

Alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer

A.Castellón Sánchez del Pino^a, M.A. Gómez Arques^b y A. Martos Martín^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Tijola. Almería.

^bPsicogerontólogo. Grupo de Investigación de Gerontología. Universidad de Granada.

Presentamos el caso de un varón de 72 años, estudiado por demencia tipo Alzheimer con trastornos de la conducta y agresividad.

El contexto personal y social del paciente, por las características de su enfermedad, especialmente trastornos de conducta, comportamiento agresivo, agitación, irritabilidad, hiperactividad, desinhibición sexual, deambulación errática, reacciones catastróficas, etc., hacen interesante el conocimiento de esta patología, sus implicaciones y el abordaje terapéutico.

Palabras clave: demencia tipo Alzheimer, síntomas conductuales, agresividad, agitación, hiperactividad, deambulación errática, desinhibición sexual, reacciones catastróficas.

We present the case of a 72 year-old man, who was seen for Alzheimer's disease with behavioral disturbances and aggressiveness.

The personal and social context of the patient, due to the characteristics of his disease, especially behavioral disorders, aggressive behavior, agitation irritability, hyperactivity, sexual disinhibition, erratic walking, catastrophic reactions etc. Makes having knowledge about this disease, its implications and therapy of interest.

Key words: Alzheimer's disease, behavioral symptoms, aggressiveness agitation, hyperactivity, erratic walking, sexual disinhibition, catastrophic reactions.

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad de Alzheimer (EA) los síntomas comportamentales o conductuales son especialmente importantes porque influyen de manera determinante en la calidad de vida del enfermo y de sus familiares cuidadores. Se observan en el 70%-90% de los demenciados, con más frecuencia en estadios avanzados de la enfermedad. Son uno de los principales motivos de institucionalización¹.

Los síntomas conductuales se definen como síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia². Se identifican en la observación del enfermo, comprenden manifestaciones variadas como agresividad física, chillidos, inquietud, agitación, deambulación errática, hiperactividad, conductas culturalmente inapropiadas, desinhibición sexual, acoso, lenguaje inapropiado, seguimiento de otra persona, etc³.

La frecuencia de estos síntomas en la EA se relaciona

con la velocidad con que se produce el deterioro cognitivo, comprobado con una rápida bajada en la puntuación del Mini-Mental State Examination (MMSE)⁴. Éstos aparecen en las diversas fases de la enfermedad de una manera no lineal. A medida que avanza el proceso demencial pueden aumentar de manera lineal en períodos específicos de la enfermedad y posteriormente manifestarse con menor frecuencia. Algunos síntomas conductuales son más persistentes que otros. Así por ejemplo, la deambulación errática y la agitación suelen ser los síntomas más duraderos⁵.

Los trastornos conductuales contribuyen a una institucionalización prematura, disminuyen la calidad de vida del enfermo y cuidadores, aumentando el estrés de estos últimos y, en definitiva, disminuyen el nivel de autonomía funcional de los enfermos⁶. Alcanzan su máximo antes de llegar a las fases más avanzadas de la enfermedad. De acuerdo con Reisberg, cualquier síntoma conductual se puede manifestar en cualquier fase de la demencia, en todos los enfermos aparece un tipo u otro de síntoma conductual en determinado momento de la enfermedad⁷.

La deambulación errática supone una gran carga para los familiares, está formada por componentes diferentes como la hiperactividad y la dificultad para orientarse⁸. Su prevalencia oscila entre un 3% y un 53%.

La agitación es la actividad verbal, vocal o motora inadecuada que, a juicio de un observador, no parece un re-

Correspondencia: A. Castellón Sánchez del Pino.

Centro de Salud de Tijola.

C/ Esparraguera s/n

04880 Tijola (Almería).

Correo electrónico: cassan@arrakis.es

Recibido el 30-04-04; aceptado para su publicación el 18-10-04.

sultado directo de las necesidades o la confusión de la persona⁹. Falsetti describe la agitación como una agrupación de síntomas que incluyen agresividad, combatividad, hiperractividad y desinhibición¹⁰. Más del 90% de los mayores demenciados presentan este síntoma a lo largo de la enfermedad¹¹.

Las reacciones catastróficas se caracterizan por una respuesta emocional o física excesiva y brusca como cólera, agresividad verbal y física. Su incidencia está alrededor del 38% de los mayores demenciados¹². Los factores de riesgo son deterioro cognitivo grave, edad avanzada y rasgos de personalidad premórbida.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 72 años, agricultor, viudo, con gran fortaleza física, diagnosticado de demencia tipo Alzheimer hace 6 años. No hay antecedentes de hábitos tóxicos o consumo de fármacos, no existen procesos orgánicos como tumores cerebrales. Lleva prótesis en miembro inferior derecho (MID). El enfermo vive con su hija y acude a un Centro de día. Desde hace quince días presenta graves trastornos de conducta que no son controlados con los neurolépticos habituales. La convivencia se hace imposible a causa de su comportamiento agitado y muy agresivo, además de producirse una inversión sueño - vigilia. Tiene diversos problemas con los familiares y también con los cuidadores en el Centro de día.

La exploración física es normal, también la analítica general, incluyendo bioquímica, B₁₂ y hormonas tiroideas, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax. La exploración neurológica es también normal.

Visitado en su domicilio, presenta aspecto embotado, nivel de atención y conciencia normales, desorientación témporo-espacial, grave alteración amnésica, síndrome afaso-apraxo-agnósico, discapacidad ejecutiva, incapaz de autorreconocimiento, incontinencia urinaria y fecal y cambios bruscos de humor y conducta con graves alteraciones de comportamiento, no asociados a deterioro motor, con la marcha preservada y tendencia al vagabundeo (fig. 1). Estadio de demencia grave con déficit cognitivo muy grave (Escala FAST- 7a) (GDS-FAST de Reisberg, estadio 7).

El paciente presenta graves problemas para conciliar el sueño, vagabundeo o deambulación constante, camina por todo el patio y el jardín, sin rumbo fijo, con varios intentos de escapadas al exterior de la casa. Por la noche se acentúa esta tendencia a la deambulación errática, creando problemas de convivencia, también presenta gran inquietud o agitación psicomotora, especialmente por la tarde.

Ha tenido varios episodios de agitación con inquietud general, manejo inapropiado de cuchara y tenedor (utilizándolos para golpear, amenazar y pinchar en las paredes), irritabilidad con agresividad física (agarrar a algún familiar y dar empujones, golpear e intentar morder) y verbal con gritos, insultos, emisión de ruidos extraños y palabras ininteligibles. En cinco ocasiones, las conductas físicamente agresivas han necesitado intervención, contención física y retirada de prótesis durante un período de varias horas, para la autoprotección del enfermo y de los familiares.



Figura 1. Deambulación errática.

Las reacciones catastróficas o de rabia contenida con súbitos estallidos de cólera y agresividad verbal (gritos, lenguaje malsonante, parcialmente inteligible o ininteligible) y física (empujones, golpes, patadas, mordiscos, saltos) se relacionan con los intentos de escapada. El enfermo ha llegado a conductas disruptivas y agresivas, agarrando y empujando a los familiares con gran fuerza física.

Estos trastornos conductuales aparecen con deterioro cognitivo moderadamente grave y enfermedad de Alzheimer moderada de inicio tardío (F00.1, CIE-10) (DSM-IV). En el estudio con tomografía axial computarizada (TAC) apreciamos una atrofia córtico-subcortical inespecífica con lesiones generalizadas.

DISCUSIÓN

Los síntomas descritos son molestos y gravosos para los familiares y dificultan mucho la convivencia. Los síntomas conductuales más frecuentes y más insoportables son la agresividad física, la deambulación errática y la inquietud. Los moderadamente frecuentes y moderadamente insoportables son la falta de motivación, la conducta culturalmente inapropiada, la desinhibición y los gritos. Los síntomas conductuales menos frecuentes y más soportables son el llanto, el lenguaje malsonante, las preguntas repetitivas y el seguir a otra persona.

Los problemas conductuales como la agitación son difíciles de tratar, ya que estos pacientes son muy sensibles a los efectos secundarios de los neurolépticos, especialmente dis-



Figura 2. Paseo y deambulación terapéutica en compañía familiar.

cinesia tardía, sedación, confusión y caídas¹³. Es necesario utilizar neurolépticos de última generación o atípicos, con escasos efectos de sedación, hipersalivación e hipotensión ortostática, que podrían producir confusión o caídas¹⁴.

Son importantes otras medidas no farmacológicas como facilitar el paseo (fig. 2) en entornos libres de barreras arquitectónicas (patios, parques o jardines), terapias de orientación a la realidad, etc. Hemos tenido especial éxito con la musicoterapia y terapia artística (pintura en talleres personalizados del Centro de día)¹⁵. El paciente que estudiamos es muy sensible a la pintura en figuras de escayola y a la musicoterapia y baile, dos sesiones semanales. Hemos observado reducciones importantes de los trastornos conductuales en el mismo los días posteriores a la actividad. La musicoterapia reduce la inquietud, la ansiedad y la hostilidad, mejorando el sueño.

Es importante no enfrentarse al enfermo cuando aparece la agresividad y los comportamientos disruptivos, crear un circuito y entorno adecuados para que se mueva y actúe sin peligro, luchar contra el insomnio impidiendo las siestas, reforzar siempre los comportamientos adecuados con una estimulación óptima y cariñosa que permita mejorar sin irritar¹⁶. En las tablas 1 a 4 podemos observar algunas actuaciones empleadas en los síntomas conductuales más frecuentes.

La intervención no farmacológica es de primera elección en el tratamiento de los trastornos y síntomas con-

ductuales de la enfermedad de Alzheimer. El uso de fármacos complementa estas medidas en los trastornos moderados o graves que interfieren la calidad de vida del paciente o cuidador. Antes de usar un fármaco deberemos hacernos estas preguntas:

- ¿Justifica el síntoma un tratamiento farmacológico? ¿Por qué?
 - ¿Es un síntoma que responde al tratamiento farmacológico?
 - ¿Qué grupo de fármacos es el más adecuado para este síntoma?
 - ¿Cuáles son los efectos adversos potenciales y predecibles del fármaco que vamos a utilizar?
 - ¿Cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento?
- El entorno ideal del enfermo es el familiar, ya que se mantiene constante y no genera estrés. Las intervenciones conductuales comprenden:
- Identificar los síntomas objeto de intervención.
 - Recabar información de los mismos a los cuidadores.
 - Identificar los desencadenantes o los resultados de un síntoma específico.
 - Fijar objetivos realistas y planes integrales sobre los mismos.
 - Animar a los cuidadores en el logro de los objetivos.
 - Evaluar y modificar continuamente los planes.

Las terapias creativas y la musicoterapia son intervenciones muy eficaces para reducir la ansiedad y agitación.

La psicoterapia individual, de grupo o de familia es de utilidad en las primeras etapas de la demencia.

No debemos empezar tratamiento farmacológico alguno hasta que tengamos la certeza de que los síntomas no tienen una causa física, no tienen relación con el uso de otra medicación y no han respondido o no son susceptibles de ser tratados mediante intervenciones no farmacológicas.

Desde el punto de vista farmacológico, los antipsicóticos atípicos han demostrado su eficacia¹⁷ en los síntomas psicóticos de la demencia, en la agitación y en las alteraciones conductuales, aunque igual de eficaces que los convencionales, tienen menos efectos colaterales. Los estudios realizados para comparar a los distintos fármacos antipsicóticos no aportan diferencias de eficacia. Si la elección la realizamos basándonos en el perfil de efectos adversos, los antipsicóticos atípicos, risperidona, clozapina y olanzapina en el orden indicado, tienen un mejor perfil que el resto de los fármacos del grupo por producir menos efectos secundarios, discinesia tardía, síntomas extrapiramidales, disminución del umbral convulsivo, etc. y en especial un menor efecto parkinsonizante. También están indicados en los trastornos del sueño a dosis bajas.

Los neurolépticos o antipsicóticos atípicos indicados en las ideas delirantes, alucinaciones, hostilidad, agresividad, agitación, conducta violenta y alteraciones del sueño-vigilia se han ensayado en grandes estudios multicéntricos, especialmente la risperidona¹⁸. Podemos ver las dosis farmacológicas en la tabla 5. Debemos comenzar con dosis bajas y subirlas lentamente, cada dos días. También debemos descartar la existencia de historia de hipersensibilidad a los neurolépticos y el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy. Aunque estos neurolépticos se toleran mejor que los clásicos (haloperidol, tioridazina y tiotixeno) vigilaremos estrechamente la aparición de efectos adversos, minimizándolos mediante la titulación lenta y la utilización de dosis bajas. Si en seis semanas no ha cedido la gravedad del síntoma, utilizaremos otro fármaco.

La risperidona (antagonista dopamina-serotonina) se asocia con la aparición de efectos adversos extrapiramidales, hipotensión postural y sedación a dosis altas. La clozapina (antagonista multirreceptor) es la que mayores efectos adversos tiene y sólo está indicada en síntomas conductuales muy graves, no controlados con otros neurolépticos (se aconseja en la discinesia tardía). Además de efectos anticolinérgicos y de hipotensión ortostática, se le asocia riesgo de agranulocitosis (requiere monitorización semanal de recuento leucocitario). La ziprasina (antagonista dopamina-serotonina) es muy similar a la risperidona con un rango de dosis de 130-140 mg, sus mayores efectos secundarios son sedación, cefalea, agitación, mareo e hipotensión ortostática. El seroquel (antagonista multirreceptor) tiene un perfil positivo frente a los efectos secundarios extrapiramidales. En conclusión, podemos afirmar que la risperidona es el neuroléptico que mejor perfil farmacológico tiene para su uso en Atención Primaria (tabla 5).

Tabla 1. Medidas preventivas de los trastornos conductuales

Hablar al enfermo con claridad y con opciones cortas
Tratar de mantener la rutina diaria
No preguntarle nunca si se acuerda de algo
No enfrentarse a él y reforzar los comportamientos correctos
Hablarle, mirándole a la cara, con frases cortas y órdenes simples, repitiendo el mensaje varias veces

Tabla 2. Actuación en la deambulación errática

Crear un circuito adecuado, sin barreras ni peligros, para que el enfermo deambule seguro
Cerraduras de seguridad
Identificaciones y brazaletes electrónicos para los enfermos
Iluminación suave y colores sosegantes en paredes (beige o melocotón)
Suelos con moqueta para absorber ruidos
Música ambiental adecuada
Suprimir diseños abstractos, espejos, timbres de teléfono o intercomunicadores ruidosos

Tabla 3. Actuación en la agresividad

No enfrentarse al enfermo, evitar las discusiones y no tratar de razonar
Abordarlo despacio, con calma y por delante, explicándole lo que vamos a hacer en cada momento
Usar con criterio el contacto físico
Emplear posturas no amenazantes, estando al mismo nivel ocular que el enfermo, cuidar las expresiones faciales
Hablarle con cariño, suave y sosegadamente, tratando de tranquilizarlo y mantener una distancia de seguridad, centrándolo su atención en algo distinto y placentero, estableciendo un entorno tranquilo
Evitar provocarlo o llevarle la contraria, retirar los instrumentos u objetos potencialmente dañinos para el enfermo o familiares
Evitar la restricción física siempre que sea posible
Recabar ayuda de inmediato, por parte de los demás familiares, si se ven en peligro

Tabla 4. Actuación en las reacciones catastróficas

Tranquilizarle
Contacto físico (caricias, abrazos)
Esperar a que se pasen
Fomentar la práctica de algún tipo de ejercicio físico o deambulatorio

Tabla 5. Dosis farmacológicas

Fármaco	Inicio (mg)	Rango de dosis (mg)	Horario
Risperidona	0,5	0,5-3	Una vez al día
Clozapina	6,25	10-50	Dos veces al día
Olanzapina	5	2,5-5	Una vez al día

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ortu L. Demencia. Una aproximación práctica. 1^a ed. Madrid: Masson; 1998.
2. Asociación Psicogeriatría Internacional. Conferencia de consenso sobre los trastornos conductuales de las demencias. International Psychogeriatrics. 1996;8 Supl 3:390-7.
3. Finkel Sl. The signs of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Clinician. 1998;16(1):33-42.
4. Wilson RS, Gilley DW, Bennett DA, Beckett LA, Evans DA, et al. Hallucinations, delusions and cognitive decline in Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatr. 2000;69(2):172-7.

5. Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, Del Castillo-Castañeda C, Sano M, Marder K, et al. The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimer's disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:257-63.
6. Burgio I. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *Int Psychogeriatr*. 1996;8 Supl 1: 45-52.
7. Reisberg BM, Franssen E, Sclar S. Stage specific incidence of potentially remediable conductuales symptoms in aging and Alzheimer's disease: A study of 120 patients using the BEHAVE-AD. *Bull Clin Neurosci*. 1989;54:95-112.
8. Hope RA, Fairburn CG. The nature of wandering in dementia: A community-based study. *Int J Geriatric Psychiatry*. 1990;5:239-45.
9. Cohen- Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol*. 1989;44:M77-M84.
10. Falsetti AE. Risperidone for control of agitation in dementia patients. *Am J Health-System Pharmacy*. 2000;57(9):862-70.
11. Cohen- Mansfield J. Conceptualization of agitation result based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. In *Psychogeriatr*. 1996;8 Supl 3: 309-15.
12. Haupt M. Emotional lability, intrusiveness and catastrophic reactions. *Int Psychogeriatr*. 1996;8 Supl 3:409-14.
13. Piggot MA, Perry EK, McKeith IG, Marshall E, Perry RH. Dopamine D₂ receptors in demented patients with severe neuroleptic sensitivity. *Lancet*. 1994;343:1044-5.
14. Committee on the Safety of Medicines. Neuroleptic sensitivity in patients with dementia. *Curr Probl Pharmacovigilance*. 1994;20:6.
15. Martínez Lage JM, Alberca Serrano R, et al. IV Curso Nacional de Enfermedad de Alzheimer. Sevilla:1999.
16. Alberca R, López Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Panamericana; 1998.
17. Consellería de Salud. Demencia, proceso asistencial integrado. Sevilla: 2002.
18. Brecher M. Risperidone in the treatment of psychosis and aggressive behaviour in patients with dementia. Congreso de la IPA, Jerusalén, Israel. 17-22 agosto de 1997.