

Síntomas psicológicos-conductuales de las demencias y su tratamiento

M.M. Garrido Picazo

Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Madrid. España.

La esperanza de vida va aumentando progresivamente, con el consiguiente envejecimiento de la población. Conseguir una buena calidad de vida en nuestros pacientes ancianos y sus cuidadores es una tarea esencial para el médico de familia. El manejo adecuado de los pacientes demenciados es especialmente prioritario, ofreciéndose en este artículo una revisión actualizada sobre el tratamiento de los síntomas psicológicos-conductuales. El acrónimo que se utiliza en castellano es SCPD. Este término fue propuesto por la *International Psychogeriatric Association* en 1996, en una conferencia de consenso celebrada en Virginia y abarca los síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento y del estado de ánimo o conducta de las demencias. El tratamiento de este síndrome incluye medidas farmacológicas que necesitan en muchos casos una mayor cantidad de estudios para demostrar la eficacia de los psicofármacos, siendo las medidas no farmacológicas la base para el manejo de estos pacientes.

Palabras clave: demencia, antipsicóticos típicos, antipsicóticos atípicos, risperidona, haloperidol.

Life expectancy has been progressively increasing with the consequent population aging. Achieving good quality of life in our elderly patients and their caregivers is an essential task for the family doctor. Adequate management of dementia patients has special priority. This article offers an updated review on the treatment of the psychological-behavior symptoms. The acronym used in Spanish is SCPD. This term was proposed by the *International Psychogeriatric Association* in 1996, in a consensus conference in Virginia and includes the symptoms of alteration of perception, of the thought content and mood state or behavior of dementias. Treatment of this syndrome includes pharmacological measures that often need a greater amount of studies to demonstrate the efficacy of the psychodrugs, the non-pharmacological measures being the base for the management of these patients.

Key words: dementia, typical antipsychotics, atypical antipsychotics, risperidone, haloperidol.

INTRODUCCIÓN

Se estima que hasta el 80% de los ancianos con demencia presentan síntomas psicológicos y conductuales (SCPD) durante el curso de la enfermedad.

Identificar estos síntomas es de suma importancia tanto para el paciente como para su cuidador y para el profesional encargado de elegir el tratamiento más adecuado.

Para el paciente, el identificar estos síntomas supone un paso importante para mejorar su calidad de vida, ya que estos síntomas son un riesgo para su salud física al producir caídas, accidentes, autolesiones, etc., además de incidir en su capacidad funcional y emocional.

Correspondencia: M.M. Garrido Picazo.
Centro de Salud Silvano. Madrid.
C/Machupichu, 58. 28043 Madrid.
Correo electrónico: margarrido2208@hotmail.com

Recibido el 29-11-07; aceptado para su publicación el 22-04-08.

En el cuidador este síndrome supone una sobrecarga importante, mermando también su calidad de vida, especialmente a costa de los trastornos conductuales de los ancianos a su cuidado. Nuestra meta aquí es evitar que claudiquen, dando nuestro apoyo y trabajando con un equipo multidisciplinar.

Para el profesional médico estos síntomas son la base para elegir el manejo más adecuado, no sólo farmacológico. Hay que tener en cuenta que los ancianos son una población de alto riesgo para presentar efectos secundarios a los psicofármacos. Esta sensibilidad viene determinada por las diferencias farmacodinámicas y farmacocinéticas de esta población. Diferencias que vienen determinadas por los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Además, presentan una alta tasa de interacciones, ya que suelen estar polimedicados, incurriendo con frecuencia los tratamientos, derivando este

problema en fenómenos de tolerancia y riesgo de abuso a los fármacos.

Hay que tratar con mucha cautela la introducción de los nuevos psicofármacos en el anciano, porque los ensayos clínicos de los nuevos fármacos se hacen en el tramo de edad comprendido entre los 18 y los 65 años, extrapolando los resultados a la población anciana, se carece por tanto de estudios de tolerancia en la población anciana.

DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA

La demencia es un síndrome que se caracteriza por la alteración adquirida de varias de las funciones intelectuales: memoria, orientación temporoespacial, lenguaje, pensamiento abstracto, capacidad de juicio, etc. Por lo general es de carácter progresivo y con síntomas persistentes, una duración mínima de seis meses, sin alteración del estado de consciencia y suficientemente intensa para interferir en el desempeño normal de las actividades sociales u ocupacionales del individuo.

Muchas veces, sólo una correcta valoración clínica y el seguimiento del paciente nos darán el diagnóstico definitivo. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se basa en el cumplimiento del criterio de demencia y en la ausencia de otra causa que pueda justificar dicho deterioro cognitivo.

Los criterios diagnósticos más utilizados son los del ICD-10, DSM-IV y los criterios NINCDS-ADRDA que se han validado y han evidenciado una sensibilidad y especificidad por encima del 85%.

Criterios clínicos diagnósticos de demencias DSM-IV

1) Deterioro de la memoria a corto plazo (5 minutos) y largo plazo (hechos, fechas, personas conocidas en el pasado).

2) Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

– Afasia: alteración del lenguaje (comprender, denominar).

– Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la función motora está intacta.

– Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta.

– Alteración de la actividad constructiva (ejecución): por ejemplo planificar, organizar, secuenciar y abstraer.

3) Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales.

4) Debe suponer un declive o merma respecto a un grado de funcionamiento previo.

5) Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirio, aunque este puede superponerse a la demencia.

6) Etiológicamente relacionada con una causa orgánica o con los efectos persistentes de una sustancia (incluyendo exposición a toxinas) o una combinación de ambos.

Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer del NINCDS-ADRDA

A. Criterios de Alzheimer definitivos.

1. Criterios B.
2. Evidencia histopatológica compatible.

B. Criterios de enfermedad de Alzheimer probable:

1. El *Minimental Status Examination de Folstein* (MM-SE)/Miniexamen cognoscitivo (MEC) inferior a 24 o test similar.

2. Déficit en dos o más áreas cognitivas (memoria, cálculo, juicio, etc.)

3. Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.

4. Ausencia de trastornos de la consciencia (delirio).

5. Inicio entre los 40 y 90 años.

6. No evidencia de otras enfermedades cerebrales o sistémicas que justifiquen el deterioro progresivo.

7. Deterioro del lenguaje (afasia), habilidad motora (apraxia) y reconocimiento perceptivo (agnosia).

8. Alteración de patrones de conducta e incapacidad para realizar tareas cotidianas.

9. Historia familiar de trastornos similares, sobre todo si hay confirmación anatomopatológica de enfermedad de Alzheimer.

10. Pruebas de laboratorio:

– Punción lumbar (líquido cefalorraquídeo) normal.

– Enlentecimiento inespecífico o normalidad en el electroencefalograma (EEG).

– Signos de atrofia cerebral progresiva en estudios seriados con tomografía axial computarizada (TAC) e hipometabolismo cerebral si se utilizan otras técnicas de neuroimagen.

C. Criterios de enfermedad de Alzheimer posible:

1. Puede hacerse ante un proceso demenciante en presencia de variaciones en su inicio, en la presentación o en el curso clínico, inusual en la enfermedad de Alzheimer, pero para la cual no hay explicación alternativa (diagnóstico de exclusión).

2. Puede realizarse en presencia de un trastorno secundario sistémico o cerebral capaz de producir una demencia, pero no se considera la causa de la demencia del enfermo.

3. Cuando existe un déficit gradual progresivo de las funciones cognitivas.

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEMENCIA

– Identificaciones erróneas y falsas interpretaciones: no reconocen a sus familiares, ni su casa ni a sí mismos ante el espejo.

– Alucinaciones: son percepciones sin objeto, las más frecuentes son las visuales.

– Ansiedad: suele manifestarse por preocupaciones sobre hechos hasta ahora irrelevantes y por preocupaciones

repetidas y excesivas en relación a acontecimientos futuros. Como consecuencia quieren llamar la atención muchas veces de forma inconsciente para demandar atención continua.

- Delirios: son falsas creencias mantenidas incluso cuando son ilógicas, extraordinarias y erróneas; las más frecuentes se refieren a la infidelidad del cónyuge, robo, persecución, etc.

- Depresión: en esta población es común confundir demencia y depresión, no hay que olvidar que comparten síntomas comunes el síndrome esencial y el depresivo. Además, en las primeras fases de una demencia pueden aparecer síntomas depresivos sin que exista depresión asociada, especialmente en las demencias vasculares o subcorticales y no precisarán tratamiento específico. No obstante, existen cuadros de pseudodemencia en donde el trastorno de base es una alteración en el estado de ánimo y, secundariamente da como resultado un trastorno de la atención (cognitivo). Al tratar ese estado de ánimo depresivo con antidepresivos el trastorno cognitivo mejora.

- Trastornos del sueño: los síntomas más frecuentemente referidos por los ancianos son dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares, escaso tiempo total de sueño y sueño no reparador. En los pacientes afectados por demencia existen, además, cambios cerebrales degenerativos que derivan en la aparición de trastornos del sueño. Todo esto agravado por los factores de riesgo para desarrollar insomnio, entre los que cabe destacar las modificaciones en los hábitos vitales (jubilación, soledad, cambios en el lugar de residencia, etc.), la presencia de enfermedades médicas y la polimedicación.

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES

- Agitación. Actividad motora, vocal o verbal excesiva sin causa aparente o como una reacción desproporcionada. La agitación ocurre hasta en el 70% de las demencias. Presenta una mayor gravedad que los trastornos de la actividad psicomotora. La agitación puede asociarse con agresividad física o verbal, traduciéndose en una resistencia al cuidado, inadecuación verbal o combatividad física: dar patadas, empujar, morder, arañar, etc.

- Apatía. No debe confundirse con depresión, ya que para su diagnóstico requiere la asociación de otros síntomas. Esta conducta es más motivo de frustración para los familiares que para el paciente.

- Trastornos de la actividad motora. Andar continuamente de un lado para otro, vagabundeo, persecución del cuidador, tendencia a las fugas, ejecución repetida de tareas sin ningún propósito, como por ejemplo sacar cosas de los armarios.

- Alteraciones en la esfera sexual. Generalmente existe una indiferencia ante la actividad sexual, pero a veces se produce una desinhibición sexual.

- Alteraciones en la conducta alimentaria. Conductas de oposición y apraxia bucal (incapacidad para realizar esta tarea por no poder recordar la orden de llevarla a cabo).

FACTORES DESENCADENANTES

Estos síntomas, especialmente los conductuales, y en concreto la agresividad y la agitación, pueden verse desencadenados por los siguientes factores.

- El entorno ambiental: cambios de hábitos, hiperestimulación, ambientes ruidosos.

- El cuidador: presencia de cuidadores desconocidos, relaciones previas entre el paciente y su cuidador, mala comunicación entre el cuidador y el paciente, etc.

- El paciente.

- Delirium.

- Dolor.

- Otra patología médica concomitante.

- Yatrogenia: por la presencia de efectos secundarios de algunos fármacos: efectos anticolinérgicos y extrapiramidales de los psicotrópicos.

Ante un paciente con pérdida de memoria o sospecha de demencia es precisa la confirmación sobre la base de los criterios clínicos descritos. Para ello se cita al paciente y a un familiar informado en visita concertada para realizar una entrevista clínica de orientación diagnóstica, incluida una anamnesis detallada, la aplicación de test psicométricos y una exploración física general y neurológica.

Las pruebas psicométricas valoran las distintas áreas cognitivas y no cognitivas comentadas en los apartados anteriores y que sirven para apoyar o hacer dudoso el diagnóstico de deterioro cognitivo. Entre las más usadas en Atención Primaria se encuentran el MMSE con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 92% para puntuaciones inferiores a 24. El MEC es una versión española, con una puntuación máxima de 35.

El *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer (SPMSQ) es muy útil para el cribado de deterioro cognitivo si se dispone de poco tiempo y se trata con personas muy mayores, analfabetas y/o con déficit sensorial grave, ya que se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. La escala de Yesavage reducida sirve para evaluar la posible existencia de un trastorno depresivo que en ocasiones puede simular un trastorno cognitivo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Analítica: hemograma completo, bioquímica, velocidad de sedimentación globular (VSG), pruebas hepáticas y renales, perfil tiroideo, vitamina B₁₂, ácido fólico, serología luética, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y análisis de orina.

- Electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax.

- La TAC, sobre todo para descartar causas secundarias.

TRATAMIENTO

Para ofrecer un tratamiento adecuado hay que tener en cuenta al paciente, al cuidador, a la familia y el entorno ambiental que les rodea.

El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador. En el paciente se trata de evitar la aparición,

o disminuir la frecuencia e intensidad de los SCPD que le causen mayor sufrimiento, pongan en peligro su integridad física y le quiten autonomía. En cuanto al cuidador, el objetivo es formarle en el cuidado del paciente y en el suyo propio, asesorarle y apoyarle para aliviar el síndrome de sobrecarga del cuidador.

Hay que elegir las intervenciones de forma individualizada, sopesando la fase de la enfermedad, la disponibilidad y la aceptación de las mismas por parte del paciente y del cuidador.

Tratamiento no farmacológico

Comenzar por intervenciones no farmacológicas, este es el primer escalón del tratamiento del paciente con demencia. Las intervenciones no farmacológicas son: modificaciones del entorno ambiental para evitar caídas, creando un ambiente tranquilo, iluminado, sin ruidos excesivos; establecer unos hábitos en las actividades de la vida diaria implicándole en su autocuidado, ejercicio físico, terapia ocupacional, musicoterapia, medidas de higiene del sueño; mejora de la comunicación con el paciente intentando no discutir ni perder la calma, utilizando frases cortas y sencillas; si repite actos o preguntas distraer su atención hacia otra actividad; si aparece agresividad mantener la calma, acercarse con suavidad, alejarle de los lugares o situaciones que le inquieten; evitar la incontinencia con la reeducación vesical.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos han de ser pautados en dosis bajas, mantenerlos el mínimo tiempo posible y vigilar los posibles efectos secundarios.

Entre todos los SCPD, sólo hay datos sobre la eficacia de algunos fármacos en relación con la agresividad, la agitación y ocasionalmente los síntomas psicóticos. El resto de los SCPD no han sido estudiados de forma específica.

Los antipsicóticos son el principal grupo terapéutico en el manejo de los SCPD, específicamente en el tratamiento de los ancianos con demencia y agitación. Los antipsicóticos se clasifican en neurolepticos típicos o clásicos y los atípicos.

Antipsicóticos típicos

Actúan principalmente por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 de forma potente, pero también antagonizan los receptores muscarínicos, los alfa-adrenérgicos e histaminérgicos. La eficacia de los antipsicóticos típicos ha sido evaluada en dos metaanálisis. En términos de eficacia ningún neuroleptico demostró ser superior a otro. Tienen una eficacia modesta en el tratamiento de los pacientes agitados con demencia. En el metaanálisis de Schneider un 18% más de pacientes respondieron con estos fármacos respecto a los tratados con placebo. En el metaanálisis de Lancôt un 26% más de pacientes respondieron a los antipsicóticos frente a placebo, por lo que existe una alta tasa de respuesta a placebo. Los datos de seguridad mostraron un 25% más de efectos secundarios adversos con neurolepticos que con placebo sin diferencia entre fe-

notiazinas o butirofenonas, aunque esto no se tradujo en una mayor tasa de abandonos. Los efectos adversos más frecuentes fueron la sedación (21%), los trastornos del movimiento o síntomas extrapiramidales (SEP) (13%) y la hipotensión ortostática (8%).

En relación con la tioridazina existen pocos datos que justifiquen el empleo de este fármaco en la demencia; el único efecto positivo que se encontró frente a placebo fue la reducción de la ansiedad. Sin embargo, por su potencial cardiotoxicidad (prolongación del intervalo Q-T) no puede recomendarse su uso; de hecho en España se ha retirado.

En un metaanálisis reciente en el que se empleó haloperidol como tratamiento de la agitación en pacientes con demencia, se ha observado que disminuye la agresividad, pero no se pudo demostrar la eficacia de este fármaco en otras variables como son la carga del cuidador, el cambio global o las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, por su falta de efectos cardiovasculares y anticolinérgicos, por ser el fármaco más estudiado y del que existe mayor experiencia de uso es considerado como una de las primeras opciones.

Antipsicóticos atípicos

Además de bloquear los receptores dopaminérgicos D2 con distinta intensidad, de forma más débil, bloquean los receptores 5HT 2A, a lo que se atribuye su menor capacidad para producir SEP. Esta característica los diferencia de los antipsicóticos clásicos.

Están comercializados en España la clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulprida y ziprasidona. De todos ellos, sólo la risperidona tiene aprobada la indicación en ficha técnica para su empleo en pacientes con demencia y SCPD.

Según algunos estudios, la puntuación de las subescalas de psicosis y de agresividad mejoraron significativamente con la risperidona en dosis de 1 y 2 mg al día, pero no con 0,5 mg al día. Los ítems de ideación delirante/paranoide mejoraron significativamente con todas las dosis de risperidona. Hubo un aumento de efectos adversos relacionados con la dosis, principalmente somnolencia, SEP y edema periférico. No se encontraron diferencias significativas respecto al placebo en la gravedad de los SEP con las dosis de 0,5 mg y 1 mg, pero sí con la de 2 mg.

En otro estudio, De Deyn y sus colaboradores compararon risperidona, haloperidol y placebo. La risperidona mejoró las subescalas de agresividad asociada a demencia, al igual que el haloperidol; sin embargo, la incidencia y gravedad de los SEP fue mayor con haloperidol que con risperidona, especialmente cuando se usa la risperidona en dosis inferiores a 2 mg, ya que por encima de esta dosis los SEP y la disquinesia tardía aumentan.

Los efectos secundarios más frecuentes con el consumo de risperidona fueron la somnolencia, las caídas, las lesiones y las infecciones urinarias.

En relación con la olanzapina, parece que es eficaz en el tratamiento de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios y agitación/agresividad) en dosis de 5 mg al día. Do-

sis superiores parecen ser menos eficaces. Sin embargo, no tiene autorizada esta indicación (tratamiento de psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia en ancianos) en su ficha técnica. Se necesitarían más estudios que avalaran su eficacia, al igual que la de otros antipsicóticos atípicos.

Surgió una alerta por parte de la *Food and Drug Administration* (FDA) en abril del año 2005, al comentarse que el uso de antipsicóticos atípicos había duplicado el riesgo de mortalidad; especialmente incrementaba el riesgo para accidentes cerebrovasculares. Esto ocurría más con la olanzapina y, sobre todo, en pacientes con factores de riesgo para sufrir este tipo de eventos. En relación con los antipsicóticos típicos, en concreto con el haloperidol, la FDA hizo notar que el riesgo asociado con él sería una cuestión a estudiar. En el *New England Journal of Medicine* del 1 de diciembre salió publicado un artículo en el que se comentaba que la probabilidad de que los antipsicóticos convencionales o típicos aumenten el riesgo de muerte en los ancianos es, al menos, la misma que con los atípicos, y que los antipsicóticos convencionales no deberían utilizarse para sustituir a los atípicos que se hayan suspendido como respuesta a la advertencia de la FDA. Se comentaba también que los mayores riesgos se producían poco después del inicio de la terapia, y con las dosis más elevadas de los antipsicóticos típicos.

Según la última resolución nº 128/06 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la indicación terapéutica de antipsicóticos de segunda generación en pacientes ancianos mayores de 75 años con demencia:

1) Queda restringida al tratamiento sintomático de cuadros de agresividad grave o síntomas psicóticos severos que no respondan a medidas no farmacológicas, en los que se han descartado otras etiologías.

2) La duración del tratamiento en pacientes con demencia debe ser lo más corta posible, siendo imprescindible valorar en cada visita la necesidad de continuar el tratamiento.

3) La necesidad de tratamiento con antipsicóticos de segunda generación en pacientes con demencia debe ser valorada por médicos experimentados en el diagnóstico, evaluación y manejo de estos pacientes.

4) Se deberá vigilar aún más estrechamente a los pacientes con antecedentes de episodios isquémicos cerebrales.

Existen pocos datos que aprueben la eficacia de otros fármacos diferentes a los antipsicóticos. Estos se han de considerar como tratamiento alternativo cuando no se toleren o no sean eficaces los antipsicóticos, por ejemplo la trazodona, un antidepresivo que sí tiene aprobada la indicación en el tratamiento de las alteraciones de conducta y agresividad, aunque los datos sobre su eficacia son escasos y contradictorios.

Podría decirse que para el tratamiento de los ancianos con demencia y agitación se recomienda la monoterapia antipsicótica, sobre todo en la demencia con agitación y

con ideas delirantes. En cambio, no existe un consenso cuando sólo existe agitación sin ideas delirantes; en este caso, el 60% de los expertos recomiendan el uso de un antipsicótico. No se deben usar los antipsicóticos en pacientes demenciados sin trastornos conductuales salvo que presenten algún trastorno psicótico. Se recomienda usar la mínima dosis eficaz evaluando los beneficios y los riesgos y reevaluar periódicamente a los pacientes para disminuir la dosis o retirar el tratamiento. Existen estudios observacionales sobre la retirada del tratamiento antipsicótico convencional en pacientes con demencia en los que estos permanecen estables, lo que indica que la suspensión del tratamiento es una cuestión empírica.

Para el manejo de otros síntomas afectivos como son los trastornos del sueño, la ansiedad y la depresión hay que tener en cuenta que suelen ser pacientes polimedcados y que algunos tratamientos como son las benzodiacepinas pueden agravar el deterioro cognitivo.

Para el tratamiento de la depresión los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son de elección, en especial el citalopram por la escasa interacción que posee con otros fármacos; también la trazodona es una opción muy válida en aquellos casos en que exista depresión con insomnio y agitación.

Para el tratamiento de la ansiedad se ha de minimizar el empleo de las benzodiacepinas y, si son necesarias usar las de vida media corta y con metabolización por conjugación como son el lorazepam y el oxazepam.

En el caso de los trastornos del sueño, hay que agotar todas las medidas no farmacológicas de higiene del sueño antes de instaurar medidas farmacológicas. Los fármacos más idóneos para su tratamiento son el clometiazol, oxazepam, tiaprida, tioridazina, antidepresivos sedativos como paroxetina y trazodona y zolpidem.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El paciente será derivado al neurólogo y/o al centro de salud mental, trabajando conjuntamente con ambos.

Los criterios de derivación al neurólogo son los siguientes:

- Pacientes menores de 65 años en los que se detectan alteraciones cognitivas.
- Pacientes con alteraciones cognitivas y antecedentes familiares de demencia.
- Por la incapacidad de realizar ciertas pruebas complementarias en Atención Primaria.
- Situaciones clínicas atípicas: inicio brusco y curso fluctuante.
- Manifestaciones atípicas: convulsiones, focalidad neurológica reciente, temblor, alucinaciones en fases no avanzadas, etc.
- Para instaurar tratamientos farmacológicos que no son accesibles en Atención Primaria.
- Cuando se observen cambios en la evolución de la enfermedad; por ejemplo, en el ritmo del sueño, en la capacidad funcional del paciente, trastornos conductuales, etc.

– Cuando empiece a existir claudicación familiar o incapacidad por parte del cuidador de sostener la situación y se plantee la necesidad de acudir a un centro de día, internamiento.

Se derivará al paciente al centro de salud mental cuando aparezca un trastorno de personalidad, exista depresión resistente al tratamiento habitual o SCPD rebeldes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Baños Vicente V. Comentario: Prescripción de psicofármacos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:246-7.

Blesa R, Espinás J, Viedma P, Charques I. Guía de diagnóstico de la demencia en Atención Primaria. Barcelona: Prous Science, S.A.; 2000.

Chamorro García L. Psicofármacos en el anciano. *Rev Clín Esp*. 2005;205:513-7.

De la Serna de Pedro I. Psicofármacos en geriatría. *Psiquiatría* 21. *Ars Médica*. 2006.

Diccionario Mosby Pocket de medicina y ciencias de la salud. Harcourt Brace Publishers International. División Iberoamericana. Harcourt Brace de España. Grupo Ferrer. Edición en español. 1998.

DSM-IV- AP. Versión española de la 4ª edición. Barcelona: Masson S.A.; 1997.

Ezquiaga Terrazas E, Garrido Barral A, López Arrieta J, Vico Barranco MJ. Recomendaciones para el manejo de síntomas psicopatológicos y alteraciones de conducta asociadas a demencia en ancianos. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Revisión 2003. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/farmacia/recomendaciones>

International Psychogeriatric Association (IPA). Síntomas conductuales y psicológicos en la demencia. Traducción de "BPSD Educational Pack" 1998. Northfield: Ed. Sanford i Finke; 1998.

Loneragan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol para la agitación en la demencia (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, w 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library; 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Resolución del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios por la que se aprueba el procedimiento para la prescripción y dispensación de los antipsicóticos de segunda generación destinados a pacientes mayores de 75 años. Resolución número 128/06. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Riesgo de muerte en los ancianos tratados con antipsicóticos convencionales frente a antipsicóticos atípicos. *N Engl J Med*. 2005;353:2335-42.