

(Artículo Original)

Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Medicina Finlay-Albarrán

Milagros A. Guerra Hernández¹, Jorge Jesús Llibre Guerra², Lorna García Arjona³¹ Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría y MGI. Máster en Longevidad. ² Estudiante de 5to. año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna. ³ Estudiante de 5to. año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el comportamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con síndrome demencial.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 129 pacientes con diagnóstico de demencia en el Policlínico 27 de Noviembre de Marianao, La Habana, procedentes de un estudio puerta a puerta realizado en la población de referencia en el periodo Diciembre 2009 a Febrero de 2010.

Resultados: Del total, el 61,2% de los pacientes tenían enfermedad de Alzheimer; 24 el 18,6% demencia mixta y el 10,1% demencia vascular; la demencia asociada al Parkinson y fronto-temporal se presentó en un 5,3% y 4,3% de casos respectivamente. Los síntomas psicológicos y conductuales se identificaron en 99 de los 129 pacientes estudiados para un 76,7%. Entre los más frecuentes se encontraron el trastorno de la actividad (60,4%), seguido por la agresividad física o verbal (52,7%) y los trastornos del sueño (43,4%). Estos últimos predominaron en las mujeres así como la ideación paranoide e ilusoria, y la ansiedad y fobias (33,8%); mientras que fue más frecuente en los hombres la agresividad (86,9%) y las alucinaciones (49,2%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estudiados presentaron síntomas psicológicos y conductuales predominando en ellos los trastornos de la actividad, la agresividad y los trastornos del sueño.

Palabras clave: Síntomas Conductuales; Demencia, Manifestaciones Neurológicas; Trastornos del Sueño; Alucinaciones.

INTRODUCCIÓN

La demencia se define como un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales originada por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente severidad para que afecte el desenvolvimiento normal del paciente en la sociedad o en la familia y que ocurre en individuos con estados de conciencia e inteligencia normales previas (1, 2).

De acuerdo con estimados recientes, se calcula que en el mundo existen 35,6 millones de personas que sufren de demencia y que cada año surgen alrededor de 4,6 millones de casos nuevos (3, 4).

En Cuba, en la población de 65 años y más, la prevalencia de síndrome demencial oscila entre 6,4 y 10,2, con un predominio en el sexo femenino; la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente seguida por las demencias vasculares. Teniendo en cuenta el acelerado envejecimiento de la población cubana, la cifra estimada actual de 130 000 personas con enfermedad de Alzhei-

mer u otro tipo de demencia, se espera se duplique para el año 2030 con un elevado costo social, económico y fundamentalmente humano (5-7).

El término "síntomas psicológicos y conductuales" (SPC) o manifestaciones no cognitivas en las demencias, se utiliza para describir un grupo heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y de la conducta que ocurren en personas con demencia de cualquier etiología (8).

La importancia de estos síntomas es tal que constituyen el 50% de los problemas que se plantean en las consultas de demencia, una cifra que se eleva al 90% entre los ingresados en centros residenciales específicos para dicha enfermedad (8). Por otra parte, son causa de estrés elevado y se asocian a enfermedad física y psíquica en el 50% de los cuidadores, lo que afecta desfavorablemente tanto la calidad de vida del paciente como del cuidador siendo, además, un factor predictor de internación a largo plazo en los centros especializados (8, 9).

El conocimiento por los profesionales de la salud de este

grupo de síntomas permite brindar información, tratamiento oportuno y hacer que disminuya la sobrecarga familiar que los mismos generan.

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el comportamiento de los síntomas psicológicos y conductuales presentes en un grupo de pacientes con diagnóstico de síndrome demencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido desde de diciembre de 2009 a febrero de 2010, en el Policlínico 27 de Noviembre de Marianao. La población estudiada estuvo conformada por 129 adultos mayores que constituyen el total de pacientes con diagnóstico de síndrome demencial según un estudio de pesquizado de demencias y enfermedad de Alzheimer realizado previamente en el propio Policlínico. Durante el estudio fueron visitados y estudiados la totalidad de los pacientes.

Instrumentos y variables: Para la recogida de la información se utilizó el protocolo del cuestionario 10/66 que incluye una entrevista estructurada a los participantes sobre características sociodemográficas, se utilizó, además, un modelo de recolección de datos; la Escala de Deterioro Global (GDS) para evaluar la alteración cognitiva-edad-dependiente y de la enfermedad de Alzheimer (9) y el Miniexamen del Estado Mental de Folstein (10). Se evaluó el desenvolvimiento del paciente en su vida familiar y social, el tiempo de evolución y edad de comienzo de la enfermedad, y la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales (BPSD) de acuerdo con la clasificación de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) (11). Detalles del protocolo 10/66 han sido ampliamente publicados (12).

Para los propósitos de este estudio se incluyeron las siguientes variables:

- 1) Características sociodemográficas: edad en años cumplidos (65-69 años, 70-74 años, 75-79 años y 80 años y más); y sexo.
- 2) Tipo de demencia según diagnóstico etiológico: Se consideró según el diagnóstico previo realizado en el Policlínico donde se utilizaron los criterios DSM-IV (13), NINCDS-ADRDA (14) y los criterios establecidos para los otros tipos de demencia (12).
- 3) Presencia de síntomas psicológicos y conductuales: Se definió la presencia del síntoma y su manifestación de acuerdo con la clasificación de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) (11).
- 4) Edad de comienzo de la enfermedad: Se consideró la edad en años referida por el cuidador a partir de la cual se clasificaron los sujetos en tres grupos (menos de 65 años, de 65-74 años, 75 años o más).
- 5) Tiempo de evolución de la enfermedad: Se consideró el tiempo de evolución de la enfermedad referida por el cuidador, a partir del cual se clasificaron los sujetos en

cuatro grupos (menos de 12 meses, 12-24 meses, 24-48 meses, 48 meses o más)

6) Grado de deterioro: Se definió de acuerdo a la Escala de Deterioro Global (GDS) (9).

Procesamiento y análisis de la información

El tratamiento de los datos se realizó mediante la utilización de un sistema de bases de datos (EPINFO-6.0). Se utilizaron medidas para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes). Se describió la prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales por grupos de edad y género.

Aspectos éticos: Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos incluidos en la investigación, o en su defecto, con la aprobación de las personas responsabilizadas con ellos. Además, se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad "Finlay Albarrán" de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

RESULTADOS

En relación con el diagnóstico etiológico del síndrome demencial de los 129 pacientes evaluados, en 79 (61,2%) el diagnóstico correspondió con la enfermedad de Alzheimer; 24 pacientes (18,6%) tenían demencia mixta y 13 (10,1%) demencia vascular; la demencia asociada al Parkinson y fronto-temporal se presentó en un 5,3% y 4,3% de casos respectivamente. Los síntomas psicológicos y conductuales se identificaron en 99 de los 129 pacientes estudiados para un 76,7%.

Entre los síntomas psicológicos y conductuales más frecuentes se encontraron el trastorno de la actividad (60,4%), seguido por la agresividad física o verbal (52,7%) y los trastornos del sueño (43,4%) (Tabla 1). En relación con el sexo, las mujeres exhibieron una frecuencia superior de trastornos del sueño (55,9%), ideación paranoide e ilusoria (41,2%), y ansiedad y fobias (33,8%). Fueron más frecuentes en los hombres la agresividad (86,9%) y las alucinaciones (49,2%) (Tabla 2).

Según el grado de severidad de la enfermedad, en los pacientes con estadio 4 (estado confusional avanzado) predominó el trastorno del sueño (73,3%), seguido por el trastorno de la actividad y la agresividad (50% para ambos), y la depresión (40%). Todos los pacientes en estadio 5 (demencia inicial) presentaron trastorno de la actividad, y un 74,2% ansiedad y fobias. Los que se encontraban en estadio 6 (demencia de grado medio) el 71,3% presentó trastorno de la actividad; el 71,2% agresividad y el 57,7% ideación paranoide e ilusoria. En el estadio 7 (demencia establecida o alteración cognoscitiva muy grave) predominaron las alucinaciones (50%) (Tabla 3).

El 28,7% de los pacientes tenían 64 años o menos cuando aparecieron los síntomas; el 41,1% contaban entre 65 y 74 años y el 30,2% tenía 75 años o más. En los tres

Tabla 1. Distribución de síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con síndrome demencial. Policlínico 27 de Noviembre. Diciembre 2009 - Febrero 2010

SÍNTOMAS	No.	%
Trastorno de la actividad	78	60,4
Agresividad física y/o verbal	68	52,7
Trastornos del sueño	56	43,4
Ideación paranoide e ilusoria	46	35,6
Alucinaciones	45	34,8
Ansiedad y fobias	38	29,4
Depresión	22	17,1
Llanto (por crisis)	12	9,3

Total de casos: 129

Fuente: Datos de la investigación

Tabla 2. Distribución de síntomas psicológicos y conductuales en relación con el sexo de los pacientes. Policlínico 27 de noviembre. Diciembre 2009 - febrero 2010.

Síntomas	Sexo		Total N= 129 (100%)
	Masculino N=61 (47,3%)	Femenino N=68 (52,7%)	
Trastorno de la actividad	33 (54,1)	45 (66,2)	78 (60,5)
Agresividad	53 (86,9)	15 (22,1)	68 (52,7)
Trastorno del sueño	18 (29,5)	38 (55,9)	56 (43,4)
Ideación paranoide e ilusoria	18 (29,5)	28 (41,2)	46 (35,7)
Alucinaciones	30 (49,2)	15 (22,1)	45 (34,9)
Ansiedad y fobias	15 (24,6)	23 (33,8)	38 (29,5)
Depresión	8 (13,1)	14 (20,6)	22 (17,1)
Llanto (por crisis)	4 (6,6)	8 (11,8)	12 (9,3)

Fuente: Datos de la investigación

Tabla 3. Relación de síntomas psicológicos y conductuales, y grado de deterioro global (GDS). Policlínico 27 de noviembre. Diciembre 2009 - febrero 2010

Síntomas	Grado de deterioro				Total N=129
	Estadio 4 N=30 (23,3%)	Estadio 5 N=31 (24,0%)	Estadio 6 N=52 (40,3%)	Estadio 7 N=16 (12,4%)	
Trastorno de la actividad	15 (50,0)	31 (100,0)	38 (73,1)	4 (25,0)	78 (60,5)
Agresividad	15 (50,0)	16 (51,6)	37 (71,2)	0 (0)	68 (52,7)
Trastorno del sueño	22 (73,3)	15 (48,4)	17 (32,7)	2 (12,5)	56 (43,4)
Ideación paranoide e ilusoria	0 (0)	15 (48,4)	30 (57,7)	1 (6,3)	46 (35,7)
Alucinaciones	0 (0)	16 (51,6)	21 (40,4)	8 (50,0)	45 (34,9)
Ansiedad y fobias	8 (26,7)	23 (74,2)	7 (13,5)	0 (0)	38 (29,5)
Depresión	12 (40,0)	6 (19,4)	4 (7,7)	0 (0)	22 (17,1)
Llanto (por crisis)	3 (10,0)	7 (22,6)	2 (3,8)	0 (0)	12 (9,3)

Fuente: Datos de la investigación

Tabla 4. Relación de síntomas psicológicos y conductuales con la edad de comienzo de la enfermedad. Policlínico 27 de noviembre. Diciembre 2009 - febrero 2010

Síntomas	Edad de inicio de la enfermedad (años)			Total N=129
	<65 n=37 (28,7%)	65-74 n=53 (41,1%)	75 o más n=39 (30,2%)	
Trastorno de la actividad	31 (83,8)	28 (52,8)	19 (48,7)	78 (60,5)
Agresividad	21 (56,8)	23 (43,4)	24 (61,5)	68 (52,7)
Trastorno del sueño	18 (48,6)	19 (35,8)	19 (48,7)	56 (43,4)
Ideación paranoide e ilusoria	16 (43,2)	30 (56,6)	15 (38,5)	46 (35,7)
Alucinaciones	16 (43,2)	15 (28,3)	14 (35,9)	45 (34,9)
Ansiedad y fobias	16 (43,2)	15 (28,3)	7 (17,9)	38 (29,5)
Depresión	8 (21,6)	7 (13,2)	7 (17,9)	22 (17,1)
Llanto (por crisis)	5 (13,5)	0 (0)	7 (17,9)	12 (9,3)

Fuente: Datos de la investigación

grupos de edades los síntomas más frecuentes fueron el trastorno de la actividad que osciló entre 52,8-83,8%; la agresividad (43,4-61,5%), el trastorno del sueño (35,8-48,7%) y la ideación paranoide e ilusoria (38,5-56,6%) (Tabla 4).

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, los que tenían menos de un año presentaron como síntomas más frecuentes la agresividad (68,2%) y el trastorno de actividad (63,6%). En los que tenían entre 12 y 24 meses predominaron la ansiedad y fobias (74,2%); entre 24 y 48 meses, el trastorno de actividad (71,1%) y la agresividad (55,6%), y en los de mayor tiempo de evolución predominó el trastorno del sueño (87,1%) así como el trastorno de actividad y la ideación paranoide e ilusoria (61,3% de los pacientes en ambos

casos) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Similar a lo encontrado en otras investigaciones poblacionales consultadas (7-11), en este estudio, también la enfermedad de Alzheimer constituyó la causa más frecuente de demencia seguida por las demencias vasculares y mixtas.

Se plantea, que dos tercios de los pacientes con demencia tienen uno o más síntomas no cognitivos o conductuales en su evaluación inicial y que su evolución es fluctuante a diferencia de los síntomas cognitivos que progresan linealmente con la enfermedad (12-23). La agitación en forma de agresividad física y verbal hacia los miembros de la familia o los cuidadores, las alucina-

Tabla 5. Relación de síntomas psicológicos y conductuales y el tiempo de evolución de la enfermedad. Policlínico 27 de noviembre. Diciembre 2009 – febrero 2010

Síntomas	Tiempo de evolución de la enfermedad (meses)				Total
	<12 n=22 (17,1%)	12-24 n=31 (24%)	24-48 n=45 (34,9%)	48 o más n=31 (24%)	
Trastorno de la actividad	14 (63,6)	13 (41,9)	32 (71,1)	19 (61,3)	78 (60,5)
Agresividad	15 (68,2)	15 (48,4)	25 (55,6)	13 (41,9)	68 (52,7)
Trastorno del sueño	8 (36,4)	14 (45,2)	7 (15,6)	27 (87,1)	56 (43,4)
Ideación paranoide e ilusoria	0 (0)	13 (41,9)	14 (31,1)	19 (61,3)	46 (35,7)
Alucinaciones	0 (0)	13 (41,9)	15 (33,3)	17 (54,8)	45 (34,9)
Ansiedad y fobias	0 (0)	23 (74,2)	8 (17,8)	7 (22,6)	38 (29,5)
Depresión	8 (36,4)	6 (19,4)	5 (11,1)	3 (9,7)	22 (17,1)
Llanto (por crisis)	0 (0)	12 (38,7)	0 (0)	0 (0)	12 (9,3)

Fuente: Datos de la investigación

ciones, el vagabundeo, las fugas, la actividad repetitiva sin propósito, la actividad inapropiada (esconder o botar objetos) como síntomas aislados o en combinación, se desarrollan hasta en el 75% de los enfermos (15).

Resultados similares se obtienen en una investigación precedente realizada con 68 casos procedentes de una consulta especializada de demencia, en la cual el trastorno de la actividad constituyó el síntoma conductual más frecuente, seguido por la ideación paranoide e ilusoria, la agresividad y el trastorno del sueño (24).

Los síntomas psicológicos y conductuales tienen un matiz particular en cada paciente. Esta heterogeneidad fenotípica es el resultado de la interacción de factores psicológicos (personalidad y enfermedad previa, tolerancia del enfermo y la familia), factores biológicos (neuroanatomía, neuroquímica y genética) y los factores sociales relacionados con el propio paciente, su cuidador y el medio social en que vive. Una limitación del presente estudio fue no haber relacionado la frecuencia de los síntomas no cognitivos con el diagnóstico etiológico de la demencia ya que, como es conocido, su presencia varía con el tipo de demencia. En las demencias del lóbulo frontal los síntomas conductuales predominan sobre los síntomas cognitivos, en particular, los cambios de la personalidad, la apatía, la indiferencia, la desinhibición y los síntomas maniaco depresivos, estos últimos, clasificados en tres categorías: rituales-estereotipias, conducta antisocial-impulsiva y apatía (8, 11).

Similar a lo referido en otros trabajos consultados (8, 13), en los pacientes con enfermedad por Cuerpos de Lewy predominaron las alucinaciones visuales, las ideas paranoides y los estados confusionales. Por otra parte, los pacientes con demencias vasculares presentaron una preservación relativa de la personalidad, aunque se su-

giere que podrían estar más deprimidos.

Generalmente, los trastornos de la conducta se relacionan con los estadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, todos los pacientes analizados en el presente trabajo tenían algún trastorno de la conducta con independencia del grado de deterioro que tuviesen (3, 4).

Las alucinaciones, aparecen fundamentalmente en los estadios 4 y 5 de la enfermedad lo que sugiere un mal pronóstico y rápido deterioro cognoscitivo (4, 20, 21).

Los síntomas conductuales guardan una relación no lineal con la severidad o progresión de la demencia y tienen una alta prevalencia (4). Un 65% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tuvieron uno o más síntomas no cognitivos o conductuales en su evaluación inicial y su incidencia aumentó con la progresión de la enfermedad (4).

Finalmente, se debe señalar que si bien los síntomas están presentes desde estadios tempranos, pueden preceder al diagnóstico en un período de tres años, por lo que pueden ser útiles en el diagnóstico temprano de las demencias. En la época actual de envejecimiento demográfico y transición en salud que vive la región de América Latina, el conocimiento de los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias, reviste una importancia fundamental en el estudio y evaluación de los pacientes.

CONCLUSIONES

Se observó una marcada asociación entre la presencia de síntomas psicológicos y conductuales y la demencia, predominando en estos pacientes los trastornos de la actividad, la agresividad y los trastornos del sueño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llibre Rodríguez JJ. *Prevenir la enfermedad de Alzheimer*. Ciudad de La Habana. Editorial Científico-Técnica, 2009. ISBN 978-959-05-0562.
2. Martínez Lage JM, Martínez Lage Álvarez P. *Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias*. En: *Manual de Demencias*. Barcelona: Proas Science, 1996.
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
4. *Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009. Executive Summary*. Editors Martin Prince, Jim Jackson.
5. Llibre Rodríguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Martin Prince, et al. *Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey*. *Lancet*. 2008;372:464-74.
6. Llibre Rodríguez JJ, Valhuerdi A., Sánchez I.I., Reyna C., Guerra M.A, Copeland J.R.M, et al. *The prevalence correlates and impact of dementia in Cuba. A 10/66 Group population-based survey*. *Neuroepidemiology*. 2008;31:243-51.
7. Llibre JJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Otero M. *Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in a Havana Municipality: A Community-based study among elderly residents*. *MEDICC Review*. 2009;11(2): 29-35.
8. Guerra Hernández MA. *Grupo de Investigación en demencias 10/66. Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias*. En: *Libro Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana*. Cap. 11, pags. 99 -108. Ciudad Habana. Editorial Científico-Técnica, 2008. ISBN. 978-959-05-0544-7.
9. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ. *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1136-39.
10. 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;12:189-198.

11. Finkel S. I, Burns A, Cohen G. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). A clinical and research update. *International Psychogeriatrics*. 2000;12(Supp. 1):13-8.
12. Prince M, Ferri C, Llibre Rodríguez J, Stewart R. 10/66 Dementia research group. Prince M et al. The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. *BMC Public Health*. 2007;7:165.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington DC: AMA; 1994.
14. 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 Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34:939-944.
15. Finkel SI, Costa J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*. 1997;8(Suppl 3):497-500.
16. Woo JI, Lee JH, Yoo KY, Kim CY, Kim YI, Shin YS. Prevalence estimation of dementia in a rural area of Korea. Department of Neuropsychiatry, Seoul National University College of Medicine, Korea. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(8):983-7.
17. Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston J, Belle S, DeKosky ST. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India: the Indo-US study. Department of Epidemiology, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, PA, USA. *Neurology*. 1998;51(4):1000-8.
18. Lin RT, Lai CL, Tai CT, Liu CK, Yen YY, Howng SL. Prevalence and subtypes of dementia in southern Taiwan: impact of age, sex, education, and urbanization. Department of Neurology, Kaohsiung Medical College, Taiwan, ROC. *J Neurol Sci*. 1998;160(1):67-75.
19. Manubens JM, Martinez-Lage P, Martinex-Lage JM, Larumbe R, Muruzabal J, Martinez-Gonzalez MA, et al. Variation of Mini-Mental-State examination scores due to age and educational level. Normalized data in the population over 70 years of age in Pamplona. *Servicio de Neurología, Hospital Virgen del Camino. Neurologia*. 1998;13(3):111-9.
20. Liu HC, Fuh JL, Wang SJ, Liu CY, Larson EB, Lin KN, Wang HC, et al. Prevalence and subtypes of dementia in a rural Chinese population. Neurological Institute, Veterans General Hospital-Taipei, and National Yang-Ming University School of Medicine, Taiwan. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1998;12(3):127-34.
21. Nakajima K, Ueda Y, Kono I, Tanaka N, Mizuno T, Makino M, et al. Prevalence of dementia and its subtypes in a rural area in Japan. Department of Neurology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 1998;35(7):530-4.
22. Liu HC, Lin KN, Teng EL, Wang SJ, Fuh JL, Guo NW, et al. Prevalence and subtype of dementia in Taiwan: A community survey of 5297 individuals. *J Am Geriatr Soc* 1995 Feb; 43(2):144 - 149
23. Burns A, Jacoby R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. *Br J Psychiatry*. 1990;157:72-76, 92-94.
24. Guerra M, Llibre JC, Perera E. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Haban Cienc Méd*. 2009;VIII(1). Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_8num_1/rhcm18108.htm, [acceso julio 2011].

Behavioral and psychological symptoms in elderly with dementia diagnosis

SUMMARY

Objective: To determine the pattern of behavioral and psychological symptoms in patients with dementia syndrome.

Method: An observational descriptive cross-sectional study was conducted in 129 patients diagnosed with dementia at the Polyclinic November 27, Marianao, Havana, in the period December 2009 to February 2010.

Results: Of the total, 61.2% were patients with Alzheimer's disease, 18.6% had mixed dementia and 10,1% vascular dementia. Dementia associated with Parkinson's disease and fronto-temporal was detected in a 5.3% and 4.3% of cases, respectively. Behavioral and psychological symptoms were identified in 99 of the 129 patients studied (76.7%). The most common found disorders found were: activity disorder (60.4%), physical or verbal aggression (52.7%) and sleep disorders (43.4%); the latter predominate in women as well as paranoid hallucinations, and anxiety and phobias (33.8%). Aggressiveness (86.9%) and hallucinations (49.2%) were more frequent in men.

Conclusiones: Most of the patients studied had psychological and behavioral symptoms predominating activity disorders, aggression and sleep disorders.

Keywords: Behavioral Symptoms; Dementia; Neurologic Manifestations; Sleep Disorders, Hallucinations.

Dirección para la correspondencia: Dra. Milagros A. Guerra Hernández. Ave 57, No. 10024 e/n 100 y 102, Marianao, La Habana, Cuba.

E-mail: mguerra@infomed.sld.cu