



**Universidad Nacional
Autónoma de México.**

**Facultad de Medicina .
División de Estudios de Posgrado**

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Identificación de síntomas neuropsiquiátricos en el adulto mayor con deterioro cognitivo y su relación con la depresión y la apatía en la unidad de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

TESIS

que para obtener el diploma especialista en:

Psiquiatría.

Presenta:

Dra. Alexiz Bojorge Estrada.

Dr. Andrés Roche Bergua.

Asesor teórico

Mtra en Psic. Janeth Jiménez Genchi.

Asesor metodológico

México, D.F. Junio de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Dirigido a mi familia, hermanos, amigos y profesores.

A mis padres, Marina y Fabio les debo la vida misma y su amor me acompaña todos los días.

Joaquim mi compañero, amigo y esposo, tu dulzura y gentileza en momentos difíciles hacen estos instantes un momento para reír juntos. Hace unos meses crece en mi Marina Valentina, la suma de nuestro amor.

Dr. Emmanuel Gómez, gracias por darme el valor para creer en mí, por ayudarme e impulsarme a desenvolverme como médico y a no dejarme vencer por la adversidad.

Dr. Carlos Castañeda, estoy muy agradecida por su ayuda y por haberme permitido comenzar dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, lugar en el que se dio inicio al camino para convertirme en psiquiatra y el que además se convirtió en mi segundo hogar.

Dra. Cecilia Bautista, usted fue mi primer contacto con la psiquiatría, la recuerdo impartiendo sus clases en el aula del octavo piso, en mis primeros años de pregrado, fue ahí cuando desee convertirme en psiquiatra. Así mismo le externo mi profundo agradecimiento por su enseñanza académica y en otras áreas de la vida, además del apoyo que me ha brindado en estos casi cuatro años de residencia.

Dra. Verónica Eroza, su guía y apoyo fueron y siguen siendo un pilar en mi formación como psiquiatra. Le estoy profundamente agradecida no sólo por su enseñanza, sino por su confianza y cariño.

Dr. Fernando Corona y al Dr. Carlos Rueda. Los recuerdo con mucho cariño y es que comienzo a escribir sobre ustedes y se ilumina mi cara con una sonrisa, me vienen a la mente recuerdos afortunados y afortunada me siento de haberlos conocido. Gracias por su enseñanza y por confiar en mí. Son excelentes seres humanos de quienes sigo aprendiendo.

Dr. Andrés Roche, le agradezco muchísimo por haber confiado en mí y haberme brindado la oportunidad de hacer mi tesis con usted. Gracias por haber sido mi maestro, asesor y por darme las herramientas para poder desenvolverme en el área de psicogeriatría.

Mtra en Psic. Janeth Jiménez Genchi, le estoy muy agradecida por haber sido mi asesora de tesis. No sólo me fue llevado de la mano en este largo camino, sino tuvo la paciencia y dedicación para guiarme y ayudarme. Fue una fortuna saber que siempre podía contar con usted.

Dr. Isaac Acosta, muchas gracias sin ti esto no sería posible. De aquí parte el camino para continuar con la siguiente tesis.

Queridos amigos, empezaré por decirles que son parte de mi familia y gracias por acompañarme en cada momento de mi vida. Cinthya, América, Sindha, Carlos, Israel, Aldo, Ingrid, Toni, Manuel, Rebecca, Istar, France, Pauline, Montserrat, Paola, Sebastian, Iraís, Mauricio, Getse, Lats, Adriadne, Nicole, Carla, Alina, Chia, Wendy, Pablo, Lalo, Karen, Adrián, Abraham y Rubén.

A todos y cada uno de ustedes.

Gracias por formar parte de mi vida. Esta tesis no solo explica la importancia de los síntomas neuropsiquiátricos en los adultos mayores como predictor de demencia, sino engloba los años a partir que estoy viva hasta el día de hoy que me convierto en madre. Durante este tiempo de crecimiento y aprendizaje, he sido alumna de todos ustedes de diversas maneras y en diferentes etapas de mi existencia. Su guía hace parte de mi formación como ser humano, médica y próximamente psiquiatra. Es un honor conocerlos y un placer poder externarles mi profundo agradecimiento.

Les hago la siguiente dedicatoria, en donde el idioma trasciende las fronteras universales de la felicidad.

Velho Tema

Vicente de Carbalho

Só a leve esperança em toda a vida
Disfarça a pena de viver, mais nada;
Nem é mais a existência, resumida,
Que uma grande esperança malograda.

O eterno sonho da alma desterrada,
Sonho que a traz ansiosa e embevecida,
É uma hora feliz, sempre adiada
E que não chega nunca em toda a vida.

Essa felicidade que supomos,
Árvore milagrosa que sonhamos
Toda arreada de dourados pomos,

Existe, sim: mas nós não a alcançamos
Porque está sempre apenas onde a pomos
E nunca a pomos onde nós estamos

Dra. Alexiz Bojorge Estrada.

“Libertad, igualdad y fraternidad”.

ÍNDICE GENERAL	Pág.
Índice general	1
Índice de cuadros y gráficos	2
Lista de abreviaturas y siglas	3
Resumen	4
Introducción	5
Marco de referencia	8
El Deterioro Cognitivo	8
La Demencia	13
Los Síntomas Neuropsiquiátricos	16
Justificación	20
Planteamiento del problema	21
Pregunta de investigación	21
Objetivos	22
Hipótesis	23
Material y métodos	23
Tipo de estudio	23
Variables	23
Instrumentos	24
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	26
Métodos de recolección de datos	26
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	26
Procedimiento	28
Análisis estadístico	28
Implicaciones éticas	29
Recursos humanos y materiales	32
Resultados	30
Discusión	40
Conclusión	42

Limitaciones	42
Referencias	44

ÍNDICE GENERAL	Pág.
Anexos	47
1) Carta de consentimiento informado	47
2) Inventario neuropsiquiátrico	48

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS	Pág.
Cuadro 1. Frecuencia de escolaridad, ocupación y diagnósticos médicos según el sexo.	30
Gráfica 1. Frecuencia de escolaridad según el sexo.	31
Gráfica 2. Frecuencia de ocupación según el sexo.	31
Gráfica 3. Frecuencia de diagnósticos médicos según el sexo.	32
Cuadro 2. Frecuencia de SNP según el sexo.	33
Gráfica 4. Frecuencia de SNP según el sexo.	33
Gráfica 5. Frecuencia de SNP en la apatía y depresión.	34
Cuadro 3. Frecuencia de los SNPs según el grado de deterioro cognitivo.	35
Gráfica 6. Frecuencia de SNP según el grado de deterioro cognitivo.	35
Gráfica 7. Frecuencia de SNP según el grado de deterioro cognitivo.	36
Cuadro 4. Frecuencia de los SNP según el grado de depresión.	36
Gráfica 8. Frecuencia de SNP según el grado de depresión.	37
Gráfica 9. Frecuencia de SNP según el grado de depresión.	37
Cuadro 5. Frecuencia de SNP en la apatía y depresión.	38
Gráfica 10. Frecuencia de SNP en la apatía y en la depresión.	39
Gráfica 11. Frecuencia de SNP en la apatía y en la depresión.	39

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades
DC Deterioro Cognitivo
DCL Deterioro Cognitivo Leve
DCLa Deterioro Cognitivo Leve amnésico
DCLna Deterioro Cognitivo Leve no amnésico
DCLsd Deterioro Cognitivo Leve un solo dominio
DCLm Deterioro Cognitivo Leve multidominio
DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed
EA Enfermedad de Alzheimer
GDS Escala de Deterioro Global
IRMf Imagen por resonancia magnética funcional
MCI Mild cognitive impairment
MLP Memoria a largo plazo
MEC Mini Examen Cognoscitivo
MMSE Mini Mental State Examination
WHO World Health Organization

Resumen

Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) son un espectro multidimensional y altamente frecuente a través de la continuidad del deterioro cognitivo (DC) y la demencia.

La prevalencia se reporta con un 43% de las personas con DC y entre un 50 y 80% de las personas con algún tipo de demencia. Por su frecuencia son: la agresión, depresión, apatía, alucinaciones, delirios y trastornos del sueño. La depresión aparece como el síntoma más común en aquellas personas con deterioro cognitivo leve (30%) y demencia leve (25%), mientras que la apatía (42%) y la agitación (41%) fueron más frecuentes en aquellos con demencia severa.

La importancia de su estudio se debe al impacto y sus consecuencias directas, así como por la posibilidad de identificar sujetos en riesgo de desarrollar demencia cuando presentan algún tipo de síntoma neuropsiquiátrico en pacientes con deterioro cognitivo.

OBJETIVO GENERAL: Describir los síntomas neuropsiquiátricos en los pacientes con deterioro cognitivo y su relación con la depresión y la apatía del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó un total de 45 sujetos de 60 años y más con diagnóstico de deterioro cognitivo. Para el diagnóstico de deterioro cognitivo se utilizó la escala Neuropsi y los criterios DSM IV, para los síntomas neuropsiquiátricos se aplicó el inventario neuropsiquiátrico.

RESULTADOS: De los 45 sujetos se encontró que los SNP más frecuentes fueron ansiedad, depresión, trastornos del sueño y apatía. Los SNP más frecuentes en los hombres fueron delirios, agitación, irritabilidad y trastornos de sueño y en mujeres se encontraron alucinaciones, depresión, ansiedad, apatía, desinhibición (Cuadro 2). Se encontró que a mayor grado de deterioro se presentan más delirios y apatía (Cuadro 3). La frecuencia de SNP varía de acuerdo al grado de depresión, se encontró que la apatía se distribuye de manera diferencial de acuerdo a la mayor gravedad de los síntomas depresivos. (Cuadro 4). Respecto a los SNP más frecuentes en la apatía y la depresión, encontramos que la ansiedad y los trastornos del sueño son más frecuentes en ausencia de depresión y apatía, lo mismo sucede en los sujetos que solo presentan depresión. Para la apatía los SNP prevalentes fueron ansiedad, agitación, trastornos del sueño, delirios, irritabilidad y trastornos del apetito (Cuadro 5). En resumen, los principales resultados de este estudio se encontró que hay una alta frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos en torno al deterioro cognitivo y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos no parece estar relacionado con variables demográficas, sino con variables como la cognición, la depresión clínica y la presencia de otros síntomas neuropsiquiátricos como la apatía.

CONCLUSIONES: Es necesario hacer estudios específicos de la sintomatología neuropsiquiátrica en sujetos con deterioro cognitivo para conocer los factores relacionados esta entidad que hasta el momento se considera el mejor marcador clínico de progresión a demencia.

(Síntomas neuropsiquiátricos, depresión y apatía).

Introducción

"La gloria de los jóvenes es su fortaleza, la hermosura de los ancianos su vejez".

Proverbio de Salomón.

El creciente interés tanto social como científico por el envejecimiento cognitivo y todos los cambios que se producen a lo largo de esta etapa de la vida, ha dado lugar al estudio del envejecimiento normal y el patológico. De hecho, la investigación en torno a posibles marcadores cognitivos del síndrome denominado deterioro cognitivo leve (DCL) ha ido en aumento en los últimos años, que se caracteriza por un nivel menos severo pero anormal y que, en algunos casos, puede ser o no prodrómico de la demencia. El envejecimiento de la población mundial ha sido uno de los procesos de definición del siglo XX, con profundas consecuencias económicas, políticas y sociales. Está impulsando la actual epidemia de demencia, tanto en términos de su alcance y distribución global (1) (2).

La transición demográfica mundial, manifiesta radicalmente en la segunda mitad del siglo XX, ha visto el incremento en términos absolutos y relativos del grupo de personas de edad mayor. Se estima que para 2050 el grupo de personas mayores de 60 años conformará aproximadamente el 20% de la población mundial, es decir, 1 de cada 5 personas (3).

Esto sucederá principalmente a expensas del crecimiento de éste grupo de personas en países de ingreso económico medio o bajo, tales como los pertenecientes a la región de Latinoamérica (4)

En México, según los datos disponibles del censo de 2010, las personas de 60 años y más representan alrededor del 8.95% de la población total del país, con un incremento anual del 3.8%.. Este incremento implica que en tan sólo 18.4 años la proporción de personas mayores podría duplicarse. Consecuente con este incremento poblacional y transformación demográfica, ha ocurrido una transformación epidemiológica caracterizada por un decremento de los padecimientos infecto-contagiosos en relación a los procesos crónico-degenerativos, tales como los relacionados al proceso de envejecimiento: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y los relacionados con procesos neurodegenerativos (5) De entre los procesos neurodegenerativos de relevancia en el perfil epidemiológico de México, la demencia se propone como un problema de gran magnitud por: 1) su frecuencia, debido a que afecta hasta a un 20% de los mayores de 80 años, y 2) su impacto, debido a que es la principal causa de discapacidad en el grupo de personas mayores de 60 años (6) (2) (7)

En 2005 se estimaron 24.2 millones de personas con este padecimiento a nivel mundial y un incremento anual de 4.2 millones, lo que se traducía en un caso nuevo de demencia en el mundo cada 7 segundos (3)

Una revisión a estas proyecciones fue publicada en el reporte anual de la Asociación Internacional de Alzheimer en 2009 y estimó un incremento del 10% respecto a las estimaciones previas, de manera que para 2010 se estimaban cerca de 40 millones de personas afectadas y casi 90 mil para el año 2040 (8)

Esta enfermedad crónica y discapacitante se encuentra subestimada en muchas regiones del mundo, particularmente en los países en desarrollo, aún cuando en éstos reside la mayor parte de personas afectadas por este padecimiento (9) (7). En estos países se carece de estudios epidemiológicos orientados a la evaluación de la demencia, los registros que se tienen provienen de centros de referencia, en donde el impacto en los pacientes y cuidadores corresponde a personas que, aunque de manera limitada o deficiente, ya reciben algún tipo de tratamiento (3) (10).

El presente trabajo tiene como principal idea el análisis de los síntomas neuropsiquiátricos y su relación con la depresión y la apatía de los pacientes identificados con deterioro cognitivo. Dichos síntomas además de ser frecuentes en el padecimiento son responsables del deterioro funcional y cognitivo de los paciente, así como responsable del deterioro de la calidad de vida de los paciente lo que podría ser un predictor clínico para demencia. (11) (12) (13) (14) (15)

Marco de referencia

El Deterioro Cognitivo.

El deterioro cognitivo (DC) se ha definido como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia, que es crucial para orientar las intervenciones preventivas. Actualmente, la importancia en el estudio del envejecimiento cognitivo se vuelve una de las líneas más importantes en el ámbito de la investigación. Esta relevancia viene determinada por el creciente aumento de la esperanza de vida de la población mayor. Circunstancia responsable de que el número de investigaciones en torno al deterioro cognitivo y las enfermedades neurodegenerativas, especialmente la enfermedad de Alzheimer (EA), vaya en aumento (16).

El deterioro cognitivo leve es una condición cognitiva importante y de difícil definición, dificultad que se acentúa por la ausencia de un consenso clínico que sirva de criterio diagnóstico universal así como por la falta de marcadores biológicos validados que lo identifiquen. Algunos expertos consideran el DCL, como una fase temprana de la enfermedad de Alzheimer (EA). Otros investigadores definen el DCL como un estado heterogéneo entre el envejecimiento normal y el patológico, que a veces es previo al inicio de una demencia, especialmente la EA. Otros sostienen que los déficits cognitivos que caracterizan este síndrome no siempre evolucionan hacia el desarrollo de una demencia, es decir, que los cambios cognitivos pueden mantenerse estables a lo largo del tiempo e incluso revertir a un estado cognitivo normal. Por tanto, debido a la implicación teórica y clínica del DCL en el campo del envejecimiento, es importante intentar definir de la forma más precisa posible este síndrome. Asimismo, y además, de estudiar su evolución a lo largo del tiempo, es necesario analizar los subtipos con los que puede presentarse (17).

Aunque inicialmente se consideró un único tipo de deterioro cognitivo, de base principalmente amnésica, ligado a una clara evolución hacia la EA, se ha comprobado que existen otros tipos de DC con distinta base etiológica y diversas trayectorias evolutivas (18).

Se han utilizado los criterios del consenso internacional para definir al DCL. Debe reunir los siguientes criterios: sí hay queja de un informante sobre la disminución de la memoria u otro la función cognitiva y/o deterioro cognitivo en pruebas (Rendimiento en al menos una medida de prueba 1,5 desviaciones estándar o más por debajo de los valores normativos publicados), con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental Trastornos, cuarta edición, criterios para la demencia, y en o deterioro mínimo en las actividades instrumentales de la vida diaria vida atribuible al deterioro cognitivo. Los participantes con DCL se clasifican como DCL amnésico (a) si prueba objetiva reveló un deterioro de la memoria y como teniendo DCL no amnésico si no lo hizo. También se clasificaron de acuerdo con el número de dominios cognitivos afectados por tener DCL un solo dominio (sd) o DCL múltiples dominios (md). La importancia de conocer los subtipos de DCL se desarrollaron con la expectativa que es probable que sea un estado de transición entre cognición normal y EA y que DCL na pueden progresar a la demencia no-EA, que en la población anciana es más probable que sea la demencia vascular (demencia vascular), pero la falta de encontrar una clara distinción entre DCL subtipo y más tarde diagnóstico de demencia llama a la validez de esta predicción en cuestión (19)

Numerosos estudios indican que las personas con múltiples dominios DCL tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia que las aquellos con un solo dominio DCL y que las personas con un solo dominio DCL pueden volver al funcionamiento

cognitivo normal con mayor frecuencia que aquellos con múltiples dominio DCL.

(16) (19)

Se afirma que el DCL es un heterogénea entidad, con posibles trayectorias, incluyendo la enfermedad de Alzheimer enfermedad (EA), otros tipos de demencia, e incluso la reversión a la normalidad del funcionamiento cognitivo. La tasa de incidencia de DCL fue 76,5 por 1.000 años-persona. La vejez, el deterioro de la memoria subjetiva, deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria y desempeño cognitivo inferior fueron antecedentes encontrados para ser significativamente asociados con el desarrollo del futuro desarrollo de DCL (17).

La tasa de prevalencia del DCL fue 16% de los sujetos ancianos y DCL amnésico es el tipo más común. La mayor prevalencia de DCL en los hombres puede sugerir esa transición de las mujeres de cognición normal directamente a la demencia a una edad más avanzada, pero más abruptamente. Con una prevalencia de 16.0% para cualquier DCL, 11,1% para DCL amnésico y 4.9% para DCL no amnésico. La prevalencia del DCL aumentó con la edad y fue mayor en los hombres de 1.54. La prevalencia también fue mayor en sujetos que nunca se casaron y en sujetos con un genotipo de epsilon 4 APOE epsilon 3 4o epsilon 4 (18)

La prevalencia aumenta con la edad al igual que en la demencia, de 5,9% en los años 60-64 a 31.3% en los mayores de 75-79 años y 44,1% hombres y mujeres 80 años (18, 20)

Se estima que la tasa de conversión anual desde DCL a la demencia es del 4,2% en la población general y 10% a 15% en muestras clínicas de alto riesgo (20).

Aunque se han reportado tasas de incidencia para el DCL, pocos estudios fueron diseñados específicamente para medir la incidencia del DCL y sus subtipos mediante criterios publicados. La tasa de incidencia estandarizada por edad y sexo de DCL fue

63,6 (por 1.000 años persona) general y fue mayor en hombres (72.4) que las mujeres (57,3) y DCLa (37.7) que DCL na (14,7). Las tasas de incidencia para DCL son sustanciales. Diferencias en las tasas de incidencia por subtipo clínico y por sexo sugieren que los factores de riesgo para DCL debe investigarse por separado para DCLa y DCLna y en hombres y mujeres (19).

Durante las evaluaciones subsecuentes, se reporta la incidencia de subtipos DCL, las tasas de progresión a demencia y la estabilidad de la clasificación de DCL. La incidencia de DCL fue 104.6 por 1000 años-persona, con mayor incidencia en los hombres. Tasas de incidencia para el único dominio amnésico y varios dominios amnésico y único dominio no amnésico y varios dominios no amnésico DCL fueron 47,7, 7,9, 45.0 y 3.9 por 1000 años-persona, respectivamente. La tasa de 2 años de progresión de DCL en base a la demencia fue de 4,8%, siendo más alta para DCL amnésico de múltiples dominios (9,1%). Las tasas de incidencia para DCL son superiores a divulgado previamente, especialmente en los hombres y único dominio MCI; las cifras para DCL amnésico y no amnésico eran comparables. El DCL amnésico fue el subtipo más probable al progreso a la demencia, pero general, el diagnóstico de DCL, particularmente único dominio DCI, muestra inestabilidad considerable (21).

El uso de diferentes pruebas neuropsicológicas y umbrales para diagnosticar DCL identificado subconjuntos de sujetos con diferentes tasas de persistencia del deterioro cognitivo. La estandarización de la definición operacional de deterioro cognitivo en DCL puede resultar en predicciones más consistentes de la progresión de la EA (22).

El DCL amnésico (DCLa) se asocia con mayor incidencia anual de conversión para la enfermedad de Alzheimer (EA) (10-15%). Usando la imagen de resonancia magnética

funcional (fMRI), se evidencia la activación cerebral en pacientes en cuatro diferentes tareas de evaluación de lenguaje, memoria, funciones de atención y empatía. Se encontró una mayor actividad comparado con controles en el giro temporal inferior izquierdo (lengua), la circunvolución temporal superior derecha (memoria) y la convolución del cerebro precentral derecha dorsal (atención) (23) (22).

Por otra parte, activación de pacientes se correlacionó significativamente con neuropsicológicas puntuaciones obtenidas en pruebas de la exploración de la función correspondiente. Sugerimos que estos cambios funcionales se relacionan con el desarrollo de los primeros mecanismos compensatorios que reducir los déficits cognitivos asociados con la acumulación progresiva de daño cerebral (23).

Los estudios clínicos, neuropsicológicos y procedimientos estructurales como la resonancia magnética (MRI) y funcionales como el PECT o SPECT, desempeña un papel importante en el diagnóstico precoz de la demencia que es importante en la etapa de precursora del DCL. Por otra parte, es importante detectar a aquellos pacientes DCL que corren especial riesgo de desarrollar demencia (17).

Con el fin de la detección temprana, el deterioro de la memoria subjetiva debe considerarse seriamente como un riesgo de progresión a demencia (29) (24).

La Demencia.

La demencia etimológicamente significa ausencia del pensamiento. Se define como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognoscitivas que altera las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas en forma autónoma. El curso ocasionalmente es reversible, no sólo se acompaña de cambios en la personalidad sino que interfiere con las actividades cotidianas, laborales y sociales del individuo (1, 25).

Con un rápido envejecimiento de la sociedad, la salud mental geriátrica surge como problema de salud pública importante y en política de atención clínica, su carga se incrementará en los próximos 30 años. Prevalencia aumenta con la edad y la incidencia es ligeramente mayor en las mujeres que los hombres, especialmente después de la edad de 80 años. La supervivencia después de la aparición de la demencia es de aproximadamente 5 años. La piedra angular para la demencia son modificar los de hábitos de estilo de vida y salud: factores de riesgo incluyen actividad física, intelectual, social y hábitos alimenticios (2).

La Enfermedad de Alzheimer.

La EA es una enfermedad neurodegenerativa genéticamente complejo, lentamente progresiva e irreversible del cerebro (12).

Se caracteriza por un profundo deterioro de la función cognitiva, marcada incapacidad física y una enorme carga económica para el individuo afligido, los cuidadores y la sociedad en general (26)

Durante décadas de progresión asintomática múltiples sistemas interactivos, vías y mecanismos moleculares (proteína procesamiento, señalización aberrante, inflamación y sistema inmunológico, transporte de lípidos, endocitosis, apoptosis, daño oxidativo y respuesta al estrés, pérdida de neuronas y sinapsis, patología del tau,

metabolismo energético), contribuyen para el desarrollo de la fase prodrómica clínica temprana con déficits de memoria episódica y a la mayor caída y pérdida de funcionamiento durante la etapa final. El tipo de anuncio " esporádico " genéticamente complejo no mendeliano es la forma más común de demencia que afecta a personas generalmente mayores de 65. A pesar del considerable avance de las investigaciones de EA en años recientes y la evolución de paradigma cambios en ambos conceptos fisiopatológicos, así como desafíos fundamentales de los criterios de diagnóstico no han aún sido resueltas. La fuerte incidencia relacionada con la edad, el reciente fracaso y falta total de terapia preventiva o modificadores de la enfermedad que podría retrasar la aparición o afectar sustancialmente la fisiopatología de AD. Esta patología resulta una carga enorme en individuos, sus familias y cuidadores y las sociedades en general. Esta es una preocupación válida dado que incluso un modesto deterioro de la función cognitiva suele asociarse con discapacidad significativa en una sociedad en rápida evolución, basado en la tecnología. Lamentablemente, las terapias actualmente disponibles para mejorar la cognición están limitados por la modesta eficacia y efectos secundarios adversos, y sus efectos sobre la función cognitiva no son sostenidos en el tiempo. En consecuencia, incumbe a la comunidad científica para desarrollar tratamientos más efectivos y seguros que mejoran o mantienen la función cognitiva en los ancianos que les permita mantenerse mentalmente activo y productivo para el mayor tiempo posible (27) (28) (29).

Contra las terribles proyecciones de la triplicación de la prevalencia de la demencia en los próximos 40 años son los principales acontecimientos ocurridos en diagnósticos biomarcadores, neuroimagen, la biología molecular de la EA , epidemiología de riesgo, factores protectores y tratamientos principalmente dirigidos a la vía amiloide, la proteína tau e inmunoterapia para modificar la progresión de la EA. Ensayos

previos en demencia los medicamentos no han demostrado beneficio, y aunque los ensayos de fase III actuales siguen siendo exitosos, estos fármacos llegarán al mercado para el 2020. Por lo tanto, hay una necesidad crítica para individualizar potencialmente nuevas estrategias capaces de prevenir y retrasar la progresión de los síndromes demenciales. (17).

Hay una necesidad urgente de desarrollar una estrategia preventiva en la que se incluya la detección del deterioro cognitivo y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos (30).

Retrasar el inicio de la demencia por hasta 2 años tendría importantes repercusiones económicas y sociales (31).

Los Síntomas Neuropsiquiátricos.

Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) son un espectro multidimensional y altamente frecuente a través de la continuidad del deterioro cognitivo leve (DCL) y la enfermedad alzheimer (EA). Por su frecuencia son: la agresión, depresión, apatía, alucinaciones, delirios y trastornos del sueño. El DCL es una condición etiológicamente heterogénea que es caracterizado por los cambios cognitivos sin menoscabo de las actividades de la vida diaria y considerado un estado de riesgo importante para la demencia. Un subtipo, amnésico DCL puede específicamente predisponer a los pacientes a desarrollar demencia de Alzheimer. La demencia se ha asociado con una variedad de SNP. Estos síntomas son también de interés como manifestaciones potenciales en las primeras etapas de la EA antes del diagnóstico del DCL o demencia (15) (12) (32).

Las anormalidades del comportamiento se divulgan en 35-75% de los pacientes DCL con los más comunes están la depresión, la apatía, la ansiedad y la irritabilidad (12).

Hay un convincente cuerpo de evidencia que los pacientes DCL con características de comportamiento son más propensos a desarrollar la EA que los pacientes sin estas características. Los cambios conductuales observados en DCL son similares a los de EA y pueden ayudar a identificar el subgrupo de pacientes DCL con EA prodrómica (15).

La prevalencia de SNP se reporta con un 43% de las personas con DCL y el 50 a 80% de las personas con demencia. Los estudios basados en la población de DCL, las tasas elevadas de depresión (20%), apatía (15%), irritabilidad (15%), agitación (11%), trastornos del sueño (14%), la ansiedad (10%), alucinaciones (1,3%), se producen en las frecuencias intermedias entre pacientes de edad avanzada y la demencia

cognitivamente normales. La depresión era el síntoma más común de individual en aquellas personas con DCL (30%) y demencia leve (25%), mientras que la apatía (42%) y la agitación (41%) fueron más frecuentes en aquellos con demencia severa. Individuos con tres o más síntomas y uno o más síntomas clínicamente significativos tenían significativamente más probabilidades de tener limitaciones funcionales. Aquellos con depresión clínicamente significativa tenían más probabilidades de actividad del diario vivir limitaciones, y éstos con depresión clínicamente significativa, ansiedad o comportamiento motor aberrante tenían significativamente más probabilidades de actividad instrumental de limitaciones de vida diaria. De las personas con deterioro cognitivo, un mayor número de síntomas neuropsiquiátricos totales y algunos síntomas individuales específicos está fuertemente asociado con limitaciones funcionales. La carga total de síntomas neuropsiquiátricos normalmente aumentan con el curso de la EA (32) (33) (34).

Apatía y depresión son los más comunes síntomas neuropsiquiátricos en el DCL y EA. Ambos síntomas fueron hallados particularmente alta en participantes con enfermedad de Alzheimer y alta capacidad de motivación. Apatía, pero no depresión, aumentan con el tiempo en aquellos con EA y altas capacidades de motivación (35).

Es interesante observar un estudio realizado en China, en donde se encontró que los comportamientos nocturnos (22,1%), depresión (16,8%), apatía (14,0%) y ansiedad (12,8%) fueron los síntomas más comunes de SNP. Después 2 años de seguimiento el 27,5% de los participantes con depresión al inicio del estudio desarrolló demencia, en comparación con el 14,8% de las personas sin depresión. La depresión en ancianos no dementes puede representar una dimensión independiente reflejando la degeneración neuronal temprana (13).

El papel de los síntomas neuropsiquiátricos en las primeras etapas de la EA, antes de deterioro cognitivo significativo, está muy bien definida. Los síntomas neuropsiquiátricos en acompañan a la EA se ha demostrado para ser el determinantes primarios de soporte médico y la necesidad para el cuidado formal e informal, por otro lado, síntomas neuropsiquiátricos tienen efectos acumulativos sobre cuidador carga con un número creciente de los síntomas (32).

Estos síntomas están asociados con la reducción de la calidad de vida, con elevados costos a los cuidadores y pacientes e influir en gran medida de la atención y el riesgo de institucionalización (32) (13).

Particular atención se ha dirigido a la depresión y la apatía como manifestaciones tempranas de la EA y como posibles predictores de progresión de DCL a la demencia. La apatía es el síntoma más común de comportamiento, que se producen en el 55% en la demencia y el 11-53% de los pacientes con DCL, como se muestra por una reciente revisión sistemática. La apatía ha sido asociada con la disfunción ejecutiva en la EA (12) (36).

La apatía también se ha asociado con un deterioro en actividades de la vida diaria, que a su vez ha sido asociado con la disfunción ejecutiva en DCL y EA. Otros síntomas neuropsiquiátricos tales como la ansiedad, la agitación y delirios / alucinaciones. Se han examinado como predictores de funcionamiento declive y marcadores de progresión de la enfermedad (32) (36).

Pocos estudios han comparado la ocurrencia de trastornos psiquiátricos y los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EA y DCL subtipos. Una gran proporción de pacientes con EA (49.6%) y DCL multi dominio (44,1%) presentan trastorno depresivo. La apatía es común en EA (51,3%) pero menos frecuente en DCL anmésico (6,9%) y DCL multi dominio (14,7%). Los pacientes con EA son tres veces

más propensos a tener trastornos depresivos o apatía, comparado con DCL amnésico y siete veces más probabilidad de tener trastorno de apatía que DCL multi dominio. Después de la apatía y la depresión, los síntomas neuropsiquiátricos más prevalentes en EA y DCL fueron ansiedad, agitación, irritabilidad, conductas nocturnas y alteraciones del apetito. Hubo un predominio creciente de muchos síntomas neuropsiquiátricos con el aumento de la severidad de síndromes cognitivos. Los médicos deben considerar la relevancia de los trastornos neuropsiquiátricos y síntomas en pacientes con trastornos cognitivos e incorporar un minucioso examen psiquiátrico en la evaluación de pacientes (12) (36).

Justificación

La investigación en torno al diagnóstico del síndrome denominado deterioro cognitivo leve (DCL) ha ido en aumento en los últimos años. Se ha definido como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia, que es crucial para orientar las intervenciones preventivas. Aunque inicialmente se consideró un único tipo de DCL, de base principalmente amnésica, ligado a una clara evolución hacia la EA se ha comprobado que existen otros tipos de DCL con distinta base etiológica y diversas trayectorias evolutivas.

La importancia del DCL radica en que la incidencia y prevalencia del DCL es mayor que el de la demencia, además que la prevalencia aumenta con la edad de 5,9% en los años 60-64 a 31.3% en los mayores de 75-79 años y 44,1% hombres y mujeres 80 años. Así mismo cada año entre el 10 al 15% de aquellos sujetos que lo padecen evolucionan hacia la EA, mientras que el la población general solo lo hacen del 1 al 2%. Haciendo DCL un objetivo potencialmente valioso para tratamientos encaminadas a frenar el deterioro cognitivo.

Los síntomas neuropsiquiátricos son altamente prevalentes en adultos mayores con demencia y DCL. Las anormalidades del comportamiento se divulgan en 35-75% los más comunes son la depresión, la apatía, la ansiedad e irritabilidad.

La presencia de síndromes neuropsiquiátricos en particular a la depresión y la apatía se consideran como manifestaciones tempranas de la EA y como posibles predictores de progresión de DCL a la demencia.

La coexistencia de la depresión y la apatía en el deterioro cognitivo leve amnésico, aumenta el riesgo de predicción para el desarrollo de la demencia.

Planteamiento del problema

Establecer los síntomas neuropsiquiátricos que presentan los pacientes geriátricos con Deterioro Cognitivo (DC) es de gran importancia, ya que de esto dependerá el diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento farmacológico, así como las medidas preventivas que pueden tomarse tras ser identificados. No debemos olvidar que el deterioro cognitivo amnésico, la apatía y la depresión pueden comportarse como predictores de alteraciones cognitivas progresivas que sugirieran el inicio de un cuadro demencial o incluso relacionarse con el resto de los síntomas neuropsiquiátricos.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo que acuden al servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?
2. ¿Cuál es la relación de los síntomas neuropsiquiátricos con la presencia de depresión y apatía del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Objetivos

General

Describir los síntomas neuropsiquiátricos en los pacientes con deterioro cognitivo y su relación con la depresión y la apatía del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Específicos

- Estimar la edad, sexo, educación, ocupación y enfermedades médicas asociadas de los pacientes con deterioro cognitivo del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Describir los síntomas neuropsiquiátricos según el sexo en los pacientes con deterioro cognitivo del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Describir los síntomas neuropsiquiátricos según el grado de deterioro cognitivo en los pacientes del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Describir los síntomas neuropsiquiátricos según el grado de depresión en los pacientes del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Describir los síntomas neuropsiquiátricos en la depresión, la apatía y en ambos de los pacientes del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Hipótesis

Existe una alta frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos en sujetos con deterioro cognitivo y la presencia de algunos de ellos se relaciona específicamente con la presencia de depresión o apatía.

Material y métodos

Tipo: Observacional, transversal y analítico.

Variables

Demográficas (variables independientes): Edad, sexo, ocupación, diagnósticos médicos, deterioro cognitivo, depresión y apatía.

Investigadas (variables dependientes): Síntomas neuropsiquiátricos: delirios, alucinaciones, agitación, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, actividad motora aberrante, trastornos de sueño y trastornos del apetito.

Instrumentos de evaluación

Neuropsi Evaluación Neuropsicógica Breve en español NEUROPSI

Fue desarrollado por Feggy Ostrosky-Solis, Ma. Esther Gómez, Esmeralda Matute, Mónica Rosselli, Alfredo Ardila y David Pineda en el 2011. Es un instrumento de screening neuropsicológico que permite valorar procesos cognitivos en pacientes psiquiátrico y neurológicos, con diversos problemas médicos, analfabetos o con un alto nivel de instrucción. Esta prueba ha sido desarrollada y estandarizada en México. Consiste en una serie de test destinados a valorar el funcionamiento cognitivo global. Incluye test de orientación, atención, concentración, memoria, lenguaje, habilidad visuoespacial, viso percepción, funciones cognitivas, lectura, escritura y cálculo. La prueba consta de 8 escalas que evalúan diferentes dominios cognitivos. Es una prueba que permite detectar trastornos cognitivos en una población de un amplio rango de edad. Se aplica: A personas de 16 a 85 años, ya sean hombres o mujeres. La duración aproximada es de 20 a 25 minutos y en población con trastorno cognoscitivo de 35 a 40 minutos. Se aplica individual. Es un instrumento confiable (confiabilidad entre examinadores fue de .89 a .96) y objetivo. La validez de discriminación, muestra que exactitud de la clasificación depende del tipo de desorden, así por ejemplo, el Neuropsi clasifico correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo control con una exactitud mayor a 91.5 y en sujetos con un daño comprobado por Tomografía Axial Computarizada (TAC), el Neuropsi clasifico con un 95% de acierto (37)

Inventario Neuropsiquiátrico NPI-Q

Fue desarrollado por Cummings y cols en el 2000, con el fin de recoger información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales en pacientes con alteraciones cerebrales. Consiste en una entrevista estructurada que se aplica a un informante o cuidador de la persona con demencia. Recoge información de 12 síntomas recurrentes en pacientes con demencia: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, trastornos motores, de la alimentación y del sueño. La presencia de cada SNP es evaluada retrospectivamente (últimos 30 días) con una pregunta para cada uno de los síntomas. Se incluyen además dos preguntas extra para cada síntoma positivo, en escalas del 1 a 3 y del 0 a 5 para la evaluación de la frecuencia con que se presenta el síntoma y el estrés que genera en el informante/cuidador respectivamente. De esta manera permite estimar la presencia-absencia de cada uno de los 12 síntomas en una escala del 0 a 12, la frecuencia con que se presentan, en una escala de 0 a 36 y el estrés que genera en el informante o cuidador en una escala de 0 a 60 o validado en población mexicana En su validación al idioma español el NPI obtiene puntuaciones de sensibilidad de entre 0.889 y 1.00, de especificidad de 0.875 y 1.00 (38)

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra.

Muestra

No probabilística, intencional por cuota, ya que el procedimiento es informal, donde se trabajará con aquellos que cumplan los criterios de inclusión y deseen participar en el estudio, hasta cubrir un total 45 de pacientes.

Participantes

Por conveniencia de 60 años de edad en adelante, físicamente sanos que cubran los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo leve y sus subtipos de acuerdo a Petersen y cols, que se refieran al servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Criterios de selección

Inclusión:

1. Pacientes de 60 años en adelante con quejas subjetivas de memoria, informados por el paciente o por un familiar y que acudan al servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Que presenten alteraciones objetivas en memoria u otra función cognitiva, mediante pruebas neuropsicológicas en los últimos seis meses.
3. Qué en los últimos seis meses no hayan presentado limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria.
4. Que cumplan criterios para DCL según Petersen y cols que acuden al servicio de psicogeriatría del HPFBA.
5. Pacientes que autoricen y firmen la carta de consentimiento informado.

Exclusión:

1. Pacientes menores de 60 años.
2. Pacientes que no cumplan criterios diagnósticos para DCL según Petersen y cols que acuden al servicio de psicogeriatría del HPFBA.
3. Estudio neuropsicológico incompleto.
4. Enfermedades neurológicas concomitantes: delirium, neuroinfección o demencia que pudiera explicar la presencia de alteraciones en la memoria.
5. Historia de traumatismo cerebral significativo o debido a una lesión cerebral o neurocirugía.
6. Padecimientos psiquiátricos agudos como síndromes psicóticos asociados a otra enfermedad que pudiera explicar las alteraciones en la memoria.

Eliminación:

1. Pacientes que no deseen continuar con el estudio.
2. Pacientes que no concluyan las entrevistas.

Procedimiento

Se recabó la información de los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo. Los cuales deben cursar con las alteraciones documentadas en el Neuropsi a los cuales previo consentimiento informado se les confirmará el diagnóstico clínico en base a los criterios de Petersen y cols. Para deterioro cognitivo y se les aplicará el instrumento de evaluación neuropsiquiátrica.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante tablas de contingencia de los datos sociodemográficos, de los síntomas neuropsiquiátricos según el sexo, el deterioro cognitivo, la depresión y posteriormente se hará un comparativo de síntomas neuropsiquiátricos en la depresión, apatía y ambos. Se utilizará la correlación de Chi-Cuadrada de Pearson para conocer el grado de asociación entre las variables.

Implicaciones éticas

Con riesgo mínimo, se aplicaran pruebas psicológicas a individuos y a sus familiares en lo que no se afectará la conducta de los sujetos.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo a realizar se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no habrá manipulación de variables. Así mismo se solicitará consentimiento de participación voluntaria, el cual será leído y firmado de enterado por cada participante. Se realizó el presente trabajo de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

Resultados

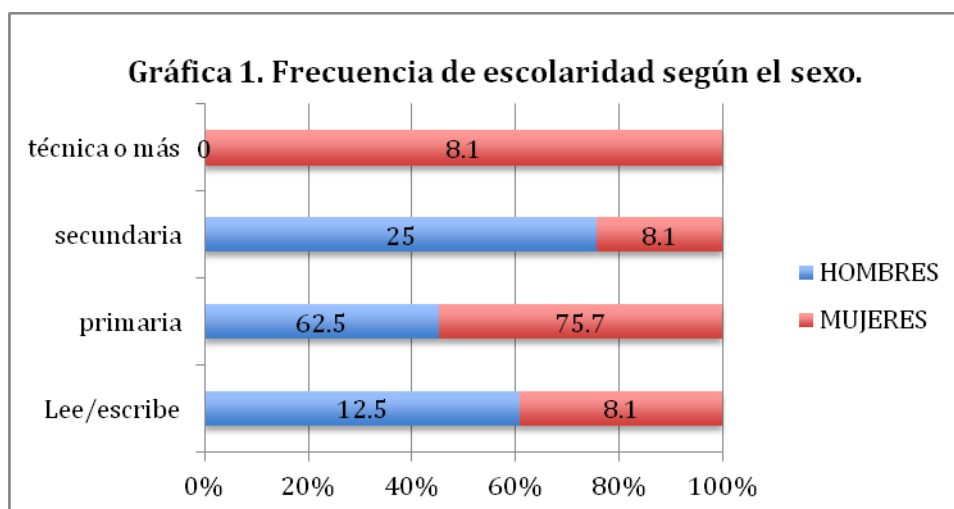
Se evaluó a un total de 45 participantes, 8 hombres y 37 mujeres, con diagnóstico de deterioro cognitivo, las evaluaciones se realizaron en la Clínica de la Memoria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de seis meses, entre agosto del 2013 a febrero 2014.

Cuadro1. Frecuencia de escolaridad, ocupación y diagnósticos médicos según el sexo.

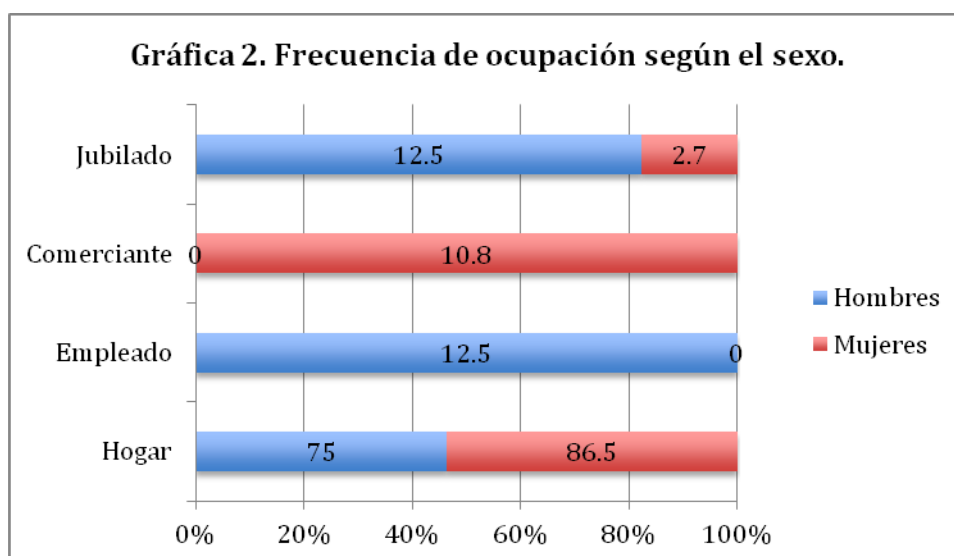
	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	Valor p
ESCOLARIDAD	n =8	n =37	N = 45	
Lee/escrbe	12.5(1)	8.1 (3)	8.9(4)	0.62
Primaria	62.5(5)	75.7 (28)	73.3(33)	
Secundaria	25.0(2)	8.1 (3)	11.1(5)	
Técnica o más	0.0 (0)	8.1 (3)	4.4(2)	
OCUPACIÓN				
Hogar	75.0(6)	86.5(32)	84.4(38)	0.071
Empleado	12.5(1)	0.0(0)	2.2(1)	
Comerciante	0.0.(0)	10.8(4)	8.9(4)	
Jubilado	12.5(1)	2.7(1)	4.4(2)	
DX MÉDICOS				
Ninguno	50.0(4)	62.2(23)	60.0(27)	0.543
Hipertensión Arterial				
Sistémica	37.5(3)	29.7(11)	31.1(14)	
Diabetes Mellitus tipo 2	12.5(1)	2.7(1)	4.4(2)	
Síndrome metabólico	0.0(0)	5.4(2)	4.4(2)	

Los porcentajes de escolaridad, ocupación y diagnósticos médicos se describen a continuación (Cuadro 1).

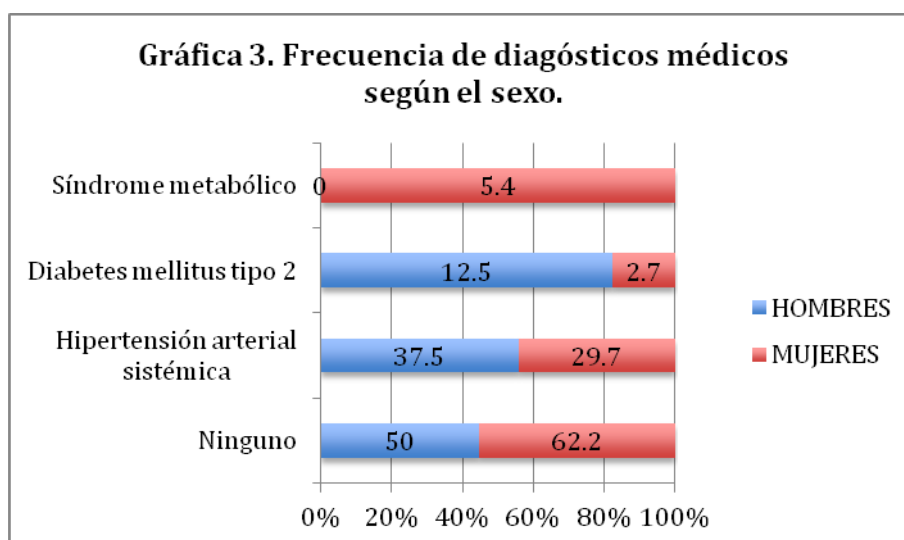
Respecto a la escolaridad, el 8.9% sabe leer y escribir (el 12.5% hombres y 8.9% mujeres), el 73.33% fue a la primaria (62.5% entre los hombres y el 75.7% en las mujeres), el 11.1% fue a la secundaria (el 25% hombres y 8.1% mujeres). Gráfica 1



En relación a la ocupación el 84.4% se dedica al hogar (el 75% hombres y 86.5% mujeres), el 2.2% tienen algún empleo (el 12.5% hombres y 0.0% en mujeres), el 8.9% se dedican algún tipo de comercio (el 0.0% en hombres y 10.8% en mujeres), el 4.4% están jubilados (el 12.5% en hombres y 2.7% en mujeres). Gráfica 2



Según los diagnósticos médicos, el 60.0% no reporto problemas de hipertensión, diabetes ni síndrome metabólico. El 31.1% presentó Hipertensión Arterial Sistémica (el 37.5% hombres y 29.7% en mujeres), el 4.4% Diabetes Mellitus tipo 2 (el 12.5% hombres y 2.7% en mujeres) y el 4.4 Síndrome metabólico (predomina en mujeres 5.4). Se evaluó también la presencia de distoroidismo, padecimiento para el que no encontró antecedente. Gráfica 3.

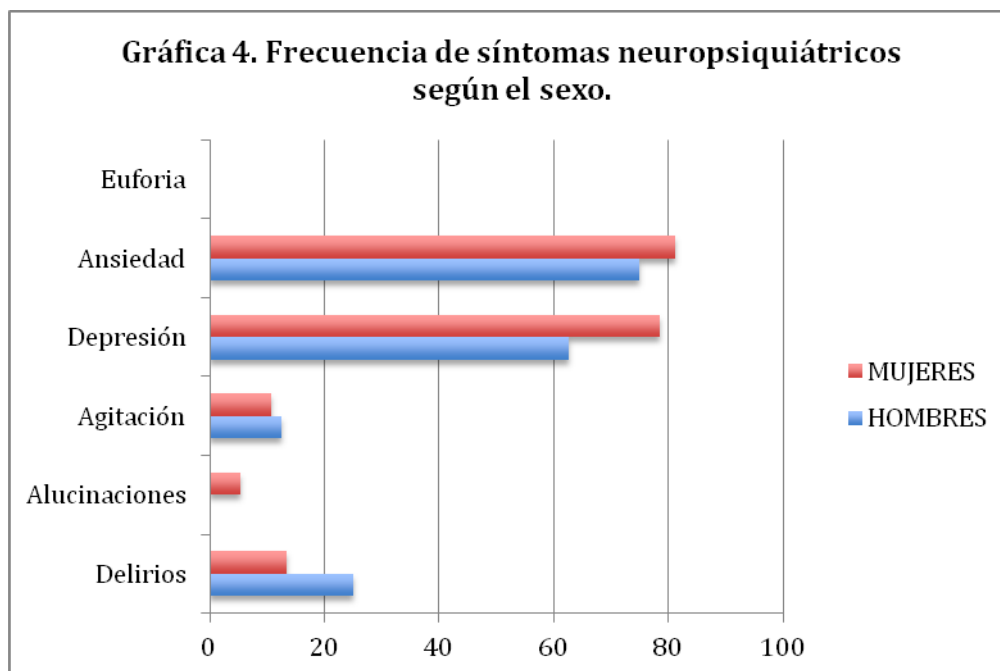


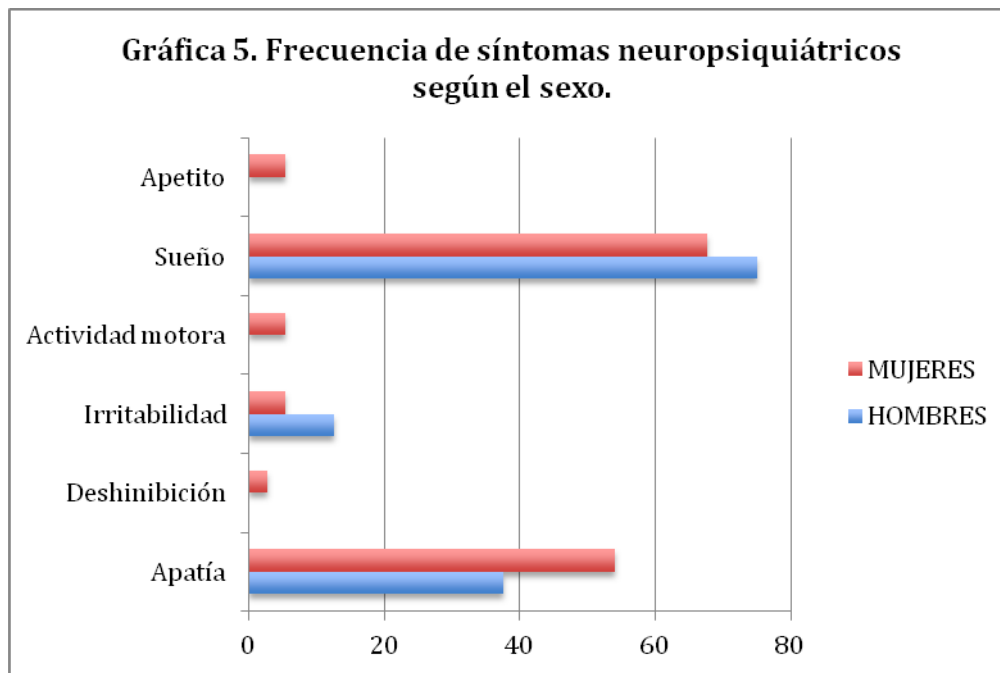
Del total de la muestra no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escolaridad, ocupación y diagnósticos médicos. (Cuadro 1).

Cuadro 2. Frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos según el sexo.

INP	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	Valor p
Delirios	25.0(2)	13.5(5)	15.6(7)	0.416
Alucinaciones	0.0 (0)	5.4 (2)	4.4(2)	0.501
Agitación	12.5(1)	10.8(4)	11.1(5)	0.89
Depresión	62.5(5)	78.4(29)	75.6(34)	0.343
Ansiedad	75.0(6)	81.1(30)	80.0(36)	0.651
Euforia	0.0 (0)	0.0(0)	0.0(0)	0
Apatía	37.5(3)	54.1(20)	51.1(23)	0.396
Deshibición	0.0(0)	2.7(1)	2.2(1)	0.638
Irritabilidad	12.5(1)	5.4(2)	6.7(3)	0.466
Actividad motora	0.0(0)	5.4(2)	4.4(2)	0.501
Sueño	75.0(6)	67.6(25)	68.9(31)	0.681
Apetito	0.0(0)	5.4(2)	4.4(2)	0.501

Del total de la muestra, los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en hombres y mujeres fueron ansiedad, depresión trastornos del sueño y apatía, (80.0%, 75.6%, 68.9% y 51.1% respectivamente). Cuadro 2.





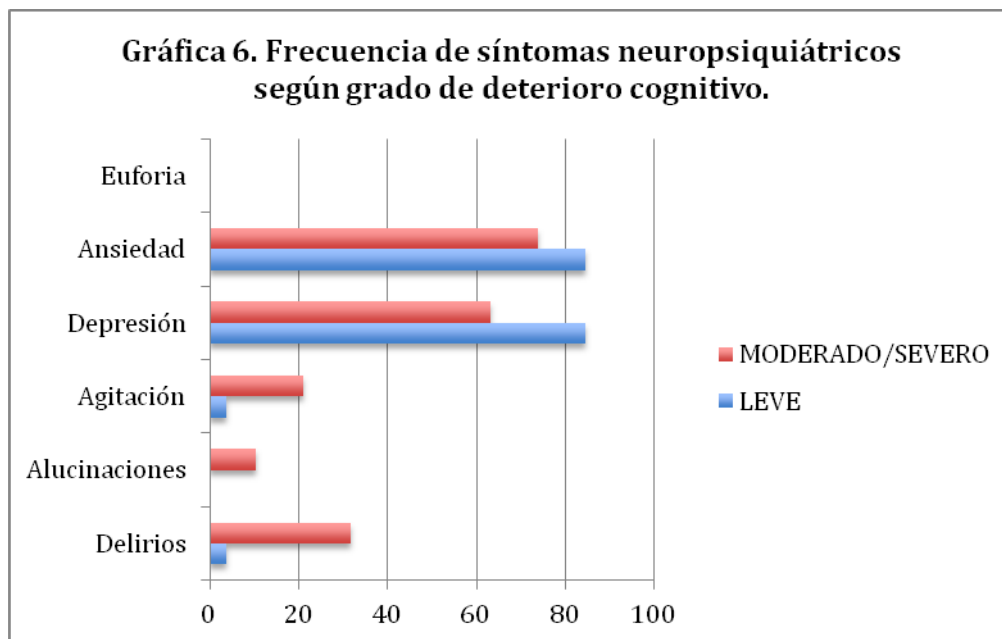
Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes hombres fueron delirios, agitación, irritabilidad y trastornos de sueño (25.0%, 12.5%, 12.5 y 75.0) y en mujeres se encontraron alucinaciones, depresión, ansiedad, apatía, deshinibición (5.4% 78.4%, 81.1%, 54.1%). Gráfica 4. 5.

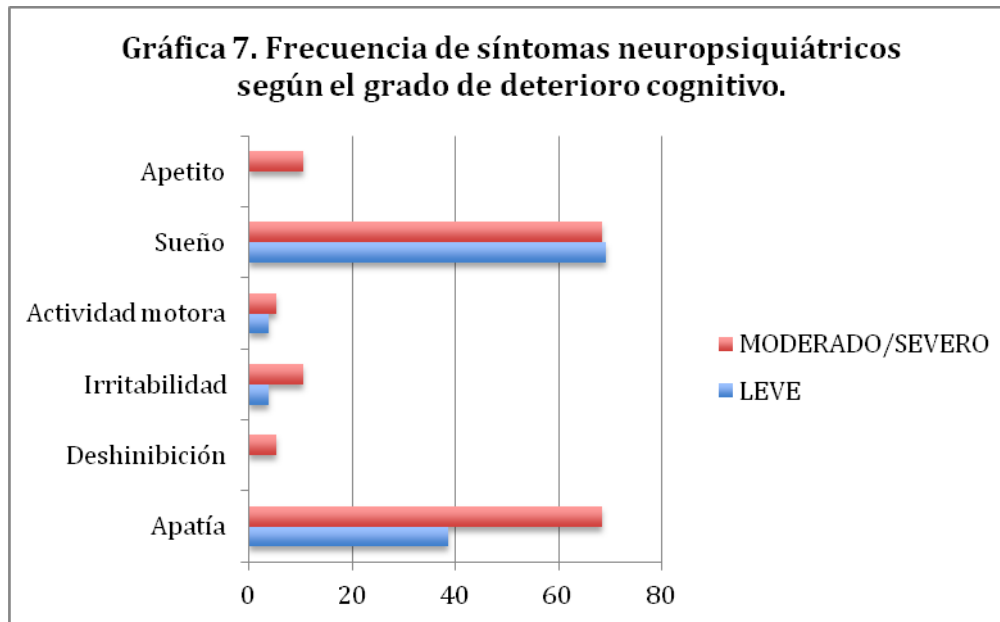
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas neuropsiquiátricos entre los sexos. (Cuadro 2).

Cuadro 3. Frecuencia de los síntomas neuropsiquiátricos según el grado de deterioro cognitivo.

NPI	LEVE	MODERADO/SEVERO	TOTALES	Valor p
Delirios	3.8(1)	31.6(6)	15.6(7)	0.011
Alucinaciones	0.0 (0)	10.5(2)	4.4(2)	0.091
Agitación	3.8(1)	21.1(4)	11.1(5)	0.07
Depresión	84.6(22)	63.2(12)	75.6(34)	0.098
Ansiedad	84.6(22)	73.7(14)	80.0(36)	0.365
Euforia	0.0 (0)	0.0(0)	0.0(0)	-
Apatía	38.5(10)	68.4(13)	51.1(23)	0.047
Deshibición	0.0 (0)	5.3(1)	2.2(1)	0.237
Irritabilidad	3.8(1)	10.5(2)	6.7(3)	0.375
Actividad motora	3.8(1)	5.3(1)	4.4(2)	0.82
Sueño	69.2(18)	68.4(13)	68.9(31)	0.954
Apetito	0.0 (0)	10.5(2)	4.4(2)	0.091

Al analizar los síntomas neuropsiquiátricos según el grado de deterioro cognitivo (Cuadro 3). Se encuentra que a mayor grado de deterioro se presentan más delirios (3.8% deterioro cognitivo leve, 31.6% deterioro moderado/severo y $p = 0.011$) y apatía (38.5% deterioro cognitivo leve, 68.4% deterioro cognitivo moderado/severo y $p=0.047$). Gráfica 6,7.



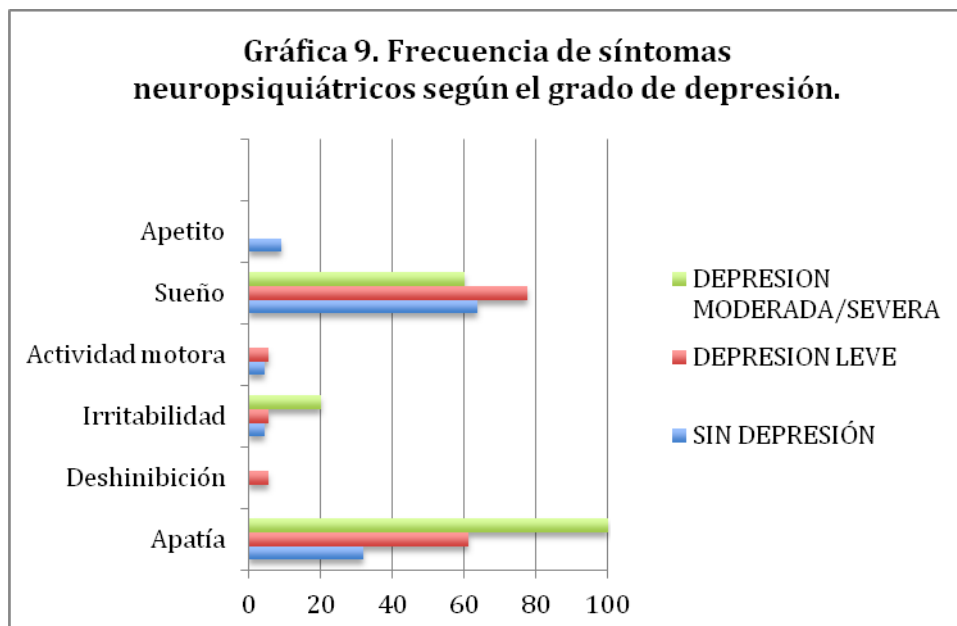
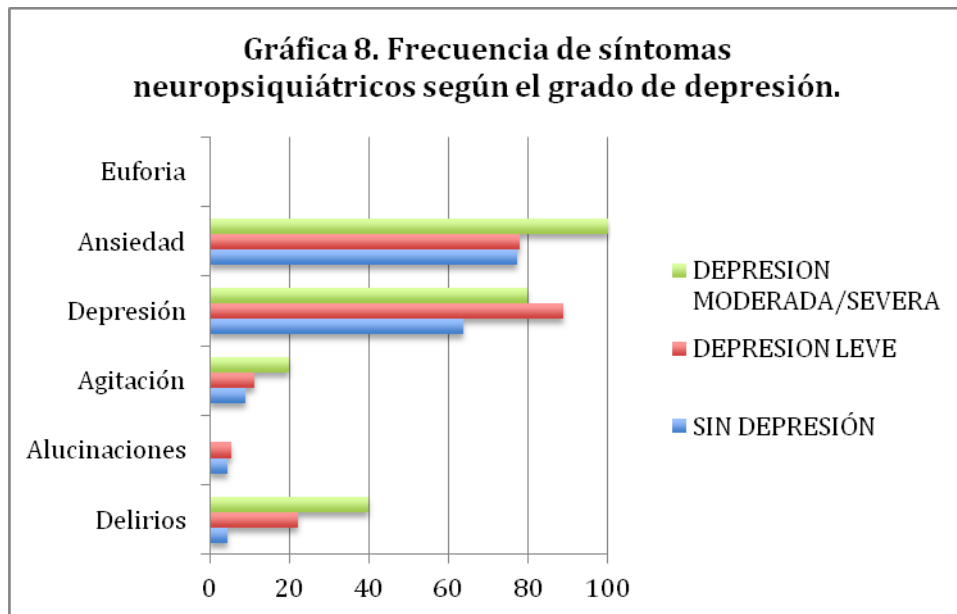


Cuadro 4. Frecuencia de los síntomas neuropsiquiátricos según el grado de depresión.

NPI	SIN DEPRESIÓN	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	TOTALES	Valor p
Delirios	4.5(1)	22.2(4)	40.0(2)	15.6(7)	0.086
Alucinaciones	4.5(1)	5.6(1)	0.0(0)	4.4(2)	0.867
Agitación	9.1(2)	11.1(2)	20.0(1)	11.1(5)	0.782
Depresión	63.6(14)	88.9(16)	80.0(4)	75.6(34)	0.176
Ansiedad	77.3(17)	77.8(14)	100.0(5)	80.0(36)	0.495
Euforia	0.0 (0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	-
Apatía	31.8(7)	61.1(11)	100.0(5)	51.1(23)	0.012
Deshinibición	0.0 (0)	5.6(1)	0.0(0)	2.2(1)	0.464
Irritabilidad	4.5(1)	5.6(1)	20.0(1)	6.7(3)	0.444
Actividad motora	4.5(1)	5.6(1)	0.0(0)	4.4(2)	0.867
Sueño	63.6(14)	77.8(14)	60.0(3)	68.9(31)	0.568
Apetito	9.1(2)	0.0(0)	0.0(0)	4.4(2)	0.335

Analizando la frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos según el grado síntomas depresivos evaluados por GDS (Cuadro 4), encontramos que la apatía se distribuye de manera diferencial de acuerdo a la mayor gravedad de los síntomas depresivos. En los sujetos sin depresión la apatía se presenta en el 31.8%, mientras que para los de

depresión leve es de 61.1% y del 100% en los sujetos con depresión moderada (p= 0.012)- Gráfica 8,9.

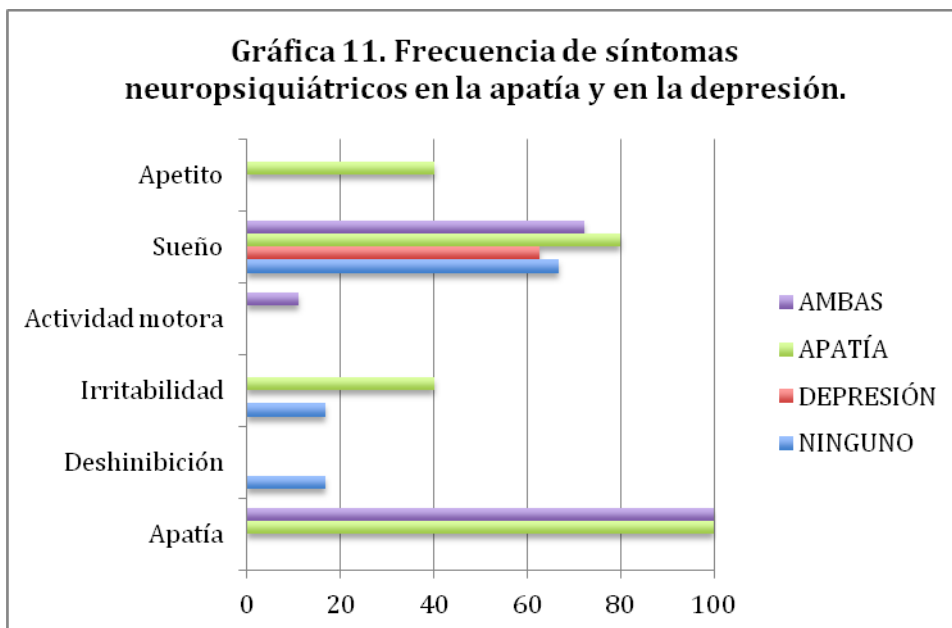
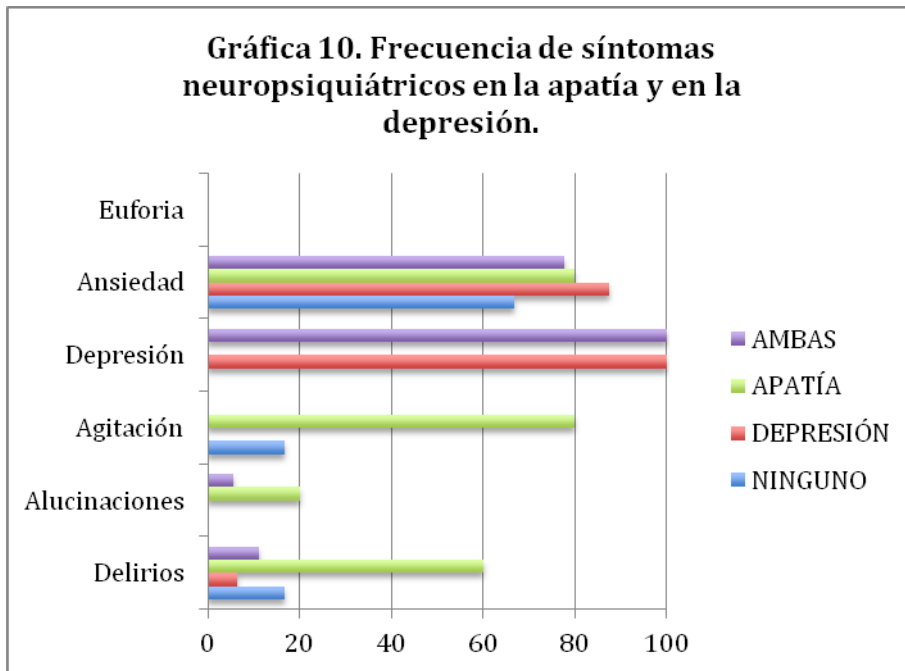


No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Cuadro 4

Cuadro 5. Frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos en la apatía y depresión.

NPI	NINGUNO	DEPRESIÓN	APATÍA	AMBAS	TOTALES	Valor p
Delirios	16.7(1)	6.3(1)	60.0(3)	11.1(2)	15.6(7)	0.031
Alucinaciones	0.0(0)	0.0(0)	20.0(1)	5.6(1)	4.4(2)	0.27
Agitación	16.7(1)	0.0(0)	80.0(4)	0.0(0)	11.1(5)	<0.001
Ansiedad	66.7(4)	87.5(14)	80.0(4)	77.8(14)	80.0(36)	0.733
Euforia	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	-
Deshibición	16.7(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	2.2(1)	0.084
Irritabilidad	16.7(1)	0.0(0)	40.0(2)	0.0(0)	6.7(3)	0.006
Actividad motora	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	11.1(2)	4.4(2)	0.371
Sueño	66.7(4)	62.5(10)	80.0(4)	72.2(13)	68.9(31)	0.873
Apetito	0.0(0)	0.0(0)	40.0(2)	0.0(0)	4.4(2)	0.001

Respecto a los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en la apatía y la depresión (Cuadro 5). Encontramos que la ansiedad (66.7%) y, los trastornos del sueño (66.7%), son los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en ausencia de depresión y apatía, lo mismo sucede en los sujetos que solo presentan depresión (87.5% y 62.5%) para ansiedad y trastornos del sueño. Para la apatía los síntomas neuropsiquiátricos prevalentes fueron ansiedad (80%), agitación (80%), trastornos del sueño (80%), delirios (60%), irritabilidad (40%) y trastornos del apetito (40%), todos excepto la ansiedad y los trastornos del sueño, fueron resultados significativos. En la presencia de depresión y apatía, se encontró que lo más frecuente fue la ansiedad (77.8) y trastornos del sueño (72.2) Gráfica 10, 11.



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 5).

Discusión

En este trabajo se analizó la relación de los síntomas neuropsiquiátricos con variables demográficas, con la severidad del deterioro cognitivo y la relación de los SNP entre la depresión y la apatía. La metodología utilizada permite comparar sujetos con deterioro cognitivo en diferentes estadios de severidad, diagnosticados con un instrumento Neuropsi para ser administrado en nuestro país (37). La administración de NPI-Q permite evaluar una amplia gama de síntomas frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo, dicho instrumento es uno de los más utilizados en la literatura internacional lo que facilita la comparación de nuestros resultados con los obtenidos en otros grupos de estudio en la evaluación y seguimiento de los SNP en pacientes con deterioro cognitivo (14) (12) (38)

Los resultados evidencian que presencia de síntomas neuropsiquiátricos no parecen estar relacionados a las variables demográficas sino con variables como la cognición, sus asociaciones con la severidad del deterioro cognitivo (Cuadro 3), con la depresión clínica (Cuadro 4) y la presencia de otros síntomas neuropsiquiátricos como la apatía (Cuadro 5).

Algunos de los síntomas neuropsiquiátricos más prevalentes (Cuadro 2) coinciden con lo reportado en la literatura entre los que se encuentran la depresión, los trastornos del sueño, la irritabilidad, agitación, la ansiedad, los delirios y la apatía; (32) (33) (34).

Se reporta que los individuos presentan dos o más SNP (Cuadro 2), en estudios previo se relaciona una bidireccionalidad entre el número de SNP y el aumento de probabilidades de tener limitaciones funcionales. Estos síntomas se asocian con reducción de la calidad de vida, elevada carga para el cuidados, aumento en costos a los cuidadores y pacientes e influye en gran en el riesgo de institucionalización (35) (13) (36).

En el presente trabajo se encontró que la distribución de los SNP varía de acuerdo al grado de deterioro cognitivo (Cuadro 3) similar a lo reportado en otros estudios, mostrando que a menor grado de deterioro cognitivo se presenta depresión, mientras que a mayor grado de deterioro cognitivo se presentan delirios y apatía (12) (22) (34) (35).

La asociación de la severidad del deterioro cognitivo con los SNP puede reforzar su utilidad como referente del progreso de la enfermedad o para identificar sujetos susceptibles a desarrollar demencia en presencia de cierto grado de deterioro cognitivo (11) (22) (39) (40).

En este estudio se encontró que los SNP varían según el grado de depresión (Cuadro 4), los resultados evidencian que la apatía se distribuye de manera diferencial de acuerdo a la mayor gravedad de los síntomas depresivos, resultados que se correlacionan con otros estudios (15) (34) (35).

Respecto a la evaluación de los SNP en la apatía y la depresión (Cuadro 5), encontramos resultados muy similares en los estudios disponibles, mostrando que la ansiedad y los trastornos del sueño son más frecuentes en ausencia de depresión y apatía, lo mismo sucede en los sujetos que solo presentan depresión., mientras que para la apatía los síntomas prevalentes fueron ansiedad, agitación, trastornos del sueño, delirios, irritabilidad y trastornos del apetito (32). (35) (36).

En la actualidad existe evidencia que tanto la manifestación como la percepción de los SNP están altamente influenciadas por aspectos culturales (3). Sin embargo, también existe evidencia que existe un sustrato neurobiológico que los subyace y que merece ser estudiado en paralelo de los hallazgos encontrados en estudios epidemiológicos, su estudio contribuye a planear abordajes terapéuticos adecuados para los pacientes con base en un esquema farmacológico integral (11) (12) (39).

En resumen, los componentes obtenidos son parcialmente coincidentes con los encontrados en la literatura. El primer factor se relaciona con la depresión y la apatía y es similar a lo reportado en otros estudios, en cuanto a que se refleja su distinta distribución no sólo en la severidad del deterioro cognitivo sino también en el grado de depresión, punto importante al considerar que cualquier clasificación de los SNP debe hacerse en conjunto de criterios estadísticos como conceptuales. (15) (32). (34) (35). (36).

Conclusiones

En conclusión, y a pesar de las limitaciones, este es el primer estudio sobre síntomas neuropsiquiátricos en la población geriátrica con deterioro cognitivo dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Dada la frecuencia de los SNP y su relación con la severidad del deterioro cognitivo, creemos que los SNP pueden ser un coadyuvante para el diagnóstico y progreso a la demencia. Así mismo los SNP se asociaron de manera diferenciada según el grado de depresión, además de evidenciarse que la depresión y la apatía muestran diferencias en la distribución de los SNP. Ambos correlatos podrían contribuir a diferenciar la apatía de la depresión y su relación con la demencia. La comprensión de este agrupamiento y como se puede usar esta información para el mejor diagnóstico podría ser materia de próximas investigaciones.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones debemos señalar que el tamaño de muestra y el origen de esta (hospital psiquiátrico de tercer nivel), no nos permite hacer generalizaciones respecto del fenómeno estudiado. Otra limitación es dificultad para esclarecer la causa del deterioro cognitivo que hubiese requerido pruebas neuropsicológicas específicas que evalúen además de la cognición, funciones ejecutivas y apatía, además de pruebas de imagen como resonancia magnética de encéfalo para determinar con mayor exactitud el riesgo a demencia según su etiología.

Referencias

1. Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ. Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*. 2012;43(8):600-8. Epub 2012/11/20.
2. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001170. Epub 2012/02/22.
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
4. CONAPO. Envejecimiento : retos y perspectivas. Consejo Nacional de Población (CONAPO). 1999.
5. Cárdenas CG, C. Adultos Mayores en México. . Instituto de Geriatria. 2011.
6. Mejia-Arango S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of aging and health*. 2011;23(7):1050-74. Epub 2011/09/29.
7. Prince MJ, de Rodriguez JL, Noriega L, Lopez A, Acosta D, Albanese E, et al. The 10/66 Dementia Research Group's fully operationalised DSM-IV dementia computerized diagnostic algorithm, compared with the 10/66 dementia algorithm and a clinician diagnosis: a population validation study. *BMC public health*. 2008;8:219. Epub 2008/06/26.
8. ADI. World Alzheimer Report 2009. Alzheimer Disease International 2009.
9. Maestre GE. Dementia in Latin America and the Caribbean: an overlooked epidemic. *Neuroepidemiology*. 2008;31(4):252-3. Epub 2008/10/22.
10. Prince M, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Dewey M, et al. The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC public health*. 2007;7:165. Epub 2007/07/31.
11. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms and Their Association with Functional Limitations in Older Adults in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(2):330-7.
12. Rosenberg PB, Mielke MM, Appleby B, Oh E, Leoutsakos JM, Lyketsos CG. Neuropsychiatric symptoms in MCI subtypes: the importance of executive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(4):364-72. Epub 2010/09/17.

13. Chan WC, Lam LC, Tam CW, Lui VW, Leung GT, Lee AT, et al. Neuropsychiatric symptoms are associated with increased risks of progression to dementia: a 2-year prospective study of 321 Chinese older persons with mild cognitive impairment. *Age and ageing*. 2011;40(1):30-5. Epub 2010/11/26.
14. Cummings JL. The neuropsychiatric disturbances in demential disorders or behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Bras Psiquiatr*. 1997;56(81-82).
15. Apostolova LG, Cummings JL. Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2008;25(2):115-26. Epub 2007/12/19.
16. Sachdev PS, Lipnicki DM, Crawford J, Reppermund S, Kochan NA, Trollor JN, et al. Risk profiles of subtypes of mild cognitive impairment: the sydney memory and ageing study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(1):24-33. Epub 2011/12/07.
17. Luck T, Luppá M, Briel S, Matschinger H, König HH, Bleich S, et al. Mild cognitive impairment: incidence and risk factors: results of the leipzig longitudinal study of the aged. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(10):1903-10. Epub 2010/09/16.
18. Petersen RC RM, Knopman DM. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. *Arch Neurol* 2010;75:889-897.
19. Petersen RC RR, Geda YE, Knopman DS. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men. *Arch Neurol*. 2012;78:342-351.
20. Hilal S, Ikram MK, Saini M, Tan CS, Catindig JA, Dong YH, et al. Prevalence of cognitive impairment in Chinese: epidemiology of dementia in Singapore study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2013;84(6):686-92. Epub 2013/02/07.
21. Brodaty H, Heffernan M, Kochan NA, Draper B, Trollor JN, Reppermund S, et al. Mild cognitive impairment in a community sample: the Sydney Memory and Ageing Study. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(3):310-7 e1. Epub 2012/11/01.
22. Teng E, Tingus KD, Lu PH, Cummings JL. Persistence of neuropsychological testing deficits in mild cognitive impairment. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2009;28(2):168-78. Epub 2009/08/27.
23. Lenzi D, Serra L, Perri R, Pantano P, Lenzi GL, Paulesu E, et al. Single domain amnesic MCI: a multiple cognitive domains fMRI investigation. *Neurobiology of aging*. 2011;32(9):1542-57. Epub 2009/11/03.

24. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*. 2007;29(1-2):125-32. Epub 2007/11/03.
25. Berr C, Akbaraly TN, Nourashemi F, Andrieu S. [Epidemiology of dementia]. *Presse Med*. 2007;36(10 Pt 2):1431-41. Epub 2007/06/15. *Epidemiologie des demences*.
26. Terry AV PM, Brandon HS. Alzheimer's disease and age-related memory decline (preclinical). *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 2011;99: 190-210.
27. Hampel H, Prvulovic D, Teipel S, Jessen F, Luckhaus C, Frolich L, et al. The future of Alzheimer's disease: the next 10 years. *Progress in neurobiology*. 2011;95(4):718-28. Epub 2011/12/06.
28. Grossman MD BM. Dementia: A brief review. . *The Mount Sinaj Journal of Medicine* 2006;73(7).
29. Catindig JA, Venketasubramanian N, Ikram MK, Chen C. Epidemiology of dementia in Asia: insights on prevalence, trends and novel risk factors. *Journal of the neurological sciences*. 2012;321(1-2):11-6. Epub 2012/08/11.
30. Lewis H K. Dementia Epidemiology Research: t Is Time to Modify the Focus of Research. *Journal of Gerontology* 2006;61A(1314-1318).
31. Brodaty H, Breteler MM, Dekosky ST, Dorenlot P, Fratiglioni L, Hock C, et al. The world of dementia beyond 2020. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(5):923-7. Epub 2011/04/15.
32. Wadsworth LP, Lorus N, Donovan NJ, Locascio JJ, Rentz DM, Johnson KA, et al. Neuropsychiatric Symptoms and Global Functional Impairment along the Alzheimer's Continuum. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2012;34(2):96-111.
33. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitations in older adults in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(2):330-7. Epub 2010/04/09.
34. Baiyewu O, Unverzagt FW, Ogunniyi A, Smith-Gamble V, Gureje O, Lane KA, et al. Behavioral symptoms in community-dwelling elderly Nigerians with dementia, mild cognitive impairment, and normal cognition. *International journal of geriatric psychiatry*. 2012;27(9):931-9. Epub 2012/03/03.

35. Mortby ME, Maercker A, Forstmeier S. Midlife motivational abilities predict apathy and depression in Alzheimer disease: the aging, demographics, and memory study. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2011;24(3):151-60. Epub 2011/06/03.
36. Di Iulio F, Palmer K, Blundo C, Casini AR, Gianni W, Caltagirone C, et al. Occurrence of neuropsychiatric symptoms and psychiatric disorders in mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment subtypes. *International psychogeriatrics / IPA*. 2010;22(4):629-40. Epub 2010/04/07.
37. Ostrosky F G, Matute. . *Neuropsicología clínica. . Manual Moderno*. 2011.
38. Kaufer D C, Ketchel. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *JNeuropsychiatry ClinNeurosci*. 2000;12:2.
39. Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, Vanhanen M, Valimaki T, Martikainen J, et al. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(5):473-82. Epub 2011/03/30.
40. Taragano FE AR, Krupitzki H, Saeasola DR. Mild behavioral impairment and risk of dementia: a prospective cohort study of 358 patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(584-92).

Anexo 1. Carta de Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE TESIS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN EL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

PROPOSITO El presente proyecto tiene por objetivo, describir las características sociodemográficas, y las puntuaciones del inventario neuropsiquiátrico (NPI) en los pacientes con deterioro cognitivo del servicio de Psicogeriatría del HPFBA.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. Se le aplicará el inventario neuropsiquiátrico NPI a los pacientes con deterioro cognitivo.

EFFECTOS INDESEABLES Y RIESGOS. No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. La prueba será aplicada por una persona entrenada en ello, la cual protegerá su confidencialidad.

BENEFICIOS PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO. No obtendrá ningún beneficio directo. No se le proporcionará un resultado, ya que este no influirá en el tratamiento de su enfermedad. Con su participación contribuirá en el desarrollo de un instrumento para la población mexicana.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS. Este estudio no representará ningún costo adicional para usted.

CONFIDENCIALIDAD. Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y nadie tiene acceso a la misma excepto las personas que desarrollaran el protocolo de investigación. A los pacientes que ingresen se les asignará un número con la finalidad de evitar su identificación por nombres. Nosotros no podremos proporcionar información de usted a terceras personas o instituciones.

DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO. Su participación se considera completamente voluntaria y Usted puede desistir de participar o continuar en el estudio en el momento que lo desee. Esta determinación no afectará de ninguna manera su relación con el hospital o el grupo médico.

Si Usted considera que cualquiera de los puntos antes mencionados no está claro o le surgen dudas nuevas, le suplicamos aclararlas con la investigadora responsable: (Duda).

AUTORIZACIÓN. He leído el contenido de este escrito, y he decidido por voluntad propia participar en este estudio. Sus objetivos, los riesgos posibles e inconveniencias me han sido explicados y aclarados a satisfacción. Mi firma indica también que he recibido una copia de la presente autorización para participar.

Nombre y firma del paciente.

Fecha

Nombre y firma del testigo.

Fecha

Nombre y firma del Investigador

Fecha

Anexo 2. Inventario Neuropsiquiátrico.

Por favor, responda las siguientes preguntas, basadas en los cambios que han ocurrido desde que su familiar comenzó a experimentar problemas de memoria.

solamente, si los síntomas han estado presentes durante el último mes.

NPI.1 (DELIRIO/DELUSIONES) ¿Cree su (xxx) que otras personas le roban cosas, o que otros planean hacerle daño de alguna manera?

0)No 1)Si

NPI.1.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta esto a su familiar).

- 1)Ligero (notable, pero no hay cambios significativos)
- 2)Moderado (significativo, pero no hay cambios dramáticos)
- 3)Severo (muy marcado y prominente, cambio dramático)

NPI.1.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma ¿Cómo le afecta a usted?

- 0)No produce ningún malestar
- 1)Mínimo (malestar ligero, no es un problema manejarlo)
- 2)Ligero (no mucho malestar, fácil de manejarlo)
- 3)Moderado (bastante malestar, no siempre fácil de manejar)
- 4)Severo (mucho malestar, difícil de manejar)
- 5)Extremo ó muy severo (malestar extremo, incapaz de manejarlo)

NPI.2 (ALUCINACIONES). ¿Actúa su (xxx) como si escuchara voces? ¿Habla el/ ella, con gentes que no están ahí?

0)No 1)Si

NPI.2.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

- 1) Ligero 2) Moderado 3) Severo

NPI.2.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

- 0)Sin malestar 1)Mínimo 2)Ligero 3)Moderado 4)Severo 5)Extremo

NPI.3 (AGITACIÓN O AGRESIÓN). ¿Es su (xxx) testarudo, o se resiste a que otros lo ayuden?

0)No 1)Si

NPI.3.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxxx).

- 1) Ligero 2) Moderado 3) Severo

NPI.3.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

- 0)Sin malestar 1)Mínimo 2)Ligero 3)Moderado 4)Severo 5)Extremo

NPI.4 (DEPRESIÓN O DISFORIA). ¿Actúa su (xxx) como si el/ ella estuviera triste, con el ánimo bajo? ¿Llora?

0)No 1)SiNPI.4.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.4.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.5 (ANSIEDAD) ¿Su xxx se incomoda cuando lo separan de usted? ¿Muestra algún signo de nerviosismo, como falta de aire, es incapaz de relajarse, o se siente excesivamente tenso?

0) No 1) Si

NPI.5.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.5.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.6 (EXALTACIÓN O EUFORIA) ¿Parece su (xxx) sentirse demasiado bien, o actúa como si estuviese excesivamente contento-feliz?

0) No 1) Si

NPI.6.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.6.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.7 (APATIA, INDIFERENCIA). ¿Su (xxx) parece menos interesado(a) en sus actividades usuales o en los planes de otros?

0) No 1) Si

NPI.7.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.7.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.8 (DEINHIBICIÓN) ¿Su (xxx) parece actuar impulsivamente?, por ejemplo, ¿Le habla a extraños como si fuera alguien que conoce? O ¿Dice cosas que pueden herir los sentimientos de los demás?

0) No 1) Si

NPI.8.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.8.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.9 (IRRITABILIDAD O LABILIDAD) ¿Es su (xxx), impaciente y malhumorado? ¿Tiene dificultad en esperar por algo, o esperar por actividades planeadas?

0) No 1) Si

NPI.9.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.9.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.10 (TRASTORNOS MOTORES) ¿Su xxx realiza actividades repetitivas como pasear por la casa, juega con botones, amarra cuerdas o hace otras cosas de manera repetitiva?

0) No 1) Si

NPI.10.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.10.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.11 (DURANTE LA NOCHE) ¿Se despierta su (xxx) durante la noche?, ¿Se levanta muy temprano en la mañana, o toma muchas siestas durante el día?

0) No 1) Si

NPI.11.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.11.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

NPI.12 (APETITO Y COMIDA). ¿Su (xxx) ha perdido o ganado peso, o ha cambiado el gusto en los alimentos que le gustaban antes?

0) No 1) Si

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES NO LA ENTREVISTA QUEDA FINALIZADA

NPI.12.1 Valore la severidad del síntoma (cómo afecta a su xxx).

1) Ligeramente 2) Moderado 3) Severo

NPI.12.2 Valore el malestar que usted experimenta por ese síntoma. ¿Cómo le afecta a usted?

0) Sin malestar 1) Mínimo 2) Ligeramente 3) Moderado 4) Severo 5) Extremo

I. CLASIFICACIÓN GLOBAL DE LA CONFIANZA EN LOS DATOS

0) Razonable

1) Algunas dudas

2) Dudas moderadas

3) Dudas graves

4) Sin valor