

Abordaje de la agitación en el anciano con demencia

Isabel Cruz-Orduña^a, Luis Puente-Andúes^a, Miguel Tardío^b, Beatriz Rivera^a, Yolanda Fernández-Bullido^{a,c} y Javier Olazarán^{a,c,d,*}

^aUnidad de Trastornos de la Memoria. HM Hospitales. Madrid. España.

^bFundación Polibea. Tres Cantos. Madrid. España.

^cServicio de Neurología. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España.

^dFundación María Wolff. Madrid. España.

*Correo electrónico: jolazaran@hmhospitales.com

Puntos para una lectura rápida

- La diversidad clínica y la complejidad etiológica de la agitación en el anciano con demencia hacen necesario un abordaje sistemático y global.
- Inicialmente, la anamnesis se orientará hacia la detección de posibles causas médicas o neurológicas distintas de la demencia, para lo cual deben conocerse los antecedentes médicos personales y familiares del paciente.
- Los distintos síntomas psicológicos y conductuales de la demencia pueden abordarse de manera específica mediante la modificación y adaptación al entorno.
- El tratamiento farmacológico de la agitación resulta, en general, menos eficaz y seguro que la adaptación del entorno y que las terapias no farmacológicas, por lo que solo está justificado en caso de sintomatología intensa o en situaciones de peligro o riesgo inminente para el paciente o para quienes le rodean.
- Los criterios CHROME definen seis agrupaciones sintomáticas –síndromes neuropsiquiátricos–, que pueden estar en el origen de la agitación y que tienen indicación de tratamiento farmacológico.
- Asumiendo las limitaciones derivadas de la enfermedad, debe cultivarse la comunicación, la empatía y el agradecimiento, como bálsamos de prevención y tratamiento de la agitación.

Palabras clave: Agitación • Demencia • Diagnóstico • Síndrome confusional • Síntomas psicológicos y conductuales • Tratamiento.

Demencia: concepto, epidemiología y carga social

En una sociedad cada vez más envejecida, la demencia va camino de convertirse en la verdadera pandemia de nuestro tiempo¹. Rebautizada como “trastorno neurocognitivo mayor”², la demencia se define como una pérdida de capacidades cognitivas debida a enfermedad cerebral que aparece en la edad adulta y que impide la plena realización de las actividades habituales³.

En el momento del diagnóstico, la demencia no debe confundirse con un síndrome confusional (o *delirium*), que también puede aparecer, de forma añadida, en el paciente con demencia. De hecho, el síndrome confusional es especialmente frecuente en el anciano con deterioro cognitivo y presenta a veces una forma “inhibida”, que cursa con retrai-

miento y apatía, y que puede ser muy difícil de distinguir de la evolución natural de la demencia⁴. Por contra, el *delirium* también puede manifestarse de forma “agitada”, siendo entonces difícil de distinguir de las alteraciones psicológicas y conductuales de la demencia (tabla 1).

Los estudios poblacionales muestran un aumento lento pero mantenido de la incidencia de la demencia a partir de los 70 años. Al tratarse en la mayoría de los casos de procesos fisiopatológicos crónicos que no incrementan la mortalidad a corto o medio plazo, la consecuencia epidemiológica es un aumento exponencial de la prevalencia de demencia a partir de los 65 años, que llega a afectar a un tercio de la población mayor de 85 años⁵.

La enfermedad de Alzheimer ocupa, con diferencia, el primer puesto entre las enfermedades o procesos que subyacen a la demencia. En 3 de cada 4 personas con demencia se observan *post mortem* los cambios histopatológicos del Alzheimer,

TABLA 1. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

	Síndrome confusional	SPCD
Curso temporal	Agudo o subagudo (días o semanas)	Subagudo o crónico (semanas o meses)
Signos físicos	Fiebre, alteración respiratoria y del latido cardíaco, hiper- o hipotensión arterial, palidez o cianosis, sudación, temblor	Escasos
Atención	Cambios marcados y rápidos en el nivel de alerta; puede haber disminución del nivel de conciencia (señal de alarma); atención dispersa	Relativamente estable o con cambios lentos (p. ej., empeoramiento vespertino, o en relación con el ritmo sueño-vigilia)
Conducta	Impredecible	Conducta focalizada, en gran medida predecible o explicable por el entorno
Causa	Biológica (sistémica o cerebral)	Habitualmente combinada (base biológica más reacción psicológica o respuesta al entorno)
Manejo	Predominantemente biológico	Global (biopsicosocial)

SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

ya sea de forma aislada o en combinación con otras patologías⁶. En el paciente de edad muy avanzada (a partir de los 90 años), la constatación de patología tipo Alzheimer sigue siendo muy frecuente, pero su correlato con la clínica se debilita y cobran protagonismo otros procesos, como la enfermedad cerebrovascular y los cuerpos de Lewy⁷ (tabla 2).

Las demencias provocan gran sufrimiento, tanto en el paciente como en sus seres queridos, y acarrear un elevado coste económico y social, que tiende a aumentar con el tiempo, en consonancia con un síndrome crónico y habitualmente progresivo. Más de la mitad del coste social de las demencias viene generado por las horas que el familiar cuidador –a

TABLA 2. Causas más frecuentes de demencia en el anciano y su relación con la agitación^a

	Rasgos clínicos típicos	Agitación
Alzheimer	Inicialmente, fallos en la memoria reciente, dificultad para organizar y completar actividades y bloqueos léxicos En fases más avanzadas, apatía junto con identificaciones e interpretaciones erróneas (habla con los personajes de la televisión, cree que le han robado, etc.)	Poco frecuente al inicio (descartar depresión o ansiedad); más frecuente en fases avanzadas, en forma de agresividad hacia el cuidador o fenómeno de la puesta de sol
LATE	Similar al Alzheimer (predominan los fallos de memoria), con un curso clínico más lento	Poco estudiada, posiblemente infrecuente
ECV	Episodios ictales de agravamiento cognitivo que se pueden acompañar de focalidad neurológica (p. ej., desviación de comisura bucal y disartria) Deterioro funcional mayor del esperado con relación al deterioro cognitivo	Poco frecuente (si persiste, sospechar patología asociada)
ECL	Fluctuaciones (“bajones”) cognitivas impredecibles, alucinaciones visuales, parkinsonismo, trastorno de conducta del sueño REM	Frecuente desde el inicio, secundaria a alteración de percepción/pensamiento, ansiedad o depresión
DLFT	Dificultad para organizar y completar actividades, apatía, impulsividad, desinhibición, aplanamiento afectivo y cambios en la conducta alimentaria (variante frontal o conductual) Alteración del lenguaje (variante temporal o afasia primaria progresiva)	Muy frecuente en la variante frontal, en forma de conductas estereotipadas, deambulación, manipulación del entorno (síndrome de Diógenes, coprofilia, etc.)
HCA	Marcha lenta y torpe (“cansancio”), con bloqueos; incontinencia vesical	Puede cursar con depresión agitada

^aSe presentan las patologías cerebrales más frecuentemente asociadas a demencia, por orden de prevalencia.
DLFT: degeneración lobular frontotemporal; ECL: enfermedad con cuerpos de Lewy; ECV: enfermedad cerebrovascular; HCA: hidrocefalia crónica del adulto; LATE: encefalopatía TDP-43 de predominio límbico asociada a la edad; REM: movimientos oculares rápidos.

menudo en edad laboral— debe dedicar a la supervisión o ayuda en las actividades de la vida diaria⁸.

Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Además de los síntomas cognitivos, la demencia se acompaña de alteraciones psicológicas y del comportamiento de distinta índole, también denominadas síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD). Estos síntomas presentan gran variabilidad interindividual en cuanto a su incidencia y gravedad, debido a la influencia de factores psicológicos y sociales⁹ (fig. 1). La presencia de SPCD obliga a una atención más estrecha y compleja, aumenta el estrés de los cuidadores¹⁰ y consume una mayor cantidad de recursos sanitarios y sociales¹¹.

La agitación es uno de los SPCD más frecuentes, con una prevalencia del 45-99%, en función del ámbito de estudio y de las definiciones empleadas¹²⁻¹⁴. La agitación aumenta con la edad y con el deterioro cognitivo, así como en el entorno institucional¹⁵⁻¹⁹. Podemos afirmar que todos los ancianos con demencia sufrirán algún episodio de agitación a lo largo de la enfermedad. Más aún, la agitación retroalimenta el deterioro cognitivo y funcional, disparando el sufrimiento personal y el coste social^{20,21}. El diagnóstico y abordaje terapéutico de la agitación ha de ser, por tanto, un objetivo prioritario para mejorar la calidad de vida del paciente, del familiar cuidador y de los profesionales de atención directa, así como para reducir el coste económico y social de las demencias.

Agitación: definición y fisiopatología

La primera definición y sistematización de la agitación en el anciano con demencia fue propuesta por Jiska Cohen-Mansfield, que definió la agitación como “una actividad verbal, vocal o motora inapropiada que para un observador externo *no es debida a las necesidades o la confusión del individuo agitado*”²². Conviene resaltar esas advertencias, que ofrecen dos elementos clave para el abordaje de la agitación y demás SPCD: valorar en qué medida los síntomas pueden explicarse por el deterioro cognitivo y garantizar que las necesidades básicas (fisiológicas, psicológicas y sociales) estén cubiertas y satisfechas²³. Cohen-Mansfield distingue 29 posibles conductas agitadas, repartidas en cuatro grupos nosológicos: agitación verbal no agresiva (p. ej., pedir continuamente atención), agitación física no agresiva (p. ej., deambular), agitación verbal agresiva (p. ej., gritar) y agitación física agresiva (p. ej., empujar).

Paralelamente al trabajo de Cohen-Mansfield, otros investigadores emprendieron la tarea de sistematizar todas las posibles alteraciones no cognitivas de las demencias (alteracio-

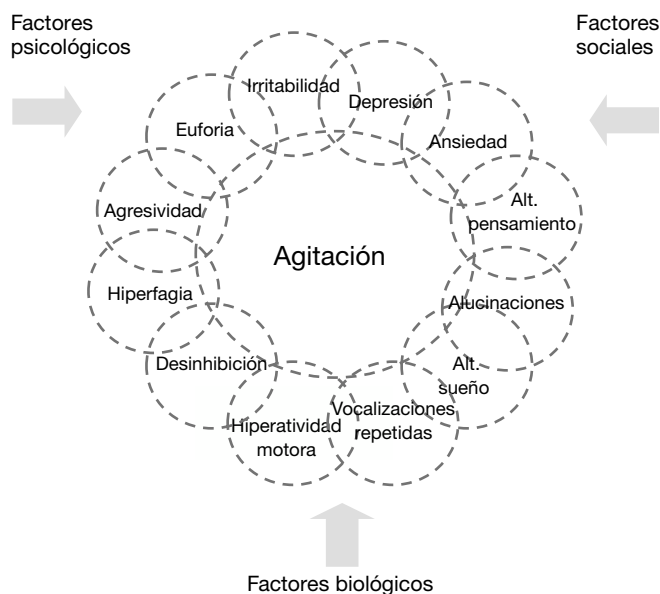


Figura 1. Modelo de comprensión de la agitación como síntoma psicológico y conductual de la demencia.

Alt.: alteración.

nes de percepción, pensamiento, afectividad y conducta), incluida la agitación²⁴⁻²⁷. Una visión sistemática y comprensiva de todos los posibles SPCD, que a menudo aparecen entremezclados, es fundamental a la hora de ahondar en las causas y mecanismos de la agitación y de poder implementar intervenciones racionales y específicas (fig. 1).

Desde la perspectiva fisiopatológica, la agitación ocurre como consecuencia de un daño o disfunción cerebral, habitualmente multifocal o difuso, aunque una lesión localizada (p. ej., en la amígdala o sus conexiones) puede dar lugar también a agitación²⁸. El origen del daño puede ser extracerebral (también denominado sistémico; por ejemplo, intoxicación, sepsis, metástasis, etc.) o intracerebral (accidente cerebrovascular, tumor, etc.). La encefalopatía difusa cursa con síndrome confusional y síntomas muy diversos (p. ej., alteración del lenguaje, delirio y fluctuaciones en el nivel de conciencia en los pacientes con meningocelalitis vírica), mientras que el daño cerebral focal cursa habitualmente con un buen nivel de conciencia y con una alteración de la conducta más predecible y restringida (p. ej., impulsividad, alteración del apetito y desinhibición sexual en los pacientes con lesión en la amígdala). En lo que respecta a la lateralidad, las lesiones cerebrales derechas producen con mayor frecuencia agitación²⁹.

Demencia y agitación

Las distintas causas —neurodegenerativas o estructurales— de demencia presentan patrones topográficos característicos que influyen en la aparición y modos de expresión de la agitación (tabla 2). En la enfermedad de Alzheimer, la agitación

suele ocurrir en el momento de los cuidados (expresada como resistencia o rechazo) o al atardecer (el paciente no reconoce el entorno y quiere “irse a casa” –fenómeno de la puesta del sol–). En la enfermedad con cuerpos de Lewy (ECL), la agitación puede ser consecuencia de la ansiedad, de la depresión o de la alteración de la percepción o pensamiento y es, en general, menos predecible en cuanto al patrón horario o a los posibles factores desencadenantes.

La degeneración lobular frontotemporal (DLFT) incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas en las que predominan las alteraciones del lenguaje y la conducta. Cuando predomina el daño frontal (variante conductual), el paciente presenta tanto apatía como agitación, que se manifiesta en forma de impulsividad, conductas repetidas y estereotipadas (p. ej., repetir una frase) y exploración y manipulación del entorno.

La enfermedad cerebrovascular (ECV) del anciano tiende a producir un tipo “apático” o “inhibido” de demencia, debido al predominio de la enfermedad isquémica de pequeño vaso³⁰, por lo que la presencia de agitación debe hacer sospechar la coexistencia de alguna patología asociada, habitualmente sistémica (síndrome confusional) o neurodegenerativa (enfermedad de Alzheimer).

La hidrocefalia crónica del adulto (HCA) es, tras la ECV, la segunda causa estructural de deterioro cognitivo en el anciano. Esta entidad, de fisiopatología todavía no bien comprendida, se asocia a otros procesos cerebrales neurodegenerativos o estructurales y puede cursar con depresión agitada³¹.

Como ya se ha comentado, no es raro que, en el paciente anciano, la patología cerebral sea combinada⁷. Sin embargo, en contra de lo que podría pensarse, la suma de patologías no incrementa el riesgo de agitación³⁰. Al contrario, el modelo anatomoclínico más aceptado para la explicación de los problemas de conducta en la demencia es el de un daño cerebral focal o asimétrico, en el que la agitación aparecería como resultado de una respuesta, clínicamente florida pero desadaptada, a la pérdida de la anatomía y de la funcionalidad cerebral normal³².

Abordaje sistemático de la agitación

La diversidad clínica y la complejidad etiológica de la agitación en el anciano con demencia hacen necesario un abordaje sistemático y global. Como en todo proceso de aprendizaje, el profesional no experimentado deberá seguir los pasos que se proponen de una forma metódica y ordenada. Conforme crezca la experiencia, el procedimiento será más flexible e intuitivo.

Detección

El primer paso es lógicamente la detección. Detectar la agitación es sencillo para el observador profesional, pero puede ocurrir que el familiar no la refiera, ya sea por un déficit

neurosensorial (muchos cuidadores son también ancianos), por un déficit de percepción/compreensión (falta de sensibilidad) o por una actitud de reserva, respeto o pudor.

Deberá indagarse siempre acerca de posibles conductas agitadas, para lo cual pueden utilizarse términos comprensibles, tales como “intranquilidad”, “inquietud”, “preocupación” o “desasosiego”. Asimismo, se interrogará acerca de otros posibles SPCD (“tristeza”, “retraimiento”, “pérdida de interés”, “irritabilidad”, “impulsividad”, “falta de tacto social”, “agresividad”, “pensamientos, creencias o visiones anómalas”, “cambios en el apetito o la alimentación”, “dificultad para dormir por la noche” o “aumento del sueño por el día”), que podrían estar en el origen de la agitación (fig. 1).

En la primera valoración de un anciano con demencia debe ofrecerse siempre al cuidador, sin que el paciente se percate, la posibilidad de tener una entrevista a solas. En las visitas de revisión volverá a preguntarse de forma sistemática acerca de los síntomas mencionados o, cuando menos, se mantendrá una actitud de alerta.

Tipificación

Tras la detección viene la descripción sintomática y la tipificación diagnóstica, que se realizan mediante la anamnesis y la observación. Es importante conocer el modo de inicio, el tiempo de evolución, el patrón horario y los posibles factores desencadenantes (médicos, psicológicos o sociales). Inicialmente, la anamnesis se orientará hacia la detección de posibles causas médicas o neurológicas distintas de la demencia, para lo cual deben conocerse los antecedentes médicos personales y familiares del paciente. Como ya se ha señalado, la agitación debida a causa médica se manifiesta como un síndrome confusional, en el que típicamente se observan signos físicos (alteración en las constantes vitales, etc.), fluctuaciones en el nivel de atención y un patrón conductual poco o nada predecible³³ (tabla 1). Las causas más frecuentes de síndrome confusional en el anciano con demencia se enumeran en la tabla 3.

Descartado el síndrome confusional, debe definirse el síntoma o síntomas primarios que subyacen o explican la agitación (fig. 1). Será de nuevo un ejercicio narrativo basado en la anamnesis y en la observación. Es el momento de ahondar en las circunstancias asociadas a la conducta o síntoma problema (factores desencadenantes, agravantes y atenuantes) y de comprender el síntoma desde una perspectiva global, teniendo en cuenta la patología cerebral, el grado y perfil de deterioro cognitivo, los posibles desencadenantes sociales y el modo personal de enfermar (tabla 4).

Antecedentes psiquiátricos

Se ha demostrado una conexión fisiopatológica bidireccional entre el Alzheimer y la depresión³⁴ y, aunque menos clara, existe también relación entre la ECV y la depresión, así como entre la DLFT y otros procesos psiquiátricos³⁵. En cual-

TABLA 3. Causas de síndrome confusional en el anciano con demencia

Infecciones	ITU, neumonía, endocarditis, sepsis de otro origen
Fármacos o tóxicos (consumo o privación)	Benzodiacepinas y análogos, opioides, anticolinérgicos, neurolépticos, corticoides, alcohol, anestésicos, polifarmacia
Alteraciones endocrino-metabólicas o carenciales	Hiper- o hipoglucemia, alteraciones tiroideas, alteraciones hidroelectrolíticas, déficit de vitamina B ₁₂ , tiamina o folato
Otras alteraciones sistémicas	Fallo cardíaco, hepático, pulmonar o renal
Procesos que cursan con dolor	Alteraciones musculoesqueléticas, traumatismos, úlceras por presión, situaciones posquirúrgicas
Enfermedades neurológicas	ACV, HSD, crisis epiléptica, meningoencefalitis, tumor cerebral

ACV: accidente cerebrovascular; HSD: hematoma subdural; ITU: infección del tracto urinario.

quier caso, la elevada prevalencia de procesos psiquiátricos en la población (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno de la personalidad) obliga a considerar la existencia de patología psiquiátrica previa al deterioro cognitivo, especialmente cuando los síntomas son muy acusados, no tienen una explicación lógica desde el deterioro cognitivo, o no mejoran con la adaptación del entorno. Tal sería el caso, por ejemplo, de una paciente con deterioro cognitivo de predominio amnésico –sospecha Alzheimer– que, de forma aguda o subaguda, presenta una alteración de percepción y pensamiento elaborada (dice haber sido suplantada por un vecino, que controla y manipula sus pensamientos). O bien el caso de un paciente con deterioro cognitivo que, inopinadamente, comienza a mostrarse expansivo, eufórico e hiperactivo. Es probable que la primera paciente haya tenido episodios psicóticos en el pasado (esquizofrenia) y que el segundo sufra de un trastorno bipolar.

En los pacientes con historia psiquiátrica previa, se indagará acerca de los tratamientos aplicados y la respuesta obtenida. La existencia de una patología psiquiátrica previa afín a la sintomatología actual, que requirió tratamiento farmacológico, obliga al reinicio, mantenimiento o –si no se obtuvo una respuesta satisfactoria en el pasado– modificación de di-

TABLA 4. Pautas generales para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Pautas generales	Ejemplo
Definir el síntoma o conducta problema	Emilio tiene 87 años y Alzheimer moderado-grave (GDS 6-). Opone resistencia en la ducha y reacciona con agresividad (grita y golpea) hacia su cuidadora
Describir el curso e identificar los desencadenantes y consecuencias del síntoma o conducta	Ocurre desde hace unos meses, coincidiendo con la enfermedad coronaria de su esposa, que era quien le ayudaba en el aseo
Interpretar el síntoma en el contexto de la enfermedad (perfil y grado de deterioro cognitivo) y de la perspectiva e historia personal	Emilio padece un Alzheimer avanzado, por lo que probablemente no recuerda, no entiende, o no reconoce a su nueva cuidadora y posiblemente interpreta su presencia como una amenaza. Emilio era una persona cariñosa, pero pudorosa y algo reservada
Eliminar o modificar los desencadenantes lo más pronto posible para evitar que el síntoma vuelva a aparecer	La cuidadora dejará de ir a casa de Emilio durante una semana. La esposa pedirá ayuda a su nieta y ambas irán explicando a Emilio, en la medida en que este se muestre tranquilo y receptivo, que una persona de confianza, llamada Rosa, vendrá pronto a ayudarles, debido a la enfermedad de su esposa
Respetar los gustos premórbidos del paciente y promover la autonomía y la privacidad en lo posible, evitando que sienta mermada su dignidad Ante la confusión del paciente, darle explicaciones sencillas, utilizando también la mirada y los gestos; ofrecerle ayuda y repetir la información cuantas veces sea necesario Validar su experiencia emocional y psicológica, procurando no darle demasiada importancia (puede ayudar un humor respetuoso) En muchas ocasiones, será fundamental cambiar el foco de atención para que el paciente se centre en pensamientos, emociones o actividades más agradables para él En todo momento o situación, transmitir seguridad, tranquilidad y afecto, procurando que el paciente se sienta valorado y útil	Cuando la cuidadora se reincorpore, estará varias semanas familiarizándose con Emilio y ganándose su confianza. Saldrán juntos a caminar al aire libre, especialmente al parque, a ver jugar a los niños (algo que a Emilio le encantaba). La cuidadora le preguntará siempre qué ropa se quiere poner, mostrándole las prendas y dándole a elegir entre dos opciones. Le recordará que tiene que ir a orinar y que puede llamarle si necesita ayuda. Pasado un tiempo, le ofrecerá la posibilidad de ayudarlo con el “aseo general” (Emilio tenía la costumbre de hacerlo una vez por semana), debido a que su esposa está débil. Si Emilio no acepta claramente la ayuda de la cuidadora, se desistirá de inmediato y durante al menos un mes la cuidadora no volverá a ofrecerle su ayuda para el aseo (se recurrirá durante ese tiempo a la ayuda de un familiar)

GDS: Escala de deterioro global; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

cho tratamiento. La recaída de un trastorno de ansiedad, afectivo o psicótico tras la retirada del tratamiento farmacológico puede ser indicación de tratamiento de por vida, considerando acaso la posibilidad de una reducción lenta de dosis, según avanza la demencia³⁶.

Adaptación del entorno

En ausencia de patología psiquiátrica previa (o si esta no requirió tratamiento farmacológico), el abordaje terapéutico será inicialmente no farmacológico, salvo en casos de sufrimiento intenso o de peligro inminente para el paciente o para los que le rodean³⁷. Los distintos SPCD pueden abordarse de manera específica mediante la modificación y adaptación del entorno, que pasa necesariamente por la formación del cuidador. Un entorno familiar rico en estímulos y actividades gratificantes, que cubra las necesidades básicas, facilite en lo posible la autonomía y cuide la autoestima y el descanso, es la

herramienta más poderosa para evitar el error, la frustración, los problemas afectivos y, por ende, la agitación³⁸. En la tabla 5 se ofrecen pautas específicas para la prevención y manejo de los SPCD que subyacen o explican la agitación.

Terapias no farmacológicas

Las terapias no farmacológicas (TNF) son intervenciones no químicas, racionales y replicables, que producen beneficios predecibles y clínicamente relevantes. En las demencias, las TNF abarcan un amplio abanico de intervenciones, tanto en el paciente como en el cuidador³⁹. Como línea terapéutica, las TNF son opcionales, deben adaptarse a las preferencias y valores del paciente, y no sustituyen a los cuidados, que son siempre prioritarios y obligados.

Se ha comunicado mejoría de la agitación con múltiples intervenciones realizadas sobre el paciente (música, estimulación multisensorial, masajes, tacto, aromas, baños term-

TABLA 5. SPCD que pueden cursar con agitación^a

Síntoma	Definición	Manejo específico
Alteración del pensamiento	Creencia o discurso erróneo, ya sea interpretaciones (p. ej., le roban aquello que no encuentra), identificaciones erróneas (p. ej., las personas de la televisión están en la casa o el cuidador es un extraño), o delirios (ideas de robo, abandono, perjuicio, etc., no justificadas)	No contradecirle ni discutir con el paciente la veracidad de su pensamiento; tampoco se le sigue la corriente. Cambiar el foco de atención u orientarle con tranquilidad en el entorno conocido y familiar. Seguir conversando con el paciente si las ideas son coherentes reforzándolas y premiando este discurso. No sentirse acusado si el paciente le señala como culpable de sus problemas (p. ej., robos, pérdida de objetos, abandono)
Ilusiones y alucinaciones	Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones), ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático u otra experiencia sensorial insólita	Mejorar en lo posible los déficit auditivos y visuales. Nunca negarle la alucinación (para el paciente es real). No dejarle solo; pedirle que haga algo o que le cuente algo. Tranquilizarle y acercarse despacio y siempre dentro de su campo visual, identificándose y diciéndole en todo momento quién es usted
Agresividad	Cualquier conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; oposición o resistencia, no justificadas, para recibir la ayuda necesaria	Aproximarse de frente, progresivamente, buscando el contacto visual; adoptar una actitud empática y comprensiva, recordando siempre que un rostro tranquilo y amable es un buen amortiguador de la agresividad. Avisar, negociar y premiar la colaboración. Eliminar los objetos peligrosos del entorno
Depresión	Tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga o falta de esperanza, no justificados, que provocan malestar significativo o pérdida de funcionalidad	Proveer de espacios abiertos, agradables y bien iluminados. Ofrecer conversación, interacción social y actividades agradables (paseos, juegos, etc.). Recordar hechos pasados placenteros o exitosos. Encontrar actividades en las que el paciente pueda sentirse útil
Euforia	Humor anormalmente elevado o inapropiado	No imitar ni reforzar al paciente, no trivializar; intentar colocarlo en el lugar de los demás; corregir u ofrecer afecto de forma tranquila y respetuosa
Ansiedad	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado de forma verbal, gestual o motora (p. ej., pegarse al cuidador)	Reducir estímulos, evitando acontecimientos inesperados. Escuchar sus sentimientos sin ignorarlos ni darles demasiada importancia. Dar explicaciones continuas acerca de lo que ocurre. Utilizar distractores (p. ej., objetos blandos, música suave), infusiones relajantes, masajes. Acompasamiento de la respiración (imitar la respiración del paciente de forma exagerada, acompasar las respiraciones e ir poco a poco entretenciéndolas). Ofrecer compañía y dar seguridad de forma verbal y no verbal (mirarle y cogerle las manos). Caminar con el paciente manteniendo el contacto físico y aportándole seguridad. En demencia ligera, reestructuración cognitiva (p. ej., aprender a confiar en el cuidador), técnicas de relajación (yoga, etc.)

Continúa

TABLA 5. SPCD que pueden cursar con agitación^a (cont.)

Síntoma	Definición	Manejo específico
Desinhibición	Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas	Reaccionar de forma tranquila, sin alarmarse ni castigarle por ello. Corregirle en clave de respeto hacia los demás. Adaptar la ropa con botones especiales para que no se la quite con facilidad. Enseñar a los demás a convivir con los síntomas, comprendiendo y explicando la conducta en el contexto de la enfermedad. Limitar la contención física o farmacológica inmediata a las situaciones de claro riesgo o pérdida de dignidad de alguno de los implicados
Irritabilidad	Mal humor, cambios de humor rápidos no justificados, impaciencia, intolerancia	Reducir la estimulación excesiva del entorno (voces simultáneas, televisión, radio, etc.). Tranquilizarle verbalmente. Acompañamiento de la respiración. Cogerle las manos a la altura de las muñecas y frotarlas suavemente, transmitiendo tranquilidad. Seguir rutinas que todos los cuidadores realicen igual. En demencia ligera, reestructuración cognitiva (aceptar las limitaciones, buscar actividades alternativas y realistas, etc.)
Hiperactividad motora	Deambulación o alguna otra actividad motora que no se explica por necesidades básicas ni por otro SPCD (p. ej., ansiedad)	No impedirlo. En caso de deambulación, proveer de un calzado adecuado y eliminar obstáculos (sillas, muebles, etc.) que dificulten el movimiento, creando así un entorno seguro, con vigilancia constante; transcurrido un tiempo razonable, pasar a su lado e intentar desviar su atención hacia otra actividad (p. ej., gimnasia por imitación, ofrecerle objetos para manipular). Pautas similares en caso de movimientos repetidos de tronco o extremidades: evitar prendas que puedan provocar lesiones, intentar alguna actividad útil –p. ej., rasgar papeles–, ofrecer objetos blandos, etc.
Vocalizaciones repetidas	Cualquier sonido o expresión vocal molesta que no obedece a un cambio en el paciente o en su entorno	Comprobar las necesidades básicas con especial atención al aislamiento social, la falta o exceso de estímulos (p. ej., ruido) y el dolor. Reforzar los momentos de calma (tocarle, darle la mano, hablar de cuestiones intrascendentes, etc.)
Alteración del sueño	Pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico (hipersomnia, insomnio, inversión del ciclo, sueño ligero o fragmentado, movimientos, vocalizaciones)	Alimentos o bebidas excitantes por la mañana (p. ej., café), suaves por la tarde-noche. Actividad física durante el día, con exposición a la luz solar. Reducir el tiempo de siesta. Evitar la ingesta de líquidos 2 horas antes de acostarse, crear un “ritual” (orinar antes de acostarse, etc.). Dormitorio tranquilo con temperatura adecuada. Manejar la iluminación y evitar ruidos u otros estímulos nocturnos. Si se levanta, tranquilizarle, orientarle y acompañarle para dormir
Hiperfagia	Impulso elevado para la ingesta	Evitar la exposición a los alimentos o sustancias que puedan ingerirse

^aDefiniciones adaptadas del Inventario neuropsiquiátrico²⁷.
SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

les, etc.), pero se trata en la mayoría de los casos de estudios observacionales o de baja calidad^{40,41}. Dada la amplia variabilidad de casos y sintomatología, las intervenciones suelen tener un formato flexible e individualizado, a menudo con una aproximación del tipo “ensayo y error” que, sin dejar de ser plenamente legítima, dificulta la replicabilidad⁴². En ensayos clínicos de calidad aceptable, se ha descrito mejoría en la agitación tras la aplicación de programas de estimulación multisensorial, musicoterapia o masajes, si bien los efectos fueron habitualmente transitorios^{40,41,43-46}.

Resultados más sólidos y homogéneos se han obtenido con las TNF realizadas sobre el cuidador, ya sea familiar o profesional. En concreto, los programas de educación o asesoramiento basados en la adaptación del entorno, el ma-

nejo de los problemas de conducta y, en el caso del cuidador familiar, la reestructuración cognitiva (manejo de sentimientos de culpa, etc.) previenen y reducen los SPCD del paciente y alivian la carga y el malestar psicológico del cuidador^{39,45,47}.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la agitación resulta, en general, menos eficaz y seguro que la adaptación del entorno⁴⁸ y que las TNF, por lo que solo está justificado en caso de sintomatología intensa o en situaciones de peligro o riesgo inminente para el paciente o para quienes le rodean.

Tratamiento en fase aguda

Nos referimos aquí a las situaciones de peligro o riesgo inminente en las que la agitación del paciente pone en peligro su vida o su integridad, es una amenaza para los que le rodean, o impide la puesta en marcha de un plan de cuidados. Es el caso, por ejemplo, de un paciente que debe permanecer en reposo para que consolide una fractura, o que presenta una agresividad incontrolada que impide su estudio o los cuidados. Pueden administrarse en este contexto benzodiacepinas de vida media corta o intermedia o neurolépticos, ya sea por vía oral o parenteral, de manera transitoria, hasta que la crisis se resuelva (tabla 6).

Tratamiento farmacológico específico

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico específico para la agitación debe revisarse la posible contribución de alguno de los fármacos que esté tomando el paciente, debe valorarse la retirada de los fármacos innecesarios –para evitar posibles interacciones o efectos adversos– y debe optimizarse el tratamiento farmacológico del deterioro cognitivo (fig. 2). En concreto, la rivastigmina mejora la alteración del pensamiento y de la percepción, mientras que la memantina mejora la agresividad, algo que puede ser suficiente en algunos pacientes. A la inversa, no es infrecuente que los inhibidores de la colinesterasa (rivastigmina, donepezilo o galantamina) se empleen erróneamente en pacientes con DLFT, empeo-

TABLA 6. Tratamiento farmacológico de la agitación intensa en fase aguda

	Fármaco	Vía de administración: posología ^a	Indicaciones	Comentarios
Benzodiacepinas	Loracepam	• Oral: 0,5-3 mg, 2-3/día	Ansiedad	Riesgo intermedio de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica (aumento de la agitación); eliminación renal, metabolismo hepático; la retirada debe ser siempre lenta
	Diacepam	• Oral: 1-5 mg, 2-4/día • i.v. o i.m. ^b : 2,5-10 mg, 2-4/día	Ansiedad, privación alcohólica, crisis epilépticas	Riesgo elevado de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica; metabolismo hepático; la retirada debe ser siempre lenta
	Midazolam	• Oral: 2,5-7,5 mg • i.v. o i.m. ^b : 2,5-5 mg (dosis única)	Sedación ultrarrápida	Riesgo intermedio de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica; metabolismo hepático
Neurolépticos	Quetiapina	• Oral: 25-50 mg, 3/día (comprimidos de liberación inmediata) o 50-200 mg, 1-2/día (comprimidos de liberación retardada)	Psicosis, trastorno bipolar	Mucha precaución en cardiopatía y riesgo vascular (aumento de glucemia, lípidos e intervalo QT); metabolismo hepático (CYP3A4); riesgo bajo de parkinsonismo (de primera elección en enfermedad de Parkinson o demencia con cuerpos de Lewy)
	Risperidona	• Oral: 0,5-1 mg, 2/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos), agresividad	Precaución en cardiopatía y riesgo vascular; metabolismo hepático; riesgo de parkinsonismo dependiente de la dosis
	Ciprasidona	• Oral: 20-40 mg, 1-2/día • i.m.: 5-10 mg, máximo 20 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos o mixtos)	Precaución en cardiopatía y riesgo vascular (aumento de glucemia, lípidos e intervalo QT); metabolismo hepático; riesgo intermedio de parkinsonismo
	Aripiprazol	• Oral: 5-10 mg, 1/día • i.m.: 3,75-9,75 mg, máximo 19,5 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos)	Metabolismo hepático (CYP2D6 y CYP3A4); riesgo intermedio de parkinsonismo; bajo riesgo metabólico o de aumento del intervalo QT
	Olanzapina	• Oral: 2,5-10 mg, 1/día • i.m.: 2,5 mg, máximo 10 mg/día	Psicosis, ansiedad	Efecto sedante; metabolismo hepático (CYP1A2); alto riesgo metabólico; riesgo cardíaco intermedio
	Haloperidol	• Oral: 0,25-2,5 mg, 1-2/día • i.m.: 2,5 mg, máximo 10 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos), agresividad	Efecto potente; riesgo metabólico y cardíaco bajo; alto riesgo de parkinsonismo (evitar tratamientos prolongados)

^aLa posología se describe como miligramos por dosis, seguido del número de dosis o de la cantidad máxima de fármaco en 24 horas.
^bVía menos recomendable (ritmo de absorción impredecible).
i.m.: intramuscular; i.v. intravenosa.

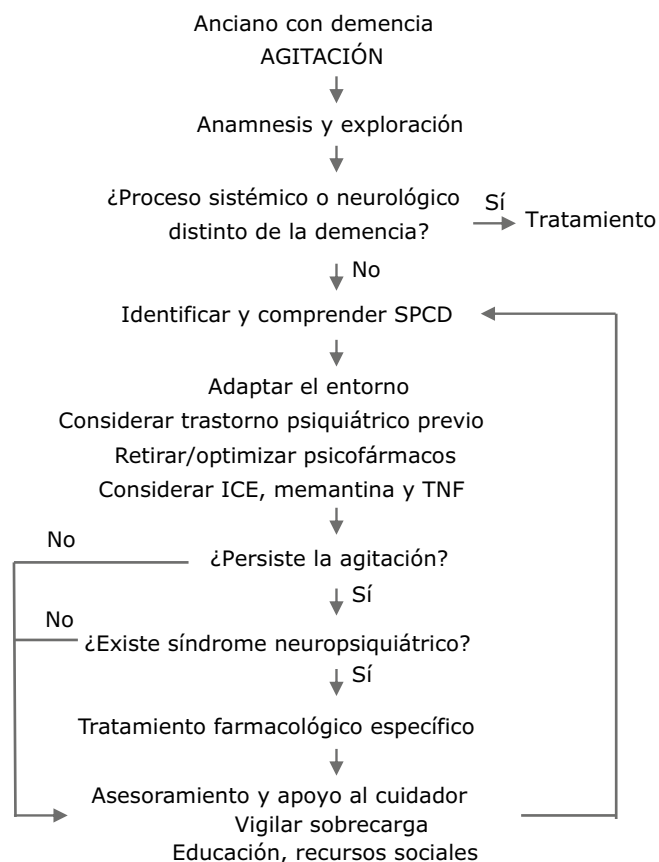


Figura 2. Abordaje de la agitación en el anciano con demencia.

ICE: inhibidores de la colinesterasa; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; TNF: terapias no farmacológicas.

rando la agresividad. Tampoco es raro que el donepezilo se administre por la noche, dando lugar a un empeoramiento del sueño.

La agitación del anciano con demencia puede beneficiarse del tratamiento farmacológico, siempre y cuando este se lleve a cabo de una manera racional y segura. Lamentablemente, los ancianos con demencia reciben con frecuencia tratamientos injustificados o inadecuados para la agitación, ya sea por falta de indicación médica (tratamiento injustificado) o por falta de correspondencia entre los síntomas y el fármaco escogido (tratamiento incorrecto o inadecuado). En otras ocasiones, la indicación existe, pero el elevado riesgo de efectos adversos desaconseja el tratamiento u obliga a una revisión periódica del mismo.

Recientemente, un grupo de expertos de nuestro país ha desarrollado la metodología CHROME (acrónimo derivado de *CHEMical Restraints avOidance METHodology*), que ofrece criterios para identificar a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento y para guiar en el uso de los psicofármacos³⁶. Los criterios CHROME definen seis agrupaciones sintomáticas –síndromes neuropsiquiátricos–, que pueden estar en el origen de la agitación y que tienen indicación de tratamiento farmacológico (tabla 7). Es aconsejable escoger un

solo síndrome que pueda explicar todos o la mayor parte de las alteraciones de pensamiento, afectivas y conductuales del paciente. Dentro de los tipos farmacológicos indicados (p. ej., antidepresivos) se escogerá el fármaco que mejor se adapte al perfil sintomático y a la comorbilidad. Por ejemplo, en un paciente con depresión y agresividad podemos interpretar la segunda como consecuencia de la primera y elegir un tratamiento antidepresivo para tratar los dos síntomas, si bien elegiremos un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), por ejemplo, el escitalopram, antes que un antidepresivo dual (serotoninérgico y noradrenérgico), que podría aumentar la iniciativa y, por tanto, empeorar la agresividad (tabla 8).

En general, se iniciará el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada en los adultos, pudiendo variar en función de la edad, el peso, el sexo y gravedad de los síntomas. Una vez instaurado el tratamiento, debe vigilarse la respuesta y la seguridad. Los beneficios deberían aparecer al cabo de 1-3 días, en el caso de las benzodiazepinas y neurolepticos, o al cabo de 3-4 semanas, en el caso de los antidepresivos. Hay que vigilar las funciones vitales, el nivel de alerta, las capacidades cognitivas y funcionales (en especial la función motora) y la comorbilidad propia de cada paciente (factores de riesgo vascular, función respiratoria, cardíaca, renal, hepática, etc.).

El éxito o fracaso del tratamiento se juzgará sopesando la mejoría sintomática y los efectos adversos no deseados, una vez se haya alcanzado una dosis razonable. Debe advertirse que, en los ancianos con demencia, el efecto sintomático específico suele alcanzarse con dosis bajas, mientras que el aumento de dosis eleva el riesgo de sedación, mayor agitación y efectos adversos graves (caídas con fractura, aspiración, etc.). En caso de fracaso terapéutico con dosis bajas-intermedias, es preferible reconsiderar el diagnóstico sindrómico y sustituir –antes que añadir– el fármaco.

En los pacientes con respuesta satisfactoria, debe intentarse una retirada progresiva del fármaco, que se iniciará tras 1-2 semanas en el caso de las benzodiazepinas y tras 2-3 meses en el caso de los neurolepticos. Para los antidepresivos que muestren eficacia y tolerabilidad, el tiempo de tratamiento será de al menos un año. Si se observa recaída durante la retirada, puede volverse a la dosis previa, pudiendo optarse por períodos de tratamiento más largos, en especial en los pacientes con patología psiquiátrica previa, que pueden precisar tratamiento de por vida³⁶.

Asesoramiento y apoyo al cuidador

Satisfechos los aspectos directamente relacionados con el paciente, el círculo asistencial quedará abierto o incompleto si no se atienden las necesidades logísticas y psicológicas del cuidador⁴⁹. La demencia del ser querido es el desencadenante de un proceso que provoca profundos cambios vitales

TABLA 7. Síndromes neuropsiquiátricos y fármacos indicados^a

	Definición	Fármacos de primera elección	Fármacos de segunda elección
Síndrome depresivo	Alteración del estado de ánimo que se manifiesta como tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga o falta de esperanza, que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante las últimas 2 semanas), supone un cambio con respecto al estado previo y provoca un malestar significativo o una pérdida de funcionalidad	ISRS (escitalopram, citalopram, sertralina), antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetina), otros antidepresivos (mirtazapina, vortioxetina, bupropión)	
Síndrome ansioso	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado como miedo o aprensión sobre el presente o el futuro o como quejas somáticas (dolor de cabeza, molestias gástricas, ganas de orinar, sequedad de boca, etc.) que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante las últimas 2 semanas) y que provoca un malestar significativo o una pérdida de funcionalidad	ISRS (escitalopram, citalopram, sertralina), antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetina), otros antidepresivos (mirtazapina, trazodona)	Benzodiacepinas de vida media corta/intermedia (loracepam, lormetacepam); gabapentina, pregabalina; neurolépticos atípicos (quetiapina, olanzapina) ^b
Síndrome psicótico	Creencias, narraciones (ideas de robo, abandono, perjuicio, infidelidad, etc.) o percepciones (de tipo visual, auditivo, u otro) falsas, que ocurren de forma persistente (la mayoría de los días durante los últimos 7 días) y que provocan un malestar o riesgo significativo o una pérdida de funcionalidad	Neurolépticos atípicos (quetiapina, risperidona, aripiprazol, cprasidona)	Clozapina
Síndrome impulsivo	Falta de previsión o de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas que ocurre de forma persistente (la mayoría de los días en las últimas 2 semanas) y que provoca un malestar o riesgo significativo, una pérdida de funcionalidad o una pérdida de dignidad o consideración social	Antidepresivos serotoninérgicos con perfil sedante (sertralina, citalopram, escitalopram, trazodona)	Antiepilépticos (valproato, gabapentina, pregabalina, carbamacepina, oxcarbamacepina, zonisamida), neurolépticos atípicos
Síndrome maníforme	Alteración del estado de ánimo, que se manifiesta como exaltación del ánimo, sentimiento de mayor energía, hiperactividad, irritabilidad, enfado, disminución de la necesidad de descansar e impulsividad que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante al menos una semana) y que provoca un riesgo significativo o una pérdida de funcionalidad	Antiepilépticos (valproato, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato), neurolépticos atípicos (quetiapina)	Litio
Alteración del sueño	Pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico (hipersomnia, insomnio, inversión del ciclo, sueño fragmentado, etc.), que aparece de forma persistente (más de la mitad de los días en las últimas 2 semanas) y que produce un malestar significativo, un riesgo, o una pérdida de funcionalidad	Benzodiacepinas de vida media corta (loracepam, lormetazepam) o análogos (zolpidem, zopiclona); otros (clometiazol, trazodona, mirtazapina, gabapentina, pregabalina, melatonina), productos naturales (valeriana, passiflora)	Neurolépticos atípicos (quetiapina, olanzapina)

^aPara poder establecer el diagnóstico, los síntomas no pueden ser explicados en su totalidad por un trastorno médico asociado (infección, dolor, etc.), por una determinada medicación (incluidos los propios psicofármacos), por un entorno estresante, por necesidades básicas no cubiertas (necesidades fisiológicas, falta de estímulos, etc.), por cambios en el entorno, por un acontecimiento vital (p. ej., fallecimiento de un ser querido), o por el deterioro cognitivo.

^bÚltima opción.

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Adaptado de Olazarán-Rodríguez et al.³⁶.

en el cuidador. Cuando a la realidad interna personal de fortalezas y vulnerabilidades se le suma el tener que cuidar de las necesidades físicas y emocionales de un familiar, las vivencias psicológicas pueden ser de una elevada complejidad. Esta situación de estrés crónico puede provocar un desgaste o vaciamiento emocional, con importantes consecuencias psicológicas, físicas, sociales y económicas⁵⁰ que repercuten en la persona con demencia y que alcanzan a todo el sistema familiar⁵¹.

Como en cualquier relación humana, para poder atender el proceso del cuidador de una persona con una enfermedad crónica, es necesario que el profesional ofrezca un tiempo de calidad para la entrevista que permita al cuidador expresarse con confianza y al médico captar las diferencias individuales de cada uno de sus pacientes y de los modos de reaccionar del cuidador. El médico no siempre está preparado o tiene la necesaria disposición y disponibilidad para captar las necesidades afectivas o los mecanismos psicológicos de

TABLA 8. Fármacos recomendados para los síndromes neuropsiquiátricos

	Fármaco	Dosis (mg/día)	N.º de tomas al día	Comentarios
ISRS	Sertralina	25-100	Toma única, por la mañana	Buena tolerancia y seguridad
	Escitalopram	5-10 ^a	Toma única, por la mañana	Potente efecto antidepressivo y ansiolítico; puede empeorar la movilidad y el temblor
	Citalopram	10-20 ^a	Toma única, por la mañana	Ligero efecto sedante
Otros antidepressivos serotoninérgicos	Vortioxetina	5-20	Toma única, por la mañana o a mediodía	Buena tolerancia y seguridad; mejora el rendimiento cognitivo
	Trazodona	25-200	Una a tres tomas, preferiblemente por la noche	Mejora el sueño (en toma nocturna); efecto antidepressivo a dosis altas; efecto sedante
Antidepressivos duales	Venlafaxina	37,5-150	Toma única, por la mañana	Potente efecto antidepressivo y ansiolítico; seguro y bien tolerado; serotoninérgico a dosis bajas, efecto dual (serotoninérgico y noradrenérgico) con dosis altas
	Duloxetina	30-60	Una o dos tomas	Mejora el dolor neuropático y el rendimiento cognitivo; puede aumentar la tensión arterial
	Mirtazapina	7,5-45	Una o dos tomas al día, preferiblemente por la noche	Mejora el sueño (en toma nocturna); puede mejorar el apetito y el temblor; puede aumentar la tensión arterial
Benzodiacepinas de vida media corta	Loracepam	0,5-3	Una a tres tomas	Induce el sueño; puede producir efecto paradójico; alto riesgo de dependencia
	Lormetacepam	0,5-3	Una a tres tomas	Induce el sueño; puede producir efecto paradójico; alto riesgo de dependencia
Neurolépticos	Quetiapina	12,5-200	Una a tres tomas, preferiblemente por la noche	Antipsicótico débil; efecto sedante; elevado riesgo metabólico y cardiovascular; no produce parkinsonismo
	Risperidona	0,25-2	Una a tres tomas	Antipsicótico potente; riesgo metabólico y cardiovascular intermedio; produce parkinsonismo

^aRiesgo cardíaco (prolongación del intervalo QT) a dosis más altas.
ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

los cuidadores. Para poder llevar a cabo un proceso de acompañamiento, puede ser útil que el profesional sea consciente de su experiencia personal con situaciones de sobrecarga. Captar las propias limitaciones y vulnerabilidades evita reacciones defensivas y predispone hacia una mayor escucha, empatía, apertura y disponibilidad en la relación de cuidado^{52,53}.

Para poder llevar a cabo un asesoramiento y acompañamiento de calidad, es necesario ofrecer un encuadre de trabajo conjunto, con posibles visitas de seguimiento, en el que además del médico participen otros profesionales, en especial el psicólogo y el trabajador social. El cuidado de un familiar con demencia exige una atención permanente⁵⁴, por lo que los profesionales deben permanecer atentos a los posibles mensajes de sobrecarga y deben también buscarla de forma activa (tabla 9). En función del grado de sobrecarga y

del riesgo de desarrollo de patología psiquiátrica se desplegarán distintas estrategias o niveles de actuación⁵⁵ (tabla 10).

La sobrecarga del cuidador viene condicionada por factores del cuidador y del paciente, así como por la situación familiar y contexto socioeconómico. El conocimiento de estos factores facilitará el asesoramiento y abrirá múltiples vías de actuación.

Factores familiares y del cuidador

En el momento en el que se desencadena un proceso de demencia en un sistema familiar, existe en cada uno de sus integrantes una serie de vulnerabilidades y fortalezas previas. Algunos factores de vulnerabilidad del cuidador son su estado de salud (física y mental), la personalidad (p. ej., la hiperresponsabilidad y perfeccionismo, que se asocian a mayor tensión emocional) y las habilidades sociales y de

TABLA 9. Indicadores de sobrecarga del cuidador

Indicador	Preguntas para la detección/valoración
No puede hablar de los propios sentimientos sin dolor intenso	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto de difícil le resulta a usted hablar de cómo se siente con respecto a la enfermedad de su familiar y las consecuencias para usted y su familia? • ¿Se siente capaz de hablar de ello?
Aumento de irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Nota usted que reacciona desproporcionadamente a cosas sin importancia? • ¿Últimamente chillaba o alza la voz con demasiada facilidad? • ¿Se siente usted constantemente de mal humor? • ¿En algún momento ha estado usted tan enfadado que ha llegado a romper algo o hacer daño a alguien o a sí mismo en un momento de ira?
Utilización desmesurada de bebidas alcohólicas, tabaco o psicofármacos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha notado que últimamente ha aumentado su consumo de alcohol, tabaco o fármacos para la ansiedad o el sueño?
Alteración del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El estado de su familiar le permite descansar? • ¿Descansa habitualmente en un cuarto distinto al del familiar? • ¿Le cuesta conciliar el sueño? • ¿Se despierta con frecuencia por las noches sin motivo? • ¿Durante el día se siente cansado y somnoliento? • ¿Duerme más horas que antes?
Fatiga constante	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se percibe usted más cansado de lo habitual? • ¿Siente que le falta energía para hacer lo que hacía antes con normalidad?
Alteración del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se nota usted más inquieto y preocupado de lo habitual? • ¿Ha sentido de forma recurrente ganas de llorar, angustia, opresión en el pecho o taquicardias?
Sentimiento de culpa intenso	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se suele recriminar a sí mismo por errores que no tienen demasiada importancia? • ¿Se critica interiormente por lo que hace o dice? • ¿Se queda habitualmente insatisfecho con su labor? • ¿Le cuesta delegar el cuidado de su familiar en otras personas del entorno? • ¿Siente que su familiar demanda que sea usted quien únicamente le cuide?
Abandono del tiempo de ocio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha dejado de realizar actividades fuera de casa que antes le resultaban agradables? • ¿Ha dejado de hacer cosas en casa (p. ej., ver la televisión, coser, tejer, leer el periódico o una novela) que antes le resultaban agradables?
Sentimiento de soledad y/o falta de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente acompañado por otras personas en la tarea de cuidar de su familiar?
Alteración de los hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se nota usted con falta de apetito? ¿Se salta alguna comida? • ¿Se da cuenta de si ha comido en exceso o se da atracones de comida?
Mala cumplimentación de los tratamientos o hábitos sanitarios habituales.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está atento a sus propias revisiones médicas? • ¿Ha notado que pospone tratarse sus propios asuntos de salud?
Pensamientos de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sentido últimamente que no tiene ganas de continuar, que le faltan ganas de vivir? • ¿Ha perdido toda esperanza? • ¿Siente su vida como una carga pesada? <p>Solo en caso de que sean afirmativas las anteriores se puede preguntar con claridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha pensado realmente en quitarse la vida?

Elaborada a partir de Rojas et al, 2007⁵⁴.

comunicación (p. ej., la empatía y la escucha activa, que facilitan la obtención de ayuda). En la tabla 11 se describen factores que pueden influir en la presencia de malestar y sobrecarga en el cuidador, así como posibles modos de intervención.

Ante una situación de riesgo o leve sobrecarga, se ofrecerán los diferentes dispositivos que existen para el apoyo y asesoramiento al cuidador de una persona con demencia (p. ej., servicios sociales y asociaciones de familiares). Se ha demostrado que cuanto antes participan los cuidadores y las familias en los servicios y programas de intervención en los que se les proporciona información sobre la enfermedad, có-

mo cuidar y cuidarse⁵⁶, dinámica de grupos⁵⁰ o trabajo directo con el sistema familiar y su funcionamiento⁵⁷, más útiles resultan estos programas. Además, como ya se ha comentado, diferentes TNF dirigidas al cuidador han mostrado efectos positivos tanto sobre el cuidador como sobre la persona cuidada, con reducciones significativas en la agitación^{39,45,47,58,59}.

Si el profesional decidiera el acompañamiento desde atención primaria (p. ej., el cuidador tiene mucha confianza con el médico, no puede, o no desea acudir a otros servicios), deberá estar atento a los indicadores de aumento de la sobrecarga y ser siempre prudente en sus intervenciones.

TABLA 10. Actuaciones del equipo de atención primaria ante los distintos niveles de sobrecarga del cuidador	
Acciones asistenciales	Actitud asistencial
Escuchar y acoger al cuidador	Atiende y valida
Escuchar y acompañar al cuidador con riesgo de desarrollar sobrecarga: 1. Tener presentes y valorar los factores de riesgo o vulnerabilidad y las fortalezas en el proceso de cuidado 2. Puede llevar a cabo el asesoramiento cuando existen evidencia de que los factores de riesgo o vulnerabilidad predominan sobre los factores protectores	Acompaña y asesora
Prevenir y orientar al cuidador ante la presencia de síntomas de sobrecarga: 1. Acompañar, asesorar e intervenir en la persona que cuida a lo largo de todo el proceso de cuidado de un familiar 2. Vigilar y atender los factores de riesgo de evolución patológica de los síntomas de estrés en el cuidador 3. Compartir algunos procesos de sobrecarga con síntomas patológicos con el equipo de salud mental	Interviene y comparte
Intervenir directamente o derivando al cuidador: 1. Ante la presencia de sobrecarga intentar intervenir para prevenirla si es posible o derivar a servicios psicosociales comunitarios o servicios especializados 2. Si cumple los criterios de algún cuadro psicopatológico de las clasificaciones psiquiátricas habituales derivar al equipo de salud mental psicológicamente orientado	Interviene y deriva

Adaptado de: Tizón 2017⁵⁵.

TABLA 11. Factores de sobrecarga y modos de actuación			
Expresión del cuidador	Factor	Posibles repercusiones	Cómo actuar
Siempre ha sido así, pero con la edad es peor	Conocimientos escasos de la enfermedad	No se buscan ayudas, ya que el paciente es el causante de lo que le pasa	Explicar que la causa de los síntomas se debe a la enfermedad
Cuando quiere lo hace... ¿me está tomando el pelo?		Trato inadecuado hacia la persona cuidada. Agresividad velada	Poner el foco en la relación de cuidado: lo que uno hace puede afectar al otro
Las personas mayores con demencia son débiles o como niños	Estereotipos	La sobreprotección puede ocasionar alteraciones afectivas o conductuales en la persona cuidada	Comentar la importancia de favorecer la independencia y autonomía
¡No doy abasto! Tengo que satisfacer todas sus necesidades en el instante en que me lo pide	Creencias no adaptativas	No proporcionarse los autocuidados necesarios	Explicar la necesidad de poner límites a las demandas inadecuadas de nuestro familiar
Prefiero no contar a mi familia o amigos cómo me siento para no preocuparles		Acumulación de preocupaciones y tensión emocional	Dar un espacio de desahogo, comprensión a través de la escucha sin prejuicios o críticas
Yo estoy bien... me siento bien, de verdad (cara triste, baja los ojos)		No se reconocen pensamientos negativos y sentimientos ambivalentes (amor-odio, entereza-debilidad)	Si se expresa alguna emoción ambivalente, reflejarla y decirle que es normal sentir conflictos internos a veces en el cuidado
Nadie puede cuidar a mi familiar como yo (o mis hijos)		Se evitan situaciones negativas	Recordar y reconocer su derecho a mantener un espacio vital, físico y psicológico propio
Me siento mal si dedico tiempo para mí		Dificultad para aceptar ayuda familiar o comunitaria o para tomarse momentos de respiro	Ofrecerles las ayudas que realmente necesitan
Bueno, cuando yo ya no pueda... buscaré ayuda		Se favorece el "rol de cuidador"	
Es que solo está tranquilo conmigo	Presencia de SPCD	Desconexión progresiva de las propias necesidades básicas (aficiones, alimentación, aseo)	
En cuanto se queda solo en casa se va a beber al bar (la familia lo sabe, pero no toman la iniciativa para que el paciente no se quede solo)		Desgaste y pérdida de control Culpa	
		Conductas evitativas Sentimientos ambiguos Tensión emocional Insomnio Sentimientos de indefensión	Compartir que la situación difícil que viven no necesariamente tiene que impregnar todas las vivencias o momentos de su vida
			Informar sobre la existencia de pautas que se pueden aprender y ayudan a manejar algunos comportamientos difíciles

Continúa

TABLA 11. Factores de sobrecarga y modos de actuación (cont.)

Expresión del cuidador	Factor	Posibles repercusiones	Cómo actuar
Mis hijos me dicen que ya tienen bastante con todo lo que tienen encima	Actuaciones familiares y sociales	La falta de disposición familiar o social predispone a las crisis y conflictos familiares y resta ayuda en la toma de decisiones y búsqueda de recursos	Proporcionar información sobre lo positivo de recibir ayuda y compartir las tareas de cuidado con otros familiares, profesionales o servicios (centro de día, ayuda a domicilio, residencia, asociaciones de Alzheimer)
Cuando hablo con ellos solo me dicen qué y cómo tengo que hacer las cosas. Me siento peor y no valorado		Aislamiento en el cuidador principal	Hay más personas que están viviendo esta situación que te pueden ayudar. Decirle que no está solo
Nuestras amistades han dejado de llamar para quedar con nosotros			

Elaborada a partir de Gil et al, 2008⁵⁰ y Losada et al, 2017⁵¹.
SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

Factores de la persona cuidada

Como ya se ha expuesto, la demencia disminuye las capacidades cognitivas de la persona colocándola en una situación de vulnerabilidad y estrés, que provoca la aparición de reacciones desproporcionadas o inadecuadas ante estímulos, que en ocasiones normales no se presentarían⁵¹. La existencia de SPCD puede ser producto directo del daño neurológico, un indicador de falta de bienestar, el resultado de una adaptación de la persona enferma para responder a un problema, o una suma de factores⁶⁰ (fig. 1).

En ocasiones, la persona con demencia desarrolla una dependencia psicológica del cuidador, claramente disfuncional, demandando constantemente su atención. Estas reacciones pueden deberse a la presencia de estímulos o experiencias vividas como amenazantes, desesperanzadoras o inesperadas, o estar retroalimentadas por actitudes sobreprotectoras derivadas de pensamientos disfuncionales o creencias no adaptativas del cuidador (tabla 11). El profesional debe permanecer alerta para evitar esta situación que, una vez establecida, es muy difícil de romper.

En la atención a las personas con demencia, el foco debe estar tanto en el paciente como en el cuidador, ya que la calidad de vida de ambos está totalmente entrelazada. Asumiendo las limitaciones derivadas de la enfermedad, debe cultivarse la comunicación, la empatía y el agradecimiento, como bálsamos de prevención y tratamiento de la agitación.

Bibliografía

- Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017;13:1-7. doi: 10.1016/j.jalz.2016.07.150
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.ª ed. American Psychiatric Association; 2013.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:263-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Morandi A, Davis D, Bellelli G, Arora RC, Caplan GA, Kamholz B, et al. The diagnosis of delirium superimposed on dementia: an emerging challenge. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18:12-8. doi: 10.1016/j.jamda.2016.07.014
- de Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009;9:55. doi: 10.1186/1471-2377-9-55
- Jellinger KA, Attems J. Neuropathological evaluation of mixed dementia. *J Neurol Sci*. 2007;257:80-7. doi: 10.1016/j.jns.2007.01.045
- Corrada MM, Berlau DJ, Kawas CH. A population-based clinicopathological study in the oldest-old: the 90+ study. *Curr Alzheimer Res*. 2012;9:709-17. doi: 10.2174/156720512801322537
- Olazarán J, Agüera-Ortiz L, Argimón JM, Reed C, Ciudad A, Andrade P, et al. Costs and quality of life in community-dwelling patients with Alzheimer's disease in Spain: results from the GERAS II observational study. *Int Psychogeriatr*. 2017;29:2081-93. doi: 10.1017/S1041610217001211
- van der Linde RM, Denning T, Stephan BC, Prina AM, Evans E, Brayne C. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2016;209:366-77.
- de Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FR. A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2005;17:577-89. doi: 10.1017/S1041610205002292
- Murman DL, Chen Q, Powell MC, Kuo SB, Bradley CJ, Colenda CC. The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*. 2002;59:1721-9. doi: 10.1212/01.wnl.0000036904.73393.e4
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1996;46:130-5. doi: 10.1212/wnl.46.1.130
- Tractenberg RE, Weiner MF, Thal LJ. Estimating the prevalence of agitation in community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14:11-8. doi: 10.1176/jnp.14.1.11
- Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:632-8. doi: 10.1002/gps.1722
- Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:170-7. doi: 10.1002/gps.1858
- Joller P, Gupta N, Seitz DP, Frank C, Gibson M, Gill SS. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician*. 2013;59:255-60.
- Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:537-45. doi: 10.1002/gps.1949
- Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, Ballard C, Baldwin R, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011;378:403-11. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60830-1. Epub 2011 Jul 19.

19. Livingston G, Barber J, Marston L, Rapaport P, Livingston D, Cousins S, et al. Prevalence of and associations with agitation in residents with dementia living in care homes: MARQUE cross-sectional study. *BJPsych Open*. 2017;3:171-8. doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005181
20. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:917-27. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181d5745d
21. Panca M, Livingston G, Barber J, Cooper C, La Frenais F, Marston L, et al. Healthcare resource utilisation and costs of agitation in people with dementia living in care homes in England: the Managing Agitation and Raising Quality of Life in Dementia (MARQUE) study. *PLoS One*. 2019;14:e0211953. doi: 10.1371/journal.pone.0211953
22. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:711-21. doi: 10.1111/j.1532-5415.1986.tb04302.x
23. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Milton Keynes: Open University Press; 1997.
24. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987;48 Suppl:9-15.
25. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14. doi: 10.1212/wnl.44.12.2308
26. Finkel SI, Costa e Silva 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. *Int Psychogeriatr*. 1996;8 Suppl 3:497-500. doi: 10.1017/s1041610297003943
27. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Suppl 6):S10-6. doi: 10.1212/wnl.48.5_suppl.6.10s
28. Miller CWT, Hodzic V, Weintraub E. Current Understanding of the neurobiology of agitation. *West J Emerg Med*. 2020;21:841-8. doi: 10.5811/westjem.2020.4.45779
29. Braun CM, Larocque C, Daigneault S, Montour-Proulx I. Mania, pseudomania, depression, and pseudodepression resulting from focal unilateral cortical lesions. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1999;12:35-51.
30. Esteban de Antonio E, López-Álvarez J, Rábano A, Agüera-Ortiz L, Sánchez-Soblechero A, Amaya L, et al. Pathological correlations of neuropsychiatric symptoms in institutionalized people with dementia. *J Alzheimers Dis*. 2020 Nov 6. doi: 10.3233/JAD-200600.
31. Israelsson H, Allard P, Eklund A, Malm J. Symptoms of depression are common in patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus: the INPH-CRasH Study. *Neurosurgery*. 2016;78:161-8. doi: 10.1227/NEU.0000000000001093
32. Casanova MF, Starkstein SE, Jellinger KA. Clinicopathological correlates of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Acta Neuropathol*. 2011;122:117-35. doi: 10.1007/s00401-011-0821-3
33. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp*. 2005;205:484-8. doi: 10.1157/13079762
34. Garcez ML, Falchetti AC, Mina F, Budni J. Alzheimer's disease associated with psychiatric comorbidities. *An Acad Bras Cienc*. 2015;87(2 Suppl):1461-73. doi: 10.1590/0001-3765201520140716
35. Harciarek M, Malaspina D, Sun T, Goldberg E. Schizophrenia and frontotemporal dementia: shared causation? *Int Rev Psychiatry*. 2013;25:168-77. doi: 10.3109/09540261.2013.765389
36. Olazarán-Rodríguez J, López-Álvarez J, Agüera-Ortiz L, López-Arrieta JM, Beltrán-Aguirre JL, García-García P, et al. Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad. *Psicogeriatría*. 2016;6:91-8.
37. Magierski R, Sobow T, Schwertner E, Religa D. Pharmacotherapy of behavioral and psychological symptoms of dementia: state of the art and future progress. *Front Pharmacol*. 2020;11:1168. doi: 10.3389/fphar.2020.01168
38. Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, et al. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9:e026308. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026308
39. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:161-78. doi: 10.1159/000316119.
40. Kong EH, Evans LK, Guevara JP. Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2009;13:512-20. doi: 10.1080/13607860902774394
41. Padilla R. Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011;65:514-22. doi: 10.5014/ajot.2011.002600
42. Burgio LD. Behavioral assessment and treatment of disruptive vocalization. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1997;2:123-31. doi: 10.1053/SCNP00200123
43. Raglio A, Filippi S, Bellandi D, Stramba-Badiale M. Global music approach to persons with dementia: evidence and practice. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1669-76. doi: 10.2147/CIA.S71388
44. Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res*. 2002;51:317-23. doi: 10.1097/00006199-200209000-00008
45. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2014;205:436-42. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141119
46. Martini de Oliveira A, Radanovic M, de Mello PC, Buchain PC, Vizotto AD, Celestino DL, et al. Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Biomed Res Int*. 2015;2015:218980. doi: 10.1155/2015/218980
47. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012;169:946-53. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529
48. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative efficacy of interventions for aggressive and agitated behaviors in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019;171:633-42. doi: 10.7326/M19-0993
49. Cruz-Orduña I, Puente L, Fernández, Y, Olazarán J. Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias: clasificación, diagnóstico y prevención. *Kranion*. 2020;15:13-19.
50. Gil G, Rodríguez-Zafra M, Cid L. Cuidar al cuidador: la ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes mediante dinámica de grupos. *Miscelánea Comillas*. 2008;66:117-67.
51. Losada A, Márquez M, Vara-García C, Gallego A, Romero R y Olazarán J. Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*. 2017;8:1-27.
52. Rogers CR. Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría. Barcelona: Paidós; 1981.
53. Durán C, Catalán A. Eneagrama: los engaños del carácter y sus antídotos. Barcelona: Kairós; 2009.
54. Rojas M. Cuidar al que cuida. Madrid: Punto de lectura; 2007.
55. Tizón JL. Los procesos de duelo en atención primaria de salud: una actualización. *FMC*. 2017;24:1-66.
56. Losada A, Montorio I, Izal M, Márquez M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: el papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
57. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Makkeell JA, et al. Comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*. 1995;35:792-802. doi: 10.1093/geront/35.6.792
58. Teri L, Montorio I, Izal M. Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En: Montorio I, Izal M, eds. *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis; 2000. p. 178-201.
59. Haupt M, Karger A, Jänner M. Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Dec 15(12):1125-9. doi: 10.1002/1099-1166(200012)15:12<1125::aid-gps257>3.0.co;2-f
60. Mittelman, MS, Epstein C, Pierzchala A. *Counseling the Alzheimer's Caregiver: a Resource for Health Care Professionals*. AMA Press; 2003.