

2.6 Evaluación de síntomas psicológicos y conductuales del paciente con demencia

El cerebro no sólo es responsable de la actividad cognoscitiva del hombre, sino también de los demás aspectos del psiquismo como la voluntad, las emociones, los afectos y la conducta. En consecuencia, el daño cerebral ocasiona trastornos en las funciones cognoscitivas pero también en la regulación del estado de ánimo y del comportamiento.

Al conjunto de alteraciones conductuales, anímicas, psicológicas y psiquiátricas disruptivas presentes en las demencias se les ha denominado con términos como “síntomas no cognitivos” o “síntomas neuropsiquiátricos” pero de acuerdo con Purandare, Burns y Burns (2000), desde 1996 la Asociación Internacional de Psicogeriatría estableció un consenso para referirse a ellos como “síntomas conductuales y psicológicos de la demencia”. Según estos mismos autores, se catalogan como síntomas psicológicos a los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios y errores de identificación (hablarse a sí mismo en el espejo, hablar con los personajes de la televisión), así como síntomas afectivos (depresión y manía), síntomas ansiosos (se incluye a las fobias) y alteraciones del sueño. Por otro lado los síntomas conductuales incluyen agresión, agitación, apatía, vagabundeo, reacciones catastróficas, intrusismo, negativismo, desinhibición sexual, acumulación, gritos, groserías y síndrome del ocaso. Indudablemente la presencia de todos estos síntomas altera la convivencia familiar, en muchas ocasiones amerita visitas al médico, ingreso a servicios de urgencias, aumenta el estrés y la sobrecarga en el cuidador y es un factor que puede motivar la institucionalización del paciente.

En los síntomas psicológicos y conductuales, la regla es la variabilidad en su presentación clínica, pues cada paciente suele presentar una distinta gama de manifestaciones que difícilmente será igual a la de otro paciente aun y cuando se comparta el mismo diagnóstico. En consecuencia, la categorización y frecuencia de los síntomas varía entre los diferentes estudios. Como ejemplo, se refiere la investigación de Devanand, et al., 1992, quienes estudiaron una muestra de personas con probable enfermedad de Alzheimer en las que identificaron dos categorías principales de síntomas: apatía-indiferencia y desinhibición. Las alteraciones más frecuentes fueron la dependencia (87%), negación de la enfermedad (63%) y la agitación motora (55%), mientras que la desinhibición sexual (2.9%) y las conductas autodestructivas (2.9%) fueron raras. Aalten et al. (2003) hicieron un análisis factorial con base en los datos proporcionados por el Inventario Neuropsiquiátrico, e identificaron que los síntomas formaron tres grupos en los que prevaleció la apatía, la psicosis o la hiperactividad. El más común fue la apatía (en 80% de los pacientes) mientras que la psicosis y la hiperactividad ocurrieron en 37 y 60% de los casos. La ansiedad se agrupó de manera independiente. Spalletta et al. (2010) encontraron que los síntomas evaluados por el Inventario Neuropsiquiátrico en una muestra de personas con enfermedad de Alzheimer recién diagnosticadas y sin tratamiento se agruparon en cinco factores que constituyeron igual número de síndromes neuropsiquiátricos: apático (el más frecuente), seguido por el afectivo (ansiedad y depresión), psicomotor (agitación, irritabilidad y conducta motora aberrante), psicótico (delirios y alucinaciones) y maniaco (desinhibición y euforia). Todos los síndromes mostraron un incremento en su ocurrencia en función de la severidad de la demencia. En un estudio similar realizado en México en 2003 adultos mayores con el Inventario Neuropsiquiátrico se encontró que los síntomas más frecuentes fueron la depresión (47.8%), trastornos del sueño (37.2%) e irritabilidad (34.4%). Asimismo, la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño se relacionaron con el nivel de estrés de los cuidadores. En este estudio se identificaron tres factores: delirios, desinhibición y euforia; trastornos de apetito y apatía; ansiedad y la conducta motora aberrante (Acosta, Sosa, Orozco y Borges, 2012). Finalmente se refiere el meta-análisis de Canevelli et al. (2012), quienes revisaron quince artículos en los que exploraron la presencia de distintos síndromes neuropsiquiátricos en la demencia, con base en análisis factoriales con el Inventario Neuropsiquiátrico. A pesar de que encontraron una baja concordancia entre los resultados de los estudios (34 diferentes factores en total) observaron la consistencia de algunas asociaciones de síntomas en todos ellos con los que pudieron definir cuatro síndromes potenciales o fenotipos clínicos: psicótico (delirios-alucinaciones), afectivo (depresión-ansiedad), hiperactivo (agitación-irritabilidad) y frontal/hipomaniaco (desinhibición-euforia). Spalletta et al. (2010) mencionan que el establecimiento de subsíndromes en la demencia permitiría un mejor análisis clínico de cada caso, con lo cual el abordaje y el tratamiento mejorarían al enfrentar síndromes y no síntomas aislados.

Aunque los síntomas psicológicos y conductuales están presentes en todas las demencias, algunos se presentan con más frecuencia en algunas de ellas, lo cual les confiere un importante valor en el diagnóstico diferencial del tipo de demencia (Purandare, Burns y Burns, 2000). Aarsland, Sharp y Ballard (2005) reportan que la apatía y la agitación están presentes en el 22% a 30% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular, pero los delirios son más comunes en la enfermedad de Alzheimer (32%) que en la demencia vascular (18%). La depresión y la ansiedad son más comunes en la demencia vascular, en un 20% y 8% respectivamente. En la demencia frontotemporal los síntomas psiquiátricos tienen una prevalencia mayor que en otras demencias, se presentan a lo largo de toda la enfermedad e incluso aparecen desde el inicio del cuadro constituyendo un síntoma cardinal para el diagnóstico. En este tipo de demencia se presenta un síndrome de desinhibición que incluye desinhibición, distractibilidad y actividades sin propósito, que se distingue claramente del síndrome apático (apatía, inercia, pérdida de voluntad) que suele presentarse en la enfermedad de Alzheimer y, por tanto, permite distinguir a una de otra. Los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson con demencia también suelen presentar síntomas psiquiátricos como alucinaciones visuales que se presentan en un 72% y 50% respectivamente y que rara vez ocurren en la enfermedad de Alzheimer, en

la demencia vascular y en la frontotemporal. Síntomas como la depresión, la ansiedad y la apatía ocurren en todos los tipos de demencia (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson con demencia) y por ello tienen un valor diferencial menor.

Escalas para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales

Como se observó en los estudios referidos en el segmento anterior, el Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi y Gombein, 1994) es el instrumento básico para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia. Debido a que la depresión es común en la población adulta mayor y a que es una patología que debe distinguirse de la demencia, la evaluación del estado anímico es imprescindible. Para ello el instrumento recomendado es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983).

El Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, et al. 1994) consta de una lista de 12 alteraciones neuropsiquiátricas (Tabla 28). Fue creado específicamente para medir estas alteraciones en personas con demencia. Se aplica a un informante para indagar la presencia de cada síntoma, así como su frecuencia, intensidad y molestia que produce al cuidador principal. Existe una versión en español (Vilalta, Lozano, Hernández, Llinás y López, 1999) que reporta adecuadas propiedades psicométricas en una adaptación y validación en población española, consistencia interna de 0,85, sensibilidad entre 88% a 100% para cada escala y especificidad de 85% a 100%. Se solicita al informante responder con base en las alteraciones presentes en el último mes; si responde positivamente a un síntoma, entonces se evalúa la frecuencia de presentación con una escala que va de 0 (inexistente) a 4 (muy frecuentemente o continuamente). La gravedad se califica con una escala de tres puntos (leve, moderado y grave) y la molestia para el cuidador con una escala de 0 (nada) a 5 (extremadamente). En la literatura pueden encontrarse diferentes versiones, algunas más breves o diseñadas para ser respondida por el clínico. Se recomienda especialmente el trabajo de Connor, Sabbagh y Cummings (2008), quienes discuten las diferentes formas de aplicación y calificación del inventario y hacen recomendaciones enfocadas a mejorar la utilización de este instrumento especialmente en protocolos de investigación.

Tabla 28. Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, et al., 1994)

Tabla 3.1 inventario neuropsiquiátrico (Adaptado de Peña-Casanova et. al., 2004; y el Grupo de Investigación en Demencias 10/66, 2005)	Frecuencia					Gravedad			Total	Molestia en el cuidador					
	0 = No presente	1 = Ocasionalmente	2 = A menudo	3 = Frecuentemente	4 = Muy frecuentemente	1 = Leve	2 = Moderado	3 = Grave	Frecuencia x Gravedad	0 = No provoca	1 = Mínimo	2 = Leve	3 = Moderado	4 = Moderado - Grave	5 = Muy grave o extremo
1. DELIRIO ¿Cree su familiar que otros le roban o están planeando hacerle daño?															
2. ALUCINACIONES ¿Su familiar actúa como si escuchara voces o escucha voces? ¿Habla con personas que no están allí?															
3. AGITACIÓN O AGRESIÓN ¿Su familiar se resiste a la ayuda de otros?															
4. DEPRESIÓN O DISFORIA ¿Su familiar actúa como si estuviera triste o con el ánimo bajo?															
5. ANSIEDAD ¿Su familiar se molesta o se preocupa cuando lo separan de usted? ¿Presenta otras señales de nerviosismo como falta de aliento, suspira, es incapaz de relajarse o se pone tenso(a)?															
6. EXALTACIÓN O EUFORIA ¿Su familia pareciera sentirse demasiado bien o actúa excesivamente feliz?															
7. APATÍA O INDIFERENCIA ¿Se interesa su familiar menos por sus actividades normales que los planes de los demás?															
8. DESINHIBICIÓN ¿Actúa su familiar de manera impulsiva? Por ejemplo ¿habla con extraños como si los conociera o dice cosas que hieren los sentimientos de otros?															
9. IRRITABILIDAD O INESTABILIDAD ¿Se muestra su familiar impaciente e irritable? ¿Tiene problemas para soportar retrasos o esperar por actividades planificadas?															
10. PROBLEMAS MOTORES ¿Su familiar realiza actividades repetitivas como caminar por la casa, manosear botones, jugar con trozos de cuerda o cualquier otra cosa de manera repetitiva?															

Tabla 28. Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, et al., 1994)

Tabla 3.1 inventario neuropsiquiátrico (Adaptado de Peña-Casanova et. al., 2004; y el Grupo de Investigación en Demencias 10/66, 2005)	Frecuencia					Gravedad			Total	Molestia en el cuidador					
	0 = No presente	1 = Ocasionalmente	2 = A menudo	3 = Frecuentemente	4 = Muy frecuentemente	1 = Leve	2 = Moderado	3 = Grave	Frecuencia x Gravedad	0 = No provoca	1 = Mínimo	2 = Leve	3 = Moderado	4 = Moderado - Grave	5 = Muy grave o extremo
11. SUEÑO/CONDUCTAS NOCTURNAS ¿Se despierta su familiar en las noches, se despierta demasiado temprano o toma demasiadas siestas durante el día?															
12. APETITO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS ¿Su familiar ha perdido o ganado peso o cambió sus gustos en la comida?															
Especificación de las posibles respuestas a "Frecuencia"	PUNTUACIÓN GLOBAL														
0 = No frecuente															
1 = Ocasionalmente, menos de una vez por semana															
2 = A menudo, alrededor de una sola vez por semana															
3 = Frecuentemente, varias veces por semana, pero menos que a diario															
4 = Muy frecuentemente, a diario o continuamente															
Pregunta sugerida para indagar "Gravedad": ¿Qué tanto afecta esto a su familiar?															
Especificación de las posibles respuestas															
1 = Leve (provoca poca molestia al paciente)															
2 = Moderado (más molesto para el paciente pero puede ser redirigido por el cuidador)															
3 = Grave (muy molesto para el paciente y difícil de redirigir)															
Pregunta sugerida para indagar "Molestia en el cuidador": ¿Cuánta angustia le causa este problema a usted?															
Especificación de las posibles respuestas															
0 = No provoca (no le angustia en lo absoluto)															
1 = Mínima (ligera angustia, no es un problema)															
2 = Ligero (no muy estresante, generalmente es fácil manejar)															
3 = Moderado (bastante estresante, no siempre es fácil de manejar)															
4 = Severo (muy estresante, difícil de manejar)															
5 = Extremo o muy severo (muy estresante, imposible de manejar)															

Tabla 28. Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, et al., 1994).

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) fue creada específicamente para la valoración de depresión en ancianos, no obstante se considera una prueba de cribado que permite la detección de posible depresión. Su característica principal es que excluye síntomas somáticos originados por enfermedades médicas que en la vejez podrían arrojar falsos positivos. En estudios recientes con adultos mayores de la Ciudad de México, Sánchez-García et al. (2008) reportan que al menos tres de cada 10 adultos mayores reportaron síntomas depresivos y que uno de cada 12 sufría de un episodio depresivo mayor. En un estudio posterior el mismo grupo de autores reportan una prevalencia de depresión identificada con la versión de 30 reactivos de este instrumento del 21.7%, con una prevalencia mayor para las mujeres (24.7%) que para los varones (16.2%). También encontraron una mayor frecuencia de síntomas depresivos en personas de mayor edad (Sánchez-García et al., 2012). Debe recordarse que en pacientes con sospecha de demencia el objetivo de aplicar este instrumento es contar con elementos para el diagnóstico diferencial entre deterioro cognoscitivo y depresión, aunque también es posible encontrar la superposición de ambas patologías. Se menciona esto porque Sánchez-García et al. (2012) encontraron otros instrumentos con mayor sensibilidad, no obstante, la EDG cumple con su función de escrutinio de los síntomas depresivos en población geriátrica y con sospecha de demencia.

Existen varias versiones de la prueba, una larga con 30 reactivos, una corta con 15 y una con cinco, todas disponibles en español. Sánchez-García et al. (2008) determinaron las propiedades psicométricas de la versión de 30 reactivos en 534 adultos mayores de la Ciudad de México encontrando un alfa de Cronbach de 0.87, así como una sensibilidad del 53.8% y una especificidad de 78.9% considerando un punto de corte de nueve puntos. Esto indica que la capacidad de la prueba fue mejor para identificar a aquellos sin depresión.

Todas las versiones de la escala constan de preguntas con respuestas dicotómicas a las que la persona debe responder con sí o no, ya sea a través de una entrevista o de la autoaplicación. Cada reactivo se califica con 1 o 0, proporcionando una única puntuación obtenida de la suma de todos los ítems. Para la versión de 15 reactivos que se presenta en la Tabla 29, el punto de corte propuesto es de 5 puntos. Una calificación por debajo de este puntaje indica ausencia de depresión, una puntuación entre 6 y 9 puntos indica alta posibilidad de depresión y un puntaje entre 10 y 15 representa un índice casi seguro de depresión (Bobes et al., 2002).

Tabla 29. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) (Versión de Peña-Casanova et al., 2004)	Respuestas		Versión de 10 ítems	Versión de 15 ítems
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SÍ	NO	✓	✓
2. ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	NO	✓	✓
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO	✓	✓
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	SÍ	NO		✓
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	SÍ	NO		
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?	SÍ	NO		
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	SÍ	NO		✓
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	NO	✓	✓
9. ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?	SÍ	NO	✓	✓
10. ¿Se siente usted a menudo abandonado?	SÍ	NO	✓	✓
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	NO		
12. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas?	SÍ	NO		✓
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	SÍ	NO		
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su misma edad?	SÍ	NO	✓	✓
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	SÍ	NO		✓
16. ¿Se siente usted a menudo triste?	SÍ	NO		
17. ¿Se siente usted inútil?	SÍ	NO		✓
18. Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	NO		
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	SÍ	NO		
20. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	SÍ	NO		
21. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO	✓	✓
22. ¿Se siente usted sin esperanza?	SÍ	NO	✓	✓
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	SÍ	NO	✓	✓
24. ¿Se pone usted muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	NO		
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	NO		
26. ¿Es difícil para usted concentrarse?	SÍ	NO		

27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	SÍ	NO		
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ	NO		
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SÍ	NO		
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	SÍ	NO		

Tabla 29. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983)

Nota: Las respuestas en negritas son positivas.

Puntos de Corte

Versión de 30 ítems: 11 puntos (0-10 no deprimido;
11-20 depresión leve; 21-30 depresión grave)

A pesar de las buenas propiedades de la EDG, se le critica por no indagar los síntomas depresivos cardinales establecidos en el DSM-IV, quizás debido a que fue creado antes de que estos manuales aparecieran. Por ello es que se busca crear instrumentos nuevos con mejores características. En México, una opción es el cuestionario para detectar depresión de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) que consta de nueve reactivos dicotómicos (Tabla 30). Este cuestionario fue validado en una muestra de 199 adultos mayores mexicanos usando los criterios clínicos para depresión del DSM-IV y la EDG, con la cual se obtuvo una correlación moderada a elevada con el EDG ($r=0.77$, $p<0.001$) y un coeficiente alfa de 0.74. Se estableció un punto de corte de ≥ 5 puntos con el que se obtuvo una sensibilidad de 80.7% y especificidad de 68.7% (Aguilar, Fuentes, Ávila y García, 2007). Estos números corroboran las propiedades del ENASEM para el tamizaje de depresión específicamente en personas adultas mayores de nuestro país, por tanto se recomienda su uso como una alternativa a la EDG.

Tabla 30. Cuestionario para depresión del ENASEM

1. ¿Se ha sentido deprimido?	SÍ	NO
2. ¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?	SÍ	NO
3. ¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?	SÍ	NO
4. ¿Se ha sentido feliz?	SÍ	NO
5. ¿Se ha sentido solo?	SÍ	NO
6. ¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?	SÍ	NO
7. ¿Se ha sentido triste?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido cansado?	SÍ	NO
9. ¿Ha sentido que tenía mucha energía?	SÍ	NO

Nota: Las respuestas en negritas son positivas.