

Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer

Arroyo-Anlló, E. M.; Torres Pereira, J. y Castañeda Alegre, J. C.

Clínica de la Memoria. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Instituto de Neurociencias de Castilla y León. Salamanca.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La demencia de tipo Alzheimer (DTA) es una patología degenerativa con síntomas neuropsicológicos y neuropsiquiátricos.

OBJETIVOS: Describir un trastorno conductual: agitación/agresividad con sus distintas manifestaciones. Evaluar el impacto de las alteraciones de conductas sobre el bienestar de los cuidadores principales (CP).

MÉTODO: 42 pacientes con DTA de severidad moderada, con una media de 78,25 años fueron evaluados con el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y sus CP respondieron también al autocuestionario «Quejas familiares de los enfermos con DTA».

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Las conductas de agitación/agresividad son bastante frecuentes (55,1% de los casos), pero de severidad moderada. El signo más frecuente fue el del rechazo o resistencia a la ayuda/cuidado que el CP ofrecía al paciente (34,8%). Además, estas conductas son los trastornos comportamentales más perturbadores para el bienestar de los CP (35,4%).

Palabras clave

Demencia de tipo Alzheimer. Agitación. Agresividad. Cuidador principal. Comportamiento.

help/ care offered the patient by the caregiver (37.9%). In addition, these behaviors were the most upsetting disorders for the well-being of the PC (35.4%).

Key words

Alzheimer's disease. Agitation. Aggressiveness. Caregiver. Behavior.

INTRODUCCIÓN

La demencia de tipo Alzheimer se caracteriza esencialmente por un deterioro cognoscitivo progresivo. Pero no debemos olvidar que desde el inicio de ese déficit cognoscitivo se asocian frecuentemente trastornos del comportamiento (1-4). La prevalencia global de los trastornos del comportamiento es del 70-90% de los casos (4-6). En estudios con grupos de enfermos españoles (1, 7) se observa que los más habituales son: apatía/indiferencia (46-56% de los pacientes), irritabilidad (38-42%), depresión (35-50%), conducta motora aberrante (13-30%), agitación/agresividad (29%), ansiedad (27%), desinhibición (24%), ideas delirantes (19-26%), alucinaciones (14-16%) y euforia (3-4%).

Los trastornos comportamentales son los motivos más frecuentes de consultas especializadas, los que perturban más a la familia y les complican el cuidado de los pacientes con demencia, llegando a ser en muchas ocasiones, las causas de marginalización, abuso e institucionalización del enfermo (8). Así, el estudio de Kaufer et al (9) ha constatado que la agitación/agresividad e irritabilidad son los trastornos de conducta que más estrés provocan en los cuidadores principales.

La agitación/agresividad es un fenómeno muy diverso y que comporta una actividad verbal o motora inadecuada que no se puede explicar desde necesidades concretas del paciente o desde su deterioro cognoscitivo (10). Se han desarrollado varias escalas específicas para definir y evaluar las conductas de agitación/agresividad como el Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI) (11, 12). A través del CMAI podemos identificar cuatro subtipos de este trastorno comportamental: a) conductas

Agitation/ aggressiveness in Alzheimer's disease

SUMMARY

INTRODUCTION: Alzheimer's disease (AD) is a degenerative disease with neuropsychologic and neuropsychiatric symptoms.

OBJECTIVE: To describe a disorder with agitation/ aggressiveness behavior with its different manifestations. To evaluate the impact of the behavioral alterations on the well-being of the principal caregivers (PC).

METHOD: A total of 42 patients with moderately severe AD, whose mean age was 78.25 years old, were assessed with the Neuropsychiatric Inventory (NPI) and their PC also answered the self-administered questionnaire on «Complaints of the AD patients' family».

RESULTS AND CONCLUSIONS: Agitation/ aggression behaviors were quite frequent (55.1% of the cases), although their severity was moderate. The most frequent sign was rejection or resistance to the

Correspondencia: E. M. Arroyo-Anlló. Clínica de la Memoria. Reyes Católicos, 1-9, 1ªA. 37002 Salamanca. E-mail: anlloa@gugu.usal.es.

Recibido el 20-3-00; aceptado el 6-9-00.

físicamente no agresivas (inquietud general, manierismos repetitivos, etc.), *b*) conductas verbalmente no agresivas (negativismo o rechazo a la ayuda, preguntas constantes, jactancia verbal, gemidos, etc.), *c*) conductas físicamente agresivas (golpear, empujones, patadas, mordiscos, etc.) y *d*) conductas verbalmente agresivas (chillidos, palabrotas, emisión de ruidos extraños, estallidos temperamentales, etc.).

La relación entre la gravedad del deterioro cognoscitivo y las conductas agitadas/agresivas no puede explicar totalmente estos trastornos comportamentales, ya que existen factores psicológicos, clínicos y contextuales que influyen en su aparición y evolución (13). Por ello, es importante discernir las causas subyacentes a la agitación para llevar a cabo el tratamiento farmacológico y/o no farmacológico más adecuado.

El presente estudio es descriptivo y pretende conocer la frecuencia y la severidad de la agitación/agresividad en cada una de sus manifestaciones, a través del Neuropsychiatric Inventory (NPI) (14), en un grupo de pacientes con DTA y sus posibles relaciones con otros trastornos comportamentales, dolencias físicas y cambios contextuales. Además, se evalúan los trastornos comportamentales más perturbadores para el CP.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los sujetos que formaron parte de este estudio fueron 42 pacientes de Castilla y León, no institucionalizados, los cuales fueron diagnosticados de probable demencia de tipo Alzheimer (DTA) en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Los criterios diagnósticos utilizados fueron los del DSM-IV (15) y los de NINCDS-ADRDA (16). Durante un año y a medida que acudían a la consulta de Neurología y/o Neuropsicología, se evaluaron 42 pacientes con una DTA, cuyos familiares nos manifestaban un trastorno comportamental, pero la presencia de agitación/agresividad no era un criterio de inclusión en este estudio.

Todos los pacientes fueron evaluados con el Mini Mental State Examination (17) (MMSE) y sus cuidadores principales (CP) contestaron al NPI. El NPI es una entrevista semiestructurada para obtener información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos que se hayan mantenido en el último mes en pacientes con alteraciones cerebrales. Además de explorar la agitación/agresividad, también examina otros nueve aspectos psico-conductuales: delirios, alucinaciones, disforia, ansiedad, euforia, apatía/indiferencia, irritabilidad/labilidad, desinhibición y conducta motora aberrante. Nosotros hemos añadido a este NPI, otros tres tipos más de trastornos conductuales: el alimentario, el sexual/hedónico y el del sueño*. Este ins-

trumento permite economizar el tiempo de exploración, ya que cada conducta incluye una pregunta exploratoria; si a ésta el informante responde afirmativamente, se continúa con una evaluación más detallada y si la respuesta es negativa, se pasa a examinar otra conducta. También nos permite determinar la frecuencia (1: esporádica, 2: frecuente, 3: frecuentemente, 4: todos los días) y la severidad (1: leve, 2: moderada y 3: severa) de cada perturbación del comportamiento. Además, podemos obtener una puntuación global sobre la presencia de cada trastorno comportamental, a través de la multiplicación de la puntuación de la frecuencia y la de la severidad (puntuación global máxima 12).

También registramos de manera informal si en esos meses o en la actualidad se habían presentado dolores físicos (retención urinaria o fecal, mala posición del enfermo encamado, fractura de cadera...), aspectos médicos-farmacológicos (estado infeccioso febril, insuficiencia renal o hepática, urgencia vascular, causa yatrogénica sobre todo, de anticolinérgicos...), cambios socio-ambientales (traslado de residencia, cambio de habitación, miedo al aislamiento, carencia afectiva, luz inadecuada...) y los tratamientos farmacológicos (anticolinesterásicos, antipsicóticos, etc.) y/o no farmacológicos (estimulaciones psicocognoscitivas).

Además, utilizamos el autocuestionario «Quejas familiares de enfermos con DTA» (8, 18) modificado (Anexo I), para valorar qué trastornos comportamentales perturbaban más o causaban más distrés a los cuidadores principales (CP). Cada uno de los CP contestó a este autocuestionario, respondiendo si cada conducta estaba ausente en el paciente (puntuación: 0); presente pero que no perturbaba: 1; poco perturbador: 2; muy perturbador o insoportable: 3. De esta manera, se ha cuantificado la perturbación que cada trastorno de conducta provocaba en cada uno de los CP, siendo la suma la puntuación global de perturbación del trastorno.

Se usaron análisis descriptivos para determinar la frecuencia y severidad de cada uno de los trastornos comportamentales y de los distintos tipos de agitación/agresividad. Para explorar las relaciones entre la agitación/agresividad y otros trastornos conductuales, utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman, considerando una correlación significativa $> 0,4$ ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Evaluamos a 42 pacientes con una probable demencia de tipo Alzheimer, en un estadio leve-moderado de la enfermedad (CDR= 2) (19). La media de edad de esta muestra fue de 78,25 (DE= 6,81; rango 70-84); la distribución por sexo fue de 43 mujeres y 14 hombres, con una media de años de escolaridad de 8,62 (DE= 3,53; rango 6-12). La media de años del inicio de la demencia fue de 5,76 (DE= 3,21; rango 12-8) con una puntuación media en el MMSE de 13,84 (DE= 6,94; rango 17-7) (tabla I).

* Para la adquisición del NPI modificado con 13 tipos de trastornos comportamentales, pueden dirigirse a la Clínica de la Memoria, C/ Reyes Católicos, 1-9, 1ªA. 37002 Salamanca. Tel. 923 26 77 44.

TABLA I. Datos demográficos y clínicos del grupo de pacientes con demencia de tipo Alzheimer.

	<i>Edad</i>	<i>Años de escolaridad</i>	<i>Años de enfermedad</i>	<i>MMSE</i>	<i>CDR</i>
Media	78,25	8,62	5,76	13,84	2,1
DE	6,81	3,53	3,21	3,94	0,3

En el momento del estudio, todos estaban tratados con un anticolinesterásico, asociado a un neuroléptico típico (el 19,3% de los pacientes), un neuroléptico atípico (7,2%), una benzodiacepina (28,1%), un no-IMAO (28,8%) o un hipnótico no benzodiacepínico (15,78%). El 57,2% de los pacientes recibió otros tratamientos (vasodilatadores, antihipertensivos...) debido a la existencia de otras patologías concomitantes. En cuanto a los cambios socioambientales, recogimos una observación sobre una modificación de la habitación de un paciente y en 23 casos escasas relaciones sociales, a pesar de encontrarse en domicilio. Por otro lado, 18 enfermos asistían varias veces por semana a la Clínica de la Memoria de Salamanca para recibir las estimulaciones psico-cognoscitivas.

La tabla II muestra las puntuaciones de las trece subescalas del NPI modificado¹ en el grupo de 42 pacientes con DTA. La irritabilidad fue el trastorno de conducta más frecuente descrito por los CP (61,4%), seguido de depresión y apatía/indiferencia con un 56,1% cada uno de ellos y agitación/agresividad (55,1%). Las alteraciones comportamentales que se observaron con menos frecuencia fueron: comportamiento sexual (7,2%), alucinaciones (15,8%) y euforia (16,1%). El 55,1% de los pacientes manifestaba signos de agitación/agresividad ob-

servados por el CP, pero en distinto grado de frecuencia. Así, el 12% de los casos presentaban una frecuencia ocasional de la agitación/agresividad, el 33% una frecuencia de una vez por semana, el 48% se presentaba frecuentemente y el 7% los manifestaba muy frecuentemente. En cuanto a la severidad de los trastornos de agitación/agresividad, el 39% eran signos leves, el 53% moderados y el 8% severos.

El 35,44% de los CP se quejaban de las conductas de agitación/agresividad, considerándolas las más perturbadoras para el bienestar del CP, seguidas por la tristeza (34,44%) y la apatía (33,37%).

En un gradiente de presencia de la conducta de agitación/agresividad, encontramos en primer lugar las conductas verbalmente no agresivas (29,8%), seguidas de las físicamente no agresivas (22,2%), de las conductas físicamente agresivas (5,2%) y por último, las conductas verbalmente agresivas (2,1%). Más precisamente, la manifestación más frecuente de conducta de agitación/agresividad fue la de rechazo/resistencia a la ayuda (34,8%), unas veces manifestado a través de conductas físicamente no agresivas, y otras a través de conductas verbalmente no agresivas.

La puntuación global (frecuencia x severidad) de agitación/agresividad no tenía una correlación significativa con el MMSE ($r = -0,14$; $p > 0,9$), ni con los aspectos demográficos como la edad ($r = -0,03$; $p > 0,8$), sexo ($r = 0,2$; $p > 0,07$), los años de escolaridad ($r = 0,02$; $p > 0,06$), ni con la duración de la enfermedad ($r = 0,3$; $p > 0,05$).

Por otro lado, constatamos una correlación significativa entre las puntuaciones globales de agitación/agresividad y las de los siguientes trastornos comportamentales: delirios ($r = 0,4$; $p = 0,005$), irritabilidad ($r = 0,6$; $p > 0,0001$) y

TABLA II. Resultados del NPI del grupo de DTA.

<i>Trastorno comportamental</i>	<i>Frecuencia (media \pm DE)</i>	<i>Severidad (media \pm DE)</i>	<i>Puntuación global (severidad \times frecuencia)</i>	<i>%</i>
Delirios	1,7 \pm 1,7	1,1 \pm 1,1	3,6 \pm 4,4	54,4
Alucinaciones	0,4 \pm 1,1	0,3 \pm 0,7	0,8 \pm 2,7	15,8
Agitación/agresividad	1,9 \pm 1,8	1 \pm 1,1	3,6 \pm 4,1	55,1
Depresión	1,6 \pm 1,7	1 \pm 1,1	3,1 \pm 4,1	56,1
Ansiedad	1,6 \pm 1,7	0,9 \pm 1	2,9 \pm 3,9	54,4
Apatía/Indiferencia	2,2 \pm 1,9	1,3 \pm 1,3	5,2 \pm 5,2	56,1
Desinhibición	0,8 \pm 1,3	0,6 \pm 0,9	1,4 \pm 2,4	38,6
Euforia	0,5 \pm 1,2	0,2 \pm 0,6	0,8 \pm 2,4	16,1
Irritabilidad/Labilidad	1,9 \pm 1,7	1,2 \pm 1,1	3,9 \pm 4,4	61,4
Comportamiento motor aberrante	2 \pm 2	0,9 \pm 1	3,7 \pm 4,3	50,9
Comportamiento alimentario	1,7 \pm 1,7	1 \pm 1,1	3,3 \pm 3,9	54,5
Comportamiento sexual	0,2 \pm 0,8	0,1 \pm 0,5	0,4 \pm 1,8	7,2
Comportamiento del sueño	0,9 \pm 1,3	0,7 \pm 0,9	1,7 \pm 3	38,9

%; Porcentaje de sujetos que presentaron cada uno de los trastornos de conducta.

comportamiento motor aberrante ($r = 0,4$; $p = 0,002$). Sin embargo, no existía una correlación significativa con la depresión ($r = 0,1$; $p > 0,2$), el comportamiento del sueño ($r = 0,3$; $p > 0,05$), La desinhibición ($r = 0,2$; $p > 0,1$), las alucinaciones ($r = 0,1$; $p > 0,9$), la ansiedad ($r = 0,2$; $p > 0,05$), la apatía ($r = 0,2$; $p > 0,05$), el comportamiento sexual ($r = 0,2$; $p > 0,05$), el comportamiento alimentario ($r = 0,3$; $p > 0,05$), ni con la euforia ($r = -0,04$; $p > 0,7$).

Entre las distintas manifestaciones de agitación/agresividad no se constató ninguna correlación significativa $r < 0,2$; $p > 0,05$).

DISCUSIÓN

Este estudio describe el trastorno comportamental de agitación/agresividad en un grupo de pacientes con DTA en estadio leve-moderado.

En general, varios trastornos comportamentales estaban presentes en la mayoría de los enfermos, pero las puntuaciones globales tendían a ser relativamente moderadas. Aproximadamente el 50% de los pacientes con DTA que acudieron a la consulta de Neurología/Neuropsicología durante un año, presentaba algún signo de agitación/agresividad. Kaufer et al (9) también observaban resultados similares a los nuestros.

El trastorno de agitación/agresividad se encuentra en el cuarto lugar de las alteraciones de conducta más frecuentes, observadas por los CP. Así, dentro de la agitación/agresividad, el signo más frecuente fue el del rechazo o resistencia a la ayuda o al cuidado que el CP ofrecía al paciente, tanto verbalmente como físicamente. Este trastorno se manifiesta con una severidad leve-moderada. A pesar de la heterogeneidad de las muestras de sujetos (severidad de la demencia, años de enfermedad, diferencias interculturales...) en otros estudios con pacientes italianos, americanos y franceses, también se han constatado entre los primeros trastornos comportamentales (aunque en distinto orden), los de agitación/agresividad en frecuencia y severidad similares a las de nuestro grupo (7, 10, 13, 20, 21).

Por otro lado, Cohen-Mansfield et al (11, 12) señalan cierta asociación entre el grado de deterioro cognoscitivo y la conducta de agitación, que en nuestro grupo de DTA no hemos constatado, puede que debido a la relativa variación (rango 17-7) que existe entre las puntuaciones del MMSE de los pacientes.

Nuestros CP consideraron que la agitación/agresividad era el trastorno conductual que más les perturbaba, aunque los trastornos comportamentales más frecuentes fueron esencialmente la irritabilidad y la apatía. Estos dos últimos trastornos comportamentales no ocasionaban tanto distrés (13,89% y 33,37%, respectivamente) como las conductas agresivas (35,44%). También otros estudios observaron que la agitación/agresividad de los pacientes con DTA producía un sufrimiento y estrés mayores en los

TABLA III. Porcentajes de respuestas positivas del auto-cuestionario de «Quejas familiares».

1. Trastornos de memoria	6,42
2. Trastornos de comunicación	9,13
3. Trastornos gestuales	21,61
4. Agitación, gritos, rabia, violencia, rechaza la ayuda/cuidado...	35,44
5. Comportamiento alimentario anormal	27,78
6. Tristeza	34,44
7. Delirio (por ejemplo de persecución)	13,89
8. Se aísla, desmotivación	44,44
9. Alucinaciones	13,89
10. Ansiedad, miedo	32,78
11. Pide sin cesar, crítica	13,89
12. No reconoce ni a la familia ni a mí	25
13. Anda sin cesar	25
14. Desinhibido	13,89
15. Tiene miedo cuando empieza a oscurecer	5,56
16. Mezcla el día y la noche	0
17. Repite o pide sin cesar la misma cosa	11,11
18. Comportamientos sexuales inadecuados	0
19. Fugas	8,33
20. Hay que vigilarle, si no constantemente en peligro	22,22
21. Pasivo, no hace nada	33,37
22. Trastornos de sueño	11,11

Entre esta lista de problemas, el CP precisaba si cada uno de los signos estaba ausente y si estaba presente y no molestaba (puntuación: 0), un poco molesto (1), molesto (2), muy molesto (3) e intolerable (4). La puntuación obtenida era la suma de todas las quejas.

CP (9, 22-24). Así, es previsible que la conducta agresiva sea predictor de internamiento de los pacientes con demencia (25, 26). Nuestros pacientes no estaban institucionalizados, pero los CP de los enfermos que presentaban signos de conducta físicamente agresiva (dos pacientes de nuestra muestra) plantearon abiertamente la posibilidad de ingreso en un centro residencial. Estudios indican que las conductas físicamente agresivas son más típicas en pacientes varones con un deterioro cognoscitivo grave (11, 12). En nuestro trabajo, se ha observado que son de las menos frecuentes, teniendo en cuenta además, que en nuestra muestra predominaban pacientes mujeres y con un deterioro cognoscitivo leve-moderado.

Con respecto a las bases fisiológicas de la agitación/agresividad, éstas no son muy conocidas actualmente y podrían variar entre pacientes y entre diferentes estadios de la enfermedad. Así, Mega et al (13) observaron en pacientes con una demencia leve que la agitación estaba correlacionada con la ansiedad, desinhibición e irritabilidad; pero con una demencia moderada, la agitación se asociaba con delirios y alucinaciones, y en estadios severos de la enfermedad no encontraron ninguna correlación significativa entre agitación/agresividad y otros trastornos conductuales. En nuestro trabajo, la agitación/agresividad en este grupo de DTA más bien moderada, estaba asociada

significativamente con la presencia de ideas delirantes como describieron Mega et al (13). Sin embargo, no constatamos una correlación significativa con las alucinaciones, señaladas también en el trabajo de Mega et al (13), y sí con la irritabilidad y el comportamiento motor aberrante.

Por otro lado, no nos deberíamos restringir sólo al propio paciente para intentar comprender el comportamiento de agitación/agresividad, sino que deberíamos tener en cuenta también el contexto sociofamiliar en el que se iniciaron y evolucionaron estas conductas agresivas. Por ello, la información del entorno es fundamental, por ejemplo, para conocer que el paciente empezó a estar confuso rápidamente después de un cambio en el contexto, o que las alucinaciones se asociaron a la agitación. En nuestro grupo, las alucinaciones no estaban correlacionadas significativamente con la agitación/agresividad, pero sin embargo los delirios estaban altamente asociados a la agitación/agresividad.

También el entorno familiar del enfermo nos puede dar a conocer la existencia de un sufrimiento depresivo (27, 28) detrás de una agitación. En nuestro trabajo no detectamos una relación significativa entre depresión y agitación/agresividad, a pesar de que a la mayoría de los pacientes agitados se les asociaba un síndrome depresivo. Además, algunos autores como Cohen-Mansfield (11, 12, 29) han observado que las conductas verbales no agresivas se presentan con mayor probabilidad en mujeres con demencia moderada y depresión. A pesar de no haber encontrado una correlación significativa entre depresión y agitación, es verdad que nuestro trabajo ha constatado con mayor frecuencia conductas verbalmente no agresivas en una muestra donde predominaban las mujeres y la depresión.

Conocemos que cualquier cambio en el entorno del paciente puede provocar conductas de agitación/agresividad. Tal fue el caso de un enfermo que empezó a tener signos de agitación/agresividad cuando se le cambió el lugar de su cama en su habitación, para mejorar la distribución de ésta. La agitación desapareció cuando ese cambio introducido en su entorno se eliminó. Otros factores ambientales se estudian en la actualidad como la acción de la luminosidad para evitar la agitación/agresividad en el crepúsculo (30). Nosotros hemos observado cuatro casos de pacientes cuya agitación se agravaba a la caída del sol. Desconocemos si la sugerencia de mantener el mismo grado de luminosidad ha sido eficaz.

Por lo tanto, un contexto sociofamiliar seguro, tranquilo y ritualizado, puede actuar contra los trastornos comportamentales, y ello podría ser considerado como el primer acto terapéutico en la DTA (29, 31, 32). Por supuesto, un elemento esencial para un adecuado contexto es asegurar el bienestar del CP: «Cuidar al cuidador» (24, 33, 34). Sabemos que la ayuda humana inadecuada puede ocasionar manifestaciones de agitación (29, 30), así como la disminución de contactos sociales (30) o el permanecer confinados o aburridos durante el día. Así, de los 42 pa-

cientes de nuestro estudio, 18 (42,8%) asistían regularmente a la Clínica de la Memoria de Salamanca, para una estimulación psico-cognoscitiva (29). Este 42,8% de los enfermos presentaban las conductas de agitación más leves, frente a aquéllos que se quedaban en domicilio con escasa estimulación y relación social (23 casos). Además, varios estudios han observado una mejora en el comportamiento agresivo de enfermos con DTA, a través de talleres de psicomotricidad (35) y de talleres de musicoterapia (36). Por ello, cada vez más autores sugieren la asociación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo que se denomina «terapias combinadas», para un mejor manejo de los trastornos comportamentales en la demencia (37, 38).

Algunas limitaciones de nuestro estudio necesitarían ser consideradas. En primer lugar, toda la información recabada fue facilitada por los CP y, por tanto, ya existiría un sesgo de subjetividad, incluso dependiente del estado emocional de ese CP. En nuestro trabajo no hemos analizado las características personales y emocionales del CP que podrían ser objeto de otros estudios futuros. Actualmente hay pocos datos en cuanto a la influencia del origen de la información sobre la observación de los trastornos comportamentales en su frecuencia y en su severidad. Cohen y Esidorfer (39) señalan que los CP podrían tender a acentuar la frecuencia de las alteraciones conductuales debido al alto porcentaje de depresión entre los CP. No obstante, este resultado no se encontró en el estudio de Cummings et al (40), que intentaba relacionar la depresión del paciente con la de su CP.

En conclusión, la demencia de tipo Alzheimer cursa también con alteraciones del comportamiento. Los trastornos conductuales más frecuentes que se presentaron en este grupo de pacientes con DTA en estadio moderado, fueron la irritabilidad (61,4%), seguido de depresión y apatía (56,1%, ambos) y en tercer lugar la agitación/agresividad (55,1%). No obstante, fueron las conductas agresivas las que ocasionaban más distrés en el CP. Dichos comportamientos de agitación/agresividad se presentaban frecuentemente con una severidad moderada. La manifestación de conducta agresiva más frecuente fue el rechazo, de manera verbal o física, a la ayuda o al cuidado que el CP ofrecía al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo-Anlló EM, Gil R, Torres Pereira J, Castañeda Alegre JC. Adaptación de la escala de trastornos comportamentales (NPI) de Cummings en síndromes demenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):10.
2. Bermejo F. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la demencia. En: López-Pousa S, Vilalta J, Linás J, eds. *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Science, 1996; 45-55.
3. Del Ser T. Tratamientos conductuales en la enfermedad de Alzheimer. En: Avarín N, Alom J, eds. *Marcadores biológicos y perspectivas terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Ed. MCR, 1989; 130-1.

4. Cummings JL, Victoroff JL. Noncognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1990;3:140-58.
5. Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 1996;8:45-52.
6. Burns A. Psychiatric phenomena in dementia of the Alzheimer type. *Int Psychogeriatr* 1992;4:43-54.
7. Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinás-Figà J, López-Pousa S, López OL. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol* 1999;29:15-9.
8. Arroyo-Anlló EM, Thomas PH, Hazif-Thomas C. Quejas y límites familiares en el cuidado de enfermos Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:289-98.
9. Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellón S, Masterman D, et al. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the neuropsychiatric inventory caregiver distress scale. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:210-5.
10. Cummings JL. Changes in Neuropsychiatric symptoms as outcome measures in clinical trials with cholinergic therapies for Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11:1-9.
11. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly I: a conceptual overview. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:711-21.
12. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 1989;44:1477-88.
13. Mega M, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:130-5.
14. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosen-Berg-Thompson RS, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
15. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995; 139-45.
16. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force in Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-44.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
18. Thomas PH, Arroyo-Anlló EM, Hazif-Thomas C. Difficultés des familles face à la prise en charge à domicile des patients atteints de démence en France (Poitiers) et en Espagne (Salamanque). *Revue Française Psychiatrie Psychol Méd* 1999;27:127-31.
19. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical rating scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-72.
20. Binetti G, Mega M, Magni E, Padovani A, Fozzini L, Bianchetti A, et al. Behavioral disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective. *Arch Neurol* 1998;55:539-44.
21. Robert PH, Meclin I, Vincent S, Staccini P, Cettelin F, Goni S. L'inventaire neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *Année Gerontol* 1998;5:63-86.
22. Deutsch LH, Bylsma FW, Rovner BW, Steele C, Folstein MF. Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1991;148:1159-63.
23. Ryden MB. Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1988;2:342-55.
24. Bermejo F. La carga de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica* 1998;1:3-17.
25. Leuchter A, Spar J. The late onset psychoses: clinical and diagnostic features. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:488-94.
26. Knopman DS, Kitto J, Deinard S, Heiring J. Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:108-12.
27. Kunik ME, Graham DP, Snow-Turek AL, Molinari V, Orengo CA, Workman R. The contribution of cognitive impairment, depression and psychosis to the outcome of agitated geropsychiatric in patients with dementia. *J Nerv Men Dis* 1998;186:299-303.
28. Monfort JC. Agressivité du sujet âgé: Quand et comment la traiter. *Rev Prat* 1994;44:426-30.
29. Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. The social environment of the agitated nursing home resident. *Int Geriatr Psychiatry* 1992;7:789-98.
30. Hazif-Thomas C, Thomas PH. Agitation et agressivité du sujet âgé. Signes cliniques et orientation diagnostique. *Revue Gériatrie* 1999;24:155-8.
31. Swearer JM. Behavioral disturbances in dementia. En: Morris JC. Handbook of dementing illnesses. New York: Marcel Dekker Inc, 1994.
32. Arroyo-Anlló EM. Centros terapéuticos de demencias. *Rev Mult Gerontol* 1999;9:108-12.
33. Thomas PH, Hazif-Thomas C, Arroyo-Anlló EM. Una mirada sistémica sobre la enfermedad de Alzheimer. *Rev Gerontol* 1998;1:5-12.
34. Arroyo-Anlló EM, Santos P, Thomas PH, Thomas C, Schuerch M, González JA. Calidad de vida de cuidadores principales de enfermos dementes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:10-1.
35. Dröes RM, Van Tilburg W. Amélioration du comportement agressif par des activités psychomotrices. Résultats d'une étude comparative chez des patients présentant une démence senile du type Alzheimer (SDTA). *Année Gerontol* 1996:471-82.
36. Hansen SB. Music Therapy to reduce anxiety, agitation and depression. *Nurs Home Med* 1996;4:286-91.
37. Maletta GJ. Management of behavior problems in elderly patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Clin Geriatr Med* 1998;4:719-47.
38. Arroyo-Anlló EM. Demencias. Programas de estimulación. Barcelona: Prous Science; 2000 (en prensa).
39. Cohen D, Eisendorfer C. Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:885-89.
40. Cummings JL, Ross W, Absher J. Depressive symptoms in Alzheimer's disease: assessment and determinants. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995;9:87-93.

ANEXO I. QUEJAS FAMILIARES

1. Trastornos de memoria.
2. Trastornos de comunicación.
3. Trastornos gestuales.
4. Agitación, gritos, rabia, violencia, rechaza la ayuda/cuidado...
5. Comportamiento alimentario anormal.
6. Tristeza.
7. Delirio (por ejemplo de persecución).
8. Se aísla, desmotivación.
9. Alucinaciones.
10. Ansiedad, miedo.
11. Pide sin cesar, critica.
12. No reconoce ni a la familia ni a mí.
13. Anda sin cesar.
14. Desinhibido.
15. Tiene miedo cuando empieza a oscurecer.
16. Mezcla el día y la noche.
17. Repite o pide sin cesar la misma cosa.
18. Comportamientos sexuales inadecuados.
19. Fugas.
20. Hay que vigilarle, si no constantemente en peligro.
21. Pasivo, no hace nada.
22. Trastornos de sueño.
23. Otros.
24. Otros.

Entre esta lista de problemas, el CP precisaba si cada uno de los signos estaba ausente y si estaba presente y no molestaba (puntuación: 0), un poco molesto (1), molesto (2), muy molesto (3) e intolerable (4). La puntuación obtenida era la suma de todas las quejas.