Habana.

\*\*\*Elianne Perera Miniet. Calle 34 núm. 316 entre 3ra y 5ta. Playa. Ciudad de La Habana.

\*Especialista Segundo Grado Psiquiatría y MGI. *Master* en Longevidad Satisfactoria.

\*\* Especialista en MGI, Residente de Neurología. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Instructor MGI

\*\*\* Residente MGI.

## RESUMEN

El actual incremento de ancianos con demencia trae consigo la presencia de síntomas psicológicos y conductuales. Con el objetivo de conocer el comportamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con síndrome demencial, evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Hospital Carlos J. Finlay, realizamos un estudio descriptivo de corte transversal en 68 pacientes con diagnóstico de demencia, de acuerdo con los criterios del DSM IV de la Sociedad Psiquiátrica Americana, seleccionados por un muestreo probabilístico de selección aleatoria simple, de un universo de 180 pacientes con demencia, quienes fueron evaluados en dicha consulta, en el año 2006. En 100 % de los pacientes se presentó este tipo de sintomatología, en los que predominaba la demencia tipo Alzheimer y como síntoma el trastorno de la actividad. Los trastornos de la actividad, del sueño y la agresividad sobresalieron en relación con el grado de deterioro mental. Se concluye acerca de la necesidad de profundizar en el estudio de este tipo de síntomas, los factores a los que se asocian y de su conocimiento por el equipo de atención primaria de salud.

**Palabras clave:** Demencia, Síntomas psicológicos y conductuales.

## ABSTRACT

The current increase of number of elderly with dementia brings aside the presence of psychological and behavioral symptoms. With the main to know these symptoms in patients with dementia syndrome, evaluated in the Psychogeriatrics and Cognitive disturbances Consultation of the Carlos J Finlay Hospital, we performed a transversal descriptive study in 68 patients with dementia diagnosis, according to the DSM IV of the American Psychiatric Society, selected by a simple randomized sample, of a universe of 180 patients with dementia, who were evaluated in the consultation in 2006 year. In a 100% of the patients there were these symptoms, in which the Alzheimer's dementia was predominant and as a symptom the activity disturbance. The activities disturbances sleep disorders and aggressively pointed out in connection with the stage of mental deterioration. We concluded about the need to deepen the studies about this type of symptoms, the factors associated and its knowledge by the Primary Health Care team.

**Key Words:** Dementia, Psychological and behavioral symptoms.

## INTRODUCCION

Actualmente las demencias constituyen la tercera enfermedad en costos sociales y económicos y la cuarta causa de muerte en los países desarrollados; sólo en los Estados Unidos, cuatro millones de personas padecen de esta enfermedad, con un gasto anual de 55 billones de dólares.<sup>1,2</sup>

El concepto más amplio de demencia de acuerdo con la Organización Mundial de Salud plantea que la demencia es una merma global de las funciones cerebrales superiores adquiridas, que abarcan las funciones de la memoria, la capacidad de resolver problemas cotidianos, la ejecución de habilidades sensitivo-motoras y sociales, las funciones del lenguaje y comunicación, así como la función de control de las reacciones emocionales, sin perturbación marcada de la conciencia. Este proceso casi siempre es progresivo.<sup>2</sup>

En los próximos 20 años, se asistirá a un incremento dramático del número de personas con demencia, se estima que para el 2025 a nivel mundial la cifra ascenderá a 42,2 millones.<sup>1</sup>

Cuba es un país con una tendencia acelerada al envejecimiento de su población, el decrecimiento de esta por la disminución de la tasa bruta de natalidad, la disminución de la mortalidad y la elevada esperanza de vida al nacer han contribuido a esto; en estos momentos 14,6 % de nuestra población, supera los 60 años y aumentará a 25% en el 2020; y a medida que aumenta el número de personas ancianas, también se incrementa la frecuencia de las enfermedades demenciales (se estima una cifra de 100 000 personas con demencia en nuestro país), y los síntomas psicológicos y conductuales asociados a estas.<sup>1,2</sup>

La importancia de estos síntomas es tal, que constituyen 50% de los problemas que se plantean en las consultas de demencia, una cifra que se eleva a 90% entre los ingresados en centros residenciales específicos para tal enfermedad.<sup>3,4</sup>

Entre las muy frecuentes y variadas alteraciones psicológicas que pueden aparecer en el paciente demente se encuentran la ideación paranoide e ilusoria, las alucinaciones, los trastornos de la actividad, la agresividad, los trastornos del sueño nocturno, el llanto (por crisis), la ansiedad y fobias.<sup>3,4</sup>

Los trastornos psicológicos y del comportamiento del paciente con demencia constituyen posiblemente el aspecto más inquietante para el cuidador principal y la familia tras el trance de someterse al diagnóstico de una enfermedad de la que, en la mayoría de las ocasiones, carece de información certera.<sup>3</sup>

Por tal motivo, con el objetivo de conocer el comportamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con diagnóstico de síndrome demencial evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Hospital Carlos J. Finlay, dada la significación de los mismos, se realizó el siguiente estudio.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 68 pacientes con diagnóstico de demencia, de acuerdo con los criterios del DSM IV de la Sociedad Psiquiátrica Americana,<sup>5</sup> seleccionados por un muestreo probabilístico de selección aleatoria simple, de un universo de 180 pacientes con demencia que fueron evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Hospital Carlos J. Finlay, en el año 2006. Se entrevistaron los pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de demencia.
- Voluntariedad del paciente o autorización de su cuidador.
- Pacientes evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del

Hospital Carlos J. Finlay, en el 2006.

Para la recogida de la información se utilizó un modelo de recolección primario de datos (Anexo 1), donde se plasmaron los datos generales del paciente y la información obtenida de estos y sus familiares, tras la aplicación de los siguientes instrumentos: Criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*)<sup>5</sup> (Anexo 2); para el diagnóstico de los casos de Demencia o Síndrome Demencial; Criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA)<sup>6</sup> (Anexo 3); para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer probable. La Escala de Deterioro Global (GDS) para evaluar la alteración cognitiva-edad-dependiente de Reisberg Ferris,<sup>7</sup> el Miniexamen de Estado Mental de Folstein<sup>8</sup> (para detectar deterioro de la esfera mental cognoscitiva). Escala de depresión geriátrica de Yesavage,<sup>3</sup> para evaluar la depresión geriátrica; a sí como el tiempo de evolución y edad de comienzo de la enfermedad, además de la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales (BPSD) de acuerdo con la clasificación de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) (Anexo 1).

La información acopiada se procesó, con lo que se confeccionaron tablas para el análisis y discusión de los resultados y se utilizó como medida de resumen el por ciento.

La participación de los ancianos en la investigación dependió de la voluntariedad del paciente y la autorización dado por estos o su cuidador.

## RESULTADO

El diagnóstico etiológico del Síndrome Demencial en los pacientes evaluados en la consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Hospital Carlos J. Finlay, afectos de síntomas psicológicos y conductuales, correspondió en 64,7% de los casos a la Enfermedad de Alzheimer(EA), seguida por la demencia vascular con 19.1 %, la demencia mixta con 8.8 % y las demencias de otra etiología con 7.4 %.

La distribución de los síntomas psicológicos y conductuales encontrados se presenta en la Tabla 1, siendo el trastorno de la actividad, el síntoma más frecuente (82, 3%). Los síntomas agresividad y trastorno del sueño y la ideación paranoide e ilusoria, se comportaron de manera similar (58,8% los dos primeros y 52,9%, el tercero). El llanto por crisis fue detectado solo en 17,6% de los casos.

**Tabla 1. Distribución de Síntomas Psicológicos y Conductuales en pacientes con Síndrome Demencial .**

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES	No.	%
Trastorno de la actividad	56	82,3
Agresividad	40	58,8
Trastorno del sueño	40	58,8
Ideación paranoide e ilusoria	36	52,9
Alucinaciones	24	35,2
Ansiedad y fobias	20	29,4
Depresión	16	23,5
Llanto (por crisis)	12	17,6

**Fuente:** modelo de recolección primario de datos

En la Tabla 2, se puede observar la relación de los síntomas psicológicos y conductuales, y el grado de deterioro global de los pacientes estudiados. En los pacientes en estadio 4, predominó el trastorno del sueño (100%), mientras que en los que se encontraban en estadio 5 y 6 fue el trastorno en la actividad el más frecuente (100%) y el paciente que presentaba un estadio 7 de la enfermedad tenía ideación paranoide e ilusoria, alucinaciones, trastorno de la actividad, agresividad, y trastorno del sueño. Los pacientes en estadio 5 y 6 presentaron mayor variedad de síntomas psicológicos y conductuales.

**Tabla 2. Relación de Síntomas Psicológicos y Conductuales y Grado de deterioro global (GDS).**

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES	GRADO DE DETERIORO									
	Estadio4		Estadio5		Estadio6		Estadio7		TOTAL	
	( n =16)		( n =16)		( n =32)		( n =4)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Trastorno de la actividad	8	50	16	100	32	100	4	100	56	82,3
Agresividad	8	50	8	50	20	62,5	4	100	40	58,8
Trastorno del sueño	16	100	8	50	12	37,5	4	100	40	58,8
Ideación paranoide e ilusoria	-	-	8	50	24	75	4	100	36	52,9
Alucinaciones	-	-	8	50	12	37,5	4	100	24	35,2
Ansiedad y fobias	4	25	12	75	4	12,5	-	-	20	29,4
Depresión	8	50	4	25	4	12,5	-	-	16	23,5
Llanto (por crisis)	4	25	4	25	4	12,5	-	-	12	17,6

Fuente: modelo de recolección primario de datos

La relación de síntomas psicológicos y conductuales con la edad de aparición de la enfermedad se muestra en la Tabla 3. En los pacientes de menos de 74 años se presentó un predominio del trastorno de la actividad (85, 7% en los menores de 65 años y 100% en los que tenían 65 a 74) y en los mayores de 75 años predominaba el trastorno del sueño (80%).

Tabla 3. Relación de Síntomas Psicológicos y Conductuales con la edad de comienzo de la enfermedad.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES	EDAD DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD (AÑOS)							
	<65		65-74		75 ó más		TOTAL	
	( n =28)		( n =20)		( n =20)			
	No.	%	No.	No.	No.	%	No.	%
Trastorno de la actividad	24	85,7	20	100	12	60	56	82,3
Agresividad	16	57,1	12	60	12	60	40	58,8
Trastorno del sueño	12	42,8	12	60	16	80	40	58,8
Ideación paranoide e ilusoria	12	42,8	16	80	8	40	36	52,9
Alucinaciones	12	42,8	8	40	4	20	24	35,2
Ansiedad y fobias	12	42,8	8	40	-	-	20	29,4
Depresión	4	14,2	8	40	4	20	16	23,5
Llanto (por crisis)	8	28,5	-	-	4	20	12	17,6

Fuente: modelo de recolección primario de datos

En relación con los síntomas psicológicos y conductuales, y el tiempo de evolución de la enfermedad (tabla 4), la agresividad se manifestó en 100% de los pacientes de menos de 12 meses de evolución, 60% de los que tenían 12 a 24 meses de evolución presentaban trastorno de la actividad, trastorno del sueño, llanto por crisis, ansiedad y fobias y en los que tenían más de 24 meses de evolución predominaba el trastorno de la actividad (100% de los que tenían 24 a 48 meses y 85,7% de los que tenían más de 48).

Tabla 4. Relación de Síntomas Psicológicos y Conductuales y el tiempo de evolución de la enfermedad.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD (MESES)
--

	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD (MESES)									
	No.<1	2 %	Nº2-	24%	Nº24-	48%	Nº ó más	Nº0+	Al%	
Ideación paranoide e ilusoria	-	-	8	40	8	66,6	20	71,4	36	52,9
Alucinaciones	( n =8)	-	(n =20)	100	( n =12)	66,6	( n =28)	85,7	24	35,2
Trastorno de la actividad	4	50	12	60	12	100	24	85,7	156	82,3
Agresividad	8	100	8	40	8	66,6	16	57,1	40	58,8
Trastorno del sueño	4	50	12	60	4	33,3	20	71,4	40	58,8
Llanto (por crisis)	-	-	12	60	-	-	-	-	12	17,6
Depresión	-	-	8	40	-	-	8	28,5	16	23,5
Ansiedad y fobias	-	-	12	60	4	33,3	4	14,2	20	29,4

**Fuente:** modelo de recolección primario de datos

## DISCUSION

El diagnóstico etiológico en pacientes con síndrome demencial recogido en nuestro estudio coincide con otros autores, que señalan a la enfermedad de Alzheimer probable como la causa más frecuente.<sup>9-13</sup>

La presencia de alguno de los síntomas psicológicos y conductuales dados por la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) es constante en los pacientes con demencia.<sup>3</sup> La frecuencia encontrada en nuestro estudio de la mayoría de estas manifestaciones se corresponde con la rebelada por múltiples autores.<sup>3,12</sup>

Los trastornos de la actividad han sido ampliamente descritos y son aceptados por todos los autores que describen la enfermedad demencial, e ntre estos síntomas destaca la deambulaci3n sin rumbo fijo de un lado a otro de su vivienda, conocido como vagabundeo y fugas. Los actos repetitivos son otros de los signos que más tensi3n provocan en el ambiente que acoge al paciente. El paciente, adem3s, puede comportarse de forma impulsiva e inapropiada. Suele distraerse f3cilmente y es emocionalmente inestable y socialmente imprevisible.<sup>3</sup>

Otra alteraci3n importante es la agresividad f3sica o verbal, presente en 20% de los casos, seg3n la literatura consultada, pero presente en nuestro estudio en un porcentaje mucho m3s elevado. Esta agresividad suele contrastar con su personalidad y forma de comportamiento anterior. Representa un estado importante de tensi3n, con ansiedad, manifestada a trav3s de una agitaci3n psicomotriz.<sup>3,9,12</sup>

Entre 40 y 70% de los casos de pacientes diagnosticados con demencia sufren problemas de insomnio.<sup>3,12</sup>

Algunos autores plantean que alrededor de 20 a 50% de los casos presentan ideas delirantes, mientras que otros la se~alan como una de las manifestaciones m3s frecuentes del grupo de s3ntomas neuropsiqui3tricos, refiriendo su presentaci3n en 40-50% de los enfermos. Los delirios suelen ser simples, siendo los m3s frecuentes aquellos que se refieren a persecuci3n, celos, perjuicio personal, robo, sustituci3n. En otros casos, se produce la idea delirante del abandono.<sup>3,13</sup>

En 15-50% aparecen alucinaciones, predominantemente visuales, aunque tambi3n pueden ser auditivas y olfatorias o cenest3sicas.<sup>3</sup>

Una alucinaci3n visual habitual es ver personas no conocidas o sentidas como hostiles en su propio domicilio, y que en la realidad no existen.<sup>3,14,15</sup>

El mundo de los afectos tiene una expresi3n muy variable en los pacientes con demencia, en especial la demencia tipo Alzheimer, debido fundamentalmente a las dificultades para procesar las informaciones de car3cter emocional que perciben y dar respuestas adecuadas, y proporcionadas a ellas.<sup>3,14</sup>

Dentro de estos, los fen3menos de ansiedad se pueden presentar hasta en 40% 3 50% de los pacientes. Existen pocos trabajos que estudien la relaci3n entre los trastornos por ansiedad y la demencia, aunque s3

se conoce que en los estadios iniciales del Alzheimer los síntomas ansiosos son más frecuentes que en la población geriátrica no demente. A veces, las alteraciones de conducta y el deterioro cognitivo son muy marcados y se pasan por alto los síntomas ansiosos.<sup>3,9,12,14</sup>

En cuanto a la depresión, existen discrepancias acerca de su prevalencia, oscilando entre 25 y 85%. Algunos incluso la asocian directamente con el aumento en la mortalidad. Sin embargo, hasta hace relativamente pocos años se dudaba realmente que el paciente demente pudiera deprimirse.<sup>3,11,12</sup>

La depresión ocurre en aproximadamente 15% de las personas mayores de 65 años, y se ha demostrado que esta cifra puede triplicarse en el grupo de pacientes dementes. Si bien la utilización de distintas escalas y criterios diagnósticos diferentes genera dificultades a la hora de precisar la prevalencia de depresión, puede estimarse que 40% a 50% de los pacientes de Enfermedad de Alzheimer (EA) presentan en algún momento de su evolución rasgos depresivos, síntomas distímicos o disfóricos, en tanto que un porcentaje significativamente más bajo cumple en forma estricta con los criterios de depresión mayor.<sup>3,12,13</sup>

La depresión en la EA, puede ser leve o severa y puede presentar además síntomas psicóticos.<sup>3, 14</sup>

El síndrome depresivo en estos pacientes se expresa principalmente con rasgos depresivos, pensamientos negativos, y sensación de tristeza cotidiana, configurando una entidad más similar a la distimia o a la depresión menor, antes que un perfil de depresión severa, donde se observa llanto por crisis en ocasiones sin causa aparente. Asimismo, la depresión complica la EA incrementando el dolor subjetivo del enfermo, disminuyendo el rendimiento cognitivo, la eficiencia en las actividades del diario vivir, el agotamiento de los cuidadores del paciente, y aumentando la morbilidad y la mortalidad.<sup>3,14,15</sup>

Con respecto a la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales detectados, y el grado de deterioro global, los trastornos de la conducta han sido relacionados con los estadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, todos nuestros pacientes tenían algún trastorno de conducta, independientemente del grado de deterioro que presentasen.<sup>3,11</sup>

Algunos autores plantean que alrededor de 20 a 50% de los casos presentan las ideas delirantes fundamentalmente en estadio 3 y estadio 4.<sup>3,14</sup>

Las alucinaciones aparecen fundamentalmente en los estadios 4 y 5 de la enfermedad, sugiriendo mal pronóstico y rápido deterioro cognoscitivo, de acuerdo con la literatura consultada.<sup>3,13</sup> La frecuencia de síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia presenta una relación inversamente proporcional a la edad de aparición de la enfermedad y directamente proporcional al tiempo de evolución de esta, de acuerdo con la revisión realizada.<sup>3,12,13,15</sup>

Si bien la distinción entre los aspectos cognitivos y no cognitivos de la demencia, se hace más con una finalidad didáctica y de ordenamiento sintomático para la descripción del cuadro clínico, es igualmente cierto que varios autores hacen en los estadios iniciales esta diferenciación en correspondencia con una relativa preservación inicial de la afectación conductual observada en sus estudios. De esta forma, refieren que, aunque en estados intermedios y finales, las esferas de síntomas y signos cognitivos y conductuales se superponen; en las primeras etapas de la enfermedad, las alteraciones cognoscitivas dominan el cuadro clínico, en tanto que las manifestaciones conductuales son propias de los períodos más avanzados de la enfermedad, pudiendo darse una cierta disociación entre los rendimientos intelectuales de un paciente que presenta deterioro mnésico, lingüístico y trastornos del pensamiento abstracto y que, no obstante, desarrolla sus tareas laborales y cotidianas en forma aparentemente normal.<sup>3,12,14</sup>

Las ideas delirantes también constituyen un rasgo característico de las demencias y en especial, en la Enfermedad de Alzheimer, generalmente en estadios intermedios o avanzados. No obstante, otros investigadores señalan que pueden asociarse ideas delirantes simples en fases tempranas de la enfermedad, incluso de manera previa al diagnóstico del deterioro cognitivo.<sup>3,14,15</sup>

La ansiedad en la demencia se relaciona por muchos autores, con las primeras fases fundamentalmente.<sup>3,10,12,14</sup>

En cuanto a la depresión, es frecuente que aparezca en los estadios iniciales o moderados, Es más habitual en la fase inicial e intermedia del proceso demencial; el paciente que conserva cierto grado de conciencia de sus fallas cognitivas, tiende a sufrir más, y a quejarse de depresión. En la Enfermedad de

Alzheimer, esto podría deberse a una reacción ante las pérdidas que ocasiona la demencia, o ser la expresión del trastorno del sistema de neurotransmisores provocado por la neurodegeneración.<sup>3,14,15</sup>

## CONCLUSIONES

--En los pacientes evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Hospital Carlos J. Finlay, se encontró una mayor frecuencia en los casos estudiados de la Enfermedad de Alzheimer, seguida por la demencia vascular.

--El trastorno de la actividad constituyó el síntoma más frecuente.

--Los trastornos de la actividad, el sueño y la agresividad constituyeron los síntomas más importantes con relación con el grado de deterioro global (GDS).

--La agresividad constituyó la manifestación más frecuente en los pacientes con menos de 12 meses de evolución; predominando el trastorno de la actividad en los que tenían más de 12 meses de evolución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llibre JJ. The Cuban population based study in dementia and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2005; 17(2): 1591-5.
2. Llibre J, Fernández Y; López AM, Otero M, Marcheco B, Contreras N. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). *Restorative Neurology and Neuroscience*. 2003;21(5):345-348.
3. Martínez JM , Pascual LF. Alzheimer 2003. ¿Qué hay de nuevo? Madrid: Editorial Aula Médica; 2003, p.199-222.
4. Pascual G. Trastornos conductuales y psicológicos del demente tipo Alzheimer. *Rev Neurol Esp*. 2003;9:103-114.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington, DC: Am. Psych. Ass.;1994.
6. Mc Khann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS – ADRDA work group. *Neurology*. 1994;34: 939–944.
7. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139: 1136–139.
8. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O. The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *Rev Neurol*. 2000;30:428-432.
9. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366:2112-117.
10. Llibre J.J, Ferri C.P, Acosta D, Prince M. *et al*. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372:464-74.
11. Molero AE, Pino G, Maestre GE. High prevalence of dementia in a Caribbean population. *Neuroepidemiology*. 2007;29:107-112.
12. Ferri CP, Ames D, Prince M: Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr*. 2004;16:441-459.

13. Sweater JM: Behavioral disturbances in dementia. En: Morris JC: *Handbook of dementing illnesses*. New York: Marcel Dekker Inc.; 2004, p. 125-129.

14. Brodaty H, Finkel SI . Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia. Skokie, Illinois: eds. International Psychogeriatric Association. 2003, p.19-24.

15. Lyketsos C, Steinberg M, Tschanz J, Norton M, Steffens D, Breitner J . Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on memory in aging. *American Journal of Psychiatry*. 2003;157:708-14.

## ANEXOS

### ANEXO -1: MODELO DE RECOLECCION DEL DATO PRIMARIO

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_ Sexo \_\_

Diagnóstico de Demencia: Enfermedad de Alzheimer probable

Demencia vascular

Demencia Mixta

Demencia Asociada a Parkinson

Enfermedad por cuerpos de Lewy

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

Grado de deterioro global (GDS):

Estadío 4

Estadío 5

Estadío 6

Estadío 7

Puntuación del MMTE \_\_\_\_\_

Puntuación Escala de depresión geriátrica \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución de la enfermedad:

-12 meses

12-24 meses

24-48 meses

48 ó más meses

Edad de comienzo de la enfermedad:

-65 años

65-74 años

75 ó más años

Síntomas psicológicos y conductuales: Clasificación de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA).

1 ) Ideación paranoide e ilusoria

- ilusión de que les roban objetos
- ilusión de que el lugar donde viven no es su casa
- ilusión de que el que los cuida es un impostor
- ilusión de abandono o infidelidad

2) Alucinaciones

- Visuales
- auditivas

3) Trastornos de la actividad

- fugas
- actividad repetitiva sin propósito
- actividad inapropiada (esconder o botar objetos)

4) Agresividad

- verbal
- física

5) Trastornos del sueño nocturno

6) Llanto (por crisis)

7) Ansiedad y fobias

- preguntas incesantes sobre el futuro
- fobia a ser dejado solo

## **ANEXO 2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEMENCIA Y LA DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA TIPO ALZHEIMER (DSM – IV)**

A) Evidencia de una alteración de memoria anterógrada y retrógrada (incapacidad de retener informaciones nuevas). Puede ser puesta en evidencia por la incapacidad de recordar los nombres de tres objetos luego de 5 minutos. La alteración de la memoria retrógrada (incapacidad para recordar datos personales; por ejemplo qué pasó ayer, lugar de nacimiento, ocupación o datos de conocimiento general como nombres de presidentes, fechas de sucesos célebres, etcétera).

B) Al menos uno de los siguientes trastornos:

1. Trastorno en la capacidad de abstracción, puesto en evidencia por la incapacidad de encontrar similitudes y diferencias entre palabras relacionadas, dificultad en definir palabras, conceptos, etcétera.
2. Trastorno del juicio, manifestado como incapacidad para hacer planes o proyectos razonables para afrontar problemas interpersonales, familiares o profesionales.
3. Trastornos de las funciones corticales, tales como afasia (trastornos del lenguaje), apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motrices a pesar de funciones motrices y comprensión intactas), agnosia (incapacidad para reconocer u identificar objetos a pesar de funciones sensoriales intactas) y apraxia de construcción (por ejemplo, incapacidad para copiar figuras tridimensionales, ordenar cubos o palitos de acuerdo con diseños predeterminados).
4. Cambio de personalidad, o sea, alteración o acentuación de los rasgos habituales del carácter.

C) Los trastornos identificados en los puntos A y B interfieren en forma relevante con las actividades profesionales y sociales o con las relaciones interpersonales.

D) Conciencia lúcida.

E) Comienzo insidioso con empeoramiento progresivo.

F) Exclusión de todas las causas específicas de demencia por medio de historia clínica, examen físico y exámenes complementarios.

### **ANEXO 3. CRITERIOS DE NINCDS–ADRDA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE**

1. Demencia establecida por el examen clínico y documental por el Miniexamen del estado mental u otras pruebas similares.
2. Evidencia de déficit en dos o más áreas de la cognición.
3. Deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognoscitivas.
4. No hay trastornos de la conciencia.
5. Comienzo entre 40 y 90 años, más frecuentemente después de los 65 años.
6. Ausencia de enfermedad sistémica y otras enfermedades cerebrales que pudieran producir los trastornos mencionados.