



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Departamento de Medicina

Tese de doutoramento

**PREVALENCIA DOS SÍNTOMAS
PSICOLÓXICOS E CONDUTUAIS
ASOCIADOS AO ENVELLECIMENTO:
CENTRO DE DÍA VS. RESIDENCIA**

M^a Helena Agrafojo Nieto

2014



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Departamento de Medicina

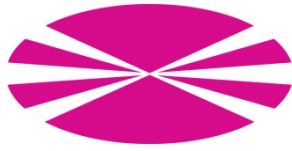
**Prevalencia dos síntomas psicolóxicos e
condutuais asociados ao envellecemento:
centro de día vs. residencia**

Doutoranda: M^a Helena Agrafojo Nieto

Directores: Dr. José Carlos Millán Calenti e

Dra. Ana Maseda Rodríguez

A Coruña, 2014



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Departamento de Medicina

D. José Carlos Millán Calenti, Catedrático de Escola Universitaria do Departamento de Medicina da Facultade de Ciencias da Saúde e D^a. **Ana Maseda Rodríguez**, Investigadora Posdoutoral Parga Pondal, ambos da Universidade da Coruña, como Directores deste traballo,

INFORMAN:

Que a memoria achegada titulada: “PREVALENCIA DOS SÍNTOMAS PSICOLÓXICOS E CONDUCTUAIS ASOCIADOS AO ENVELLECIMENTO: CENTRO DE DÍA VS. RESIDENCIA”, que para optar ao grao de doutor presenta **D^a. María Helena Agrafojo Nieto**, realizouse baixo a nosa dirección e que considerando que constitúe traballo de tese, autorizamos a súa presentación e defensa na Universidade da Coruña.

En A Coruña, a 22 de xullo de 2014

Asdo. Dr. José C. Millán Calenti

Asdo. Dra. Ana Maseda Rodríguez

Aos que me deron o ser, a Daniel e a Elsa, por poñer candís no meu camiño

AGRADECEMENTOS

Despois desta longa andaina, tentar ficar a pensar en todos aos que se merecen ser nomeados, tórnase unha tarefa difícil, pois non quixera esquecer a ninguén; a pesares de dispor do tempo esixido por este quefacer, non sempre o tempo e o estado anímico van da man, sendo un pilar importantísimo os apoios recibidos neste longo camiñar.

En primeiro lugar, agradecer aos meus directores de tese, José Carlos Millán e Ana Maseda, por dirixirme neste proceso.

Ás miñas incondicionais, Belén e Maruxa, por darme eses tiróns de orellas enmascarando o empuxón preciso en cada momento. Ao resto dos meus amigos, por sempre confiar en min.

A Daniel, pola súa infinita paciencia, polo seu infinito apoio, por crer en min incluso cando eu non o facía, por apoiarme sempre e por recordarme día a día que podo con isto, coa situación e con todo. A Elsa, a miña afillada, traéndome sorrisos que esquecen calquera dificultade.

Ao Complexo Xerontolóxico La Milagrosa, a Bego e Mari, coordinadoras de Centro de Día e Residencia, por facilitarme sempre o traballo, así como auxiliares, recepcionistas, equipo de limpeza... grazas por facerme sentir unha máis. Ás persoas maiores, como non, grazas por participar, polas vivencias ensinadas e polo cariño recibido, pois sen eles nada disto existiría.

A Trini e Ana, compañeiras de despacho durante eses cinco meses, grazas por facer que cada día de traballo fose unha alegría de vida a almacenar no recordo, polas vivencias e saberes que tanto me serviron e que tanto me valerán no futuro.

RESUMO

RESUMO

Os síntomas psicolóxicos e condutuais (SPCD) representan un aspecto importante cando se fala do proceso de envellecer, e máis aínda en poboación maior e con deterioro cognitivo.

Os obxectivos deste estudo inclúen: establecer as principais características dos suxeitos que acoden a un centro de día fronte aos que viven en residencia; identificar os principais SPCD dos usuarios en base ao tipo de estadia; e determinar o instrumento máis axeitado para avaliar os SPCD.

O estado cognitivo valorouse co Mini-Mental State Examination e a Escala de Deterioro Global. Os SPCD avaliáronse coa Escala para a Avaliación do Alzheimer (ADAS NoCog), o BEHAVE-AD e o Inventario Neuropsiquiátrico.

Os resultados obtidos amosaron que en centro de día son máis frecuentes os problemas de concentración/ distraibilidade, falta de cooperación nos tests, abulia cognitiva, conduta de deambulación ou fuxida, conduta motora aberrante e apatía ou indiferenza. No caso da residencia, os SPCD máis frecuentes foron a falta de cooperación nos test, problemas de concentración ou distraibilidade, axitación, agresividade verbal e depresión.

É preciso identificar adecuadamente os SPCD segundo o tipo de usuario a fin de establecer as pautas de tratamento e coidado máis idóneas e eficaces.

RESUMEN

Los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) representan un aspecto importante cuando se habla del proceso de envejecer, y más aún en población mayor y con deterioro cognitivo.

Los objetivos de este estudio incluyen: establecer las principales características de los sujetos que acuden a un centro de día frente a los que viven en residencia; identificar los principales SPCD en base al tipo de estancia; y determinar el instrumento más idóneo para evaluar los SPCD.

El estado cognitivo se valoró con el Mini-Mental State Examination y la Escala de Deterioro Global. Los SPCD se evaluaron con la Escala para la Evaluación del Alzheimer (ADAS NoCog), el BEHAVE-AD y el Inventario Neuropsiquiátrico.

Los resultados obtenidos demostraron que en centro de día son más frecuentes los problemas de concentración/ distractibilidad, falta de cooperación en los tests, abulia cognitiva, conducta de deambulación o huida, conducta motora aberrante y apatía o indiferencia. En el caso de la residencia, los SPCD más frecuentes fueron la falta de cooperación en los test, problemas de concentración o distractibilidad, agitación, agresividad verbal y depresión.

Es preciso identificar adecuadamente los SPCD según el tipo de usuario a fin de establecer las pautas de tratamiento y cuidado más idóneas y eficaces.

ABSTRACT

Behavioural and psychological symptoms (BPSD) represent an important aspect to be considered when referring to the aging process, and moreover in old people with cognitive impairment. The objectives of this study include to establish the main characteristics of the users attending a day care centre against those institutionalized; to identify their main BPSD; and to determine the most suitable instrument to assess the BPSD.

The Mini-Mental State Examination and the Global Deterioration Scale were used to assess the cognitive status while BPSD were assessed using the Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS NoCog), the BEHAVE-AD and the Neuropsychiatric Inventory.

The results show that concentration and distractibility, uncooperation to testing, cognitive abulia, wandering or escape behaviour, aberrant motor behaviour and apathy or indifference are more frequent in the day care centre. In the case of institutionalized patients, the most frequent BPSD were the uncooperation to testing, concentration or distractibility, agitation, verbal outbursts and depression.

It is necessary to clearly identify the BPSD according to the type of user, to be able to establish the most suitable and efficient medical treatment and care guidelines.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. Envelhecimento	3
1.1. Envelhecimento desde unha ollada biolóxica	5
1.2. Envelhecimento desde unha ollada psicolóxica.....	9
1.3. Envelhecimento desde unha ollada social	17
2. Estado cognitivo e avellentamento	20
2.1. Perda de Memoria Asociada á Idade (PMAE).....	20
2.2 Deterioro Cognitivo Leve	22
3. Síntomas Psicolóxicos e Condutuais	25
3.1. Trastornos do Sono.....	25
3.2. Ansiedade.....	28
3.3. Depresión.....	28
3.4. Conduta Suicida	32
3.5. Hipocondriase	32
3.6. Outros Síntomas Psicolóxicos e Condutuais	32
4. Demencia	33
4.1. Envelhecimento e Demencias	38
4.2. Síntomas Psicolóxicos e Condutuais das Demencias	42
4.3. Síntomas Cognitivos	47
4.4. Síntomas Psiquiátricos e do Comportamento	50

5. Recursos Xerontolóxicos: Residencias e Centros de Día.....	53
5.1. Residencias.....	59
5.2. Centros de Día	61
XUSTIFICACIÓN E OBXECTIVOS	69
1. Xustificación	69
2. Obxectivos	70
MATERIAL.....	73
1. Mostra	73
2. Instrumentos de avaliación neuropsicolóxica	73
2.1.Estado Cognitivo.....	74
2.2. Síntomas Psicolóxicos e Condutuais	75
3. Procedemento.....	81
4. Consideracións éticas	82
5. Análise estatística.....	83
RESULTADOS	87
1. Centro de Día (CD).....	87
2. Residencia (R)	112
3. Centro de Día vs. Residencia.....	139
DISCUSIÓN.....	153
CONCLUSIÓNS	163
BIBLIOGRAFÍA.....	167

ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	197
HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	198
ANEXO 2: MMSE	202
ANEXO 3: GDS.....	203
ANEXO 4: ADAS NO-COG	206
ANEXO 5: BEHAVE-AD	209
ANEXO 6: NPI	214
ANEXO 7: INFORME FAVORABLE DO COMITÉ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA.....	221

ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1. Criterios diagnósticos da demencia segundo o DSM-IV	36
Táboa 2. Criterios diagnósticos do Trastorno Neurocognitivo maior segundo o DSM-5.....	37
Táboa 3. Criterios diagnósticos da demencia segundo a CIE-10	37
Táboa 4.- Problemas condutuais asociados á demencia	43
Táboa 5. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nos usuarios de Centro de Día.....	90
Táboa 6. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nas mulleres de Centro de Día.....	91
Táboa 7. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nos homes de Centro de Día.....	92
Táboa 8. Frecuencia dos SPCD mediante o BEHAVE-AD en usuarios de CD99	
Táboa 9. Frecuencia dos SPCD mediante o NPI en usuarios de centro de día	109
Táboa 10. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog en Residencia .	117
Táboa 11 Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nas mulleres en Residencia	118
Táboa 12. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog en homes en Residencia	119
Táboa 13. Frecuencia dos SPCD mediante o BEHAVE-AD en Residencia ..	125
Táboa 14. Frecuencia dos SPCD mediante o NPI en Residencia	136
Táboa 15. Idade dos usuario de CD e R	139

Táboa 16. Diferenzas en canto ao sexo no MMSE en CD e R.....	140
Táboa 17. Diferenzas en canto ao sexo no GDS en CD e R.....	141
Táboa 18. SPCD máis frecuentes segundo o ADAS NoCog.....	141
Táboa 19. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o ADAS NoCog ..	142
Táboa 20. SPCD máis frecuentes nos homes segundo o ADAS NoCog.....	143
Táboa 21. Diferenzas en canto ao sexo no ADAS NoCog en CD e R.....	143
Táboa 22. SPCD máis frecuentes segundo o BEHAVE-AD.....	144
Táboa 23. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o BEHAVE-AD....	145
Táboa 24. SPCD máis frecuentes nos homes segundo o BEHAVE-AD.....	146
Táboa 25. Diferenzas en canto ao sexo no BEHAVE-AD en CD e R.....	146
Táboa 26. SPCD máis frecuentes segundo o NPI.....	147
Táboa 27. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o NPI.....	148
Táboa 28. SPCD máis frecuentes en homes segundo o NPI.....	148
Táboa 29. Diferenzas en canto ao sexo no NPI en CD e R.....	149
Táboa 30. Matriz de correlacións dos diferentes test en CD.....	149
Táboa 31. Matriz de correlacións dos diferentes test en R.....	150

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Centro de Día de acordo ás súas puntuacións no Mini-Mental State Examination.	88
Figura 2. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Centro de Día de acordo ás súas puntuacións na Escala de Deterioro Global-GDS.	89
Figura 3. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Residencia de acordo ás súas puntuacións no Mini-Mental State Examination...	113
Figura 4. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Residencia de acordo ás súas puntuacións na Escala de Deterioro Global- GDS.	114

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. Envellecemento

Desde fai uns anos estamos asistindo a un cambio na visión tradicional e na conceptualización do proceso de envellecer, o cal comeza a desligarse da imaxe de ser unha “carga improdutiva” para vincularse ao concepto de vivir un proxecto de vida activo, incluso nesta última etapa da vida. Estase a producir un cambio de perspectiva relacionado polo aumento progresivo da poboación de persoas maiores nas sociedades desenvolvidas, onde a baixa natalidade e o incremento da esperanza de vida están invertendo as estruturas demográficas¹, ata o punto que segundo os datos proporcionados pola Comisión Europea, é esperable que para o ano 2050 a porcentaxe da poboación maior de 65 anos en Europa se sitúe no 30% (é dicir, 1 de cada 3 cidadáns europeos), dos cales o 11% terán máis de 80 anos². No tocante a España esperárase un engrosamento moito maior do sector da poboación.

Ao carón deste envellecemento progresivo da poboación pódese prever un incremento considerable das enfermidades asociadas á idade, sobre todo as demencias, constituíndo na actualidade un importante reto para os sistemas de saúde a nivel mundial, con preto de 35,6 millóns de afectados, sendo a Enfermidade de Alzheimer (EA) a responsable na súa gran maioría destes casos, en torno ao 60%, cifra que se duplicará nos próximos 20 anos³.

Este novo concepto de envellecemento definido pola Organización Mundial da Saúde (OMS) como “o proceso de optimización de oportunidades de saúde, participación e seguridade, co obxectivo de mellorar a calidade de vida a medida que as persoas envellecen”, implica unha abordaxe positiva

Introdución

do envellecemento, poñendo de manifesto o potencial de independencia, ollados como elementos esenciais para o incremento da calidade de vida².

Nestes últimos anos, e por mor do incremento da esperanza de vida, estamos sendo espectadores dunha inversión da pirámide poboacional; máis concretamente en España espérase que no ano 2050 ao redor do 35% da poboación teña unha idade onde a probabilidade de padecer algún tipo de enfermidade neurolóxica estea incrementada⁴.

A poboación de persoas maiores de 65 anos está sufrindo un cambio á alza e a esperanza de vida incrementouse en 30 anos nos últimos 20 séculos; incremento que na poboación adulta maior vese favorecido pola esperanza de vida, o cal leva parello o incremento do número de persoas afectadas por demencias, tanto no ámbito nacional como mundial^{5,6}. Segundo os datos ofrecidos pola Organización das Nacións Unidas (ONU), no ano 2000 a porcentaxe de persoas maiores de 65 anos acadaba o 6,9%, mentres que as estimacións para o 2050 indican que a poboación nestas idades acadará o 16,2%. Esta situación pon en evidencia o problema do progresivo incremento de enfermidades asociadas á idade, incluíndo dentro das mesmas as enfermidades neurodexenerativas⁷.

O proceso do envellecemento humano comprende unha serie de cambios e alteracións en todas as dimensións da vida do individuo desde un punto de vista biopsicosocial, desde cambios xenéticos-moleculares a cambios neurolóxicos, psicolóxicos e do ambiente social da persoa⁸.

1.1. Envellecemento desde unha ollada biolóxica

O avance da idade é o maior factor de risco para o desenvolvemento de enfermidades neurodexenerativas⁹. Establécese que o deterioro cognitivo no envellecemento e nas enfermidades neurodexenerativas (EA, Párkinson...) é debido a unha perda de plasticidade neuronal¹⁰. Durante o envellecemento normal acontecen cambios no eixe neuroendocrino humano, cambios como⁸:

- Descenso dos ritmos circadianos: perda do ritmo circadiano vixilia-sono, diminuindo a amplitude e a existencia dunha desincronización interna do mesmo ritmo, orixinando trastornos cun efecto negativo sobre a saúde.
- Afectación da secreción de neurotransmisores (NT): prodúcese unha diminución da acetilcolina a nivel da corteza cerebral e hipocampo asociada a cambios na memoria normais e patolóxicos; e tamén unha diminución de dopamina e noradrenalina vinculada a procesos depresivos e cambios cognitivos (atención, memoria e aprendizaxe)¹¹.
- Descenso da hormona do crecemento do 50%, asociado á idade: esta hormona é a responsable de numerosos procesos do organismo (impulsar a síntese de proteínas, da función inmune e do metabolismo óseo) e polo tanto responsable dun gran número de patoloxías humanas vinculadas á idade^{12,13}.
- Descenso do metabolismo da glicosa vinculado á idade: xoga un papel primordial no proceso do envellecemento, tanto como causa directa de determinados cambios asociados á idade como pola

actividade metabólica que rexen en determinadas enfermidades vinculadas á vellez^{12,14}.

- Deficiencia de estróxenos logo da menopausa: suxírese que este déficit contribúe ao deterioro cognitivo en pacientes maiores así como nos que padecen EA.

As teorías sobre o avellentamento biolóxico aparecen agrupadas en dúas categorías:¹⁵

1) Teorías da Programación Xenética: que sosteñen que o corpo humano envellece de acordo cun plan de desenvolvemento normal incorporado nos xenes. As teorías enmarcadas dentro son:

- Teoría da senectude programada: que avoga que o envellecemento resulta da senectude programada: xenes específicos que se desconectan antes de que se fagan evidentes certas perdas relacionadas coa idade (como por exemplo na visión, na audición e no control motor). Estudos levados a cabo con xemelgos revelaron que as diferenzas xenéticas explican ao redor da cuarta parte da varianza do ciclo de vida do ser humano adulto. Esta influencia xenética é mínima antes dos 60 anos, pero increméntase despois desta idade. Unha liña de investigación suxire que o envellecemento é regulado pola redución gradual. É dicir, o envellecemento é o resultado da conexión e desconexión en secuencia de certos xenes. A senectude é o momento en que se fan evidentes os déficits resultantes relacionados coa idade.

- Teoría endocrina: segundo a cal os reloxo biolóxicos actúan por medio dos xenes que controlan os cambios hormonais para así controlar o ritmo do envellecemento. A perda da forza muscular, a acumulación de graxa e a atrofia de órganos poden estar relacionadas coas diminucións da actividade hormonal.
- Teoría inmunolóxica: propón que determinados xenes poden causar problemas no sistema inmunolóxico, o cal se deteriora coa idade e deixa ao corpo vulnerable ás enfermidades infecciosas, e por ende ao envellecemento e á morte.
- Teoría evolutiva: segundo esta teoría a capacidade reprodutiva é o propósito principal da selección natural e non hai propósito reprodutivo que sexa cumprido se se permite vivir aos recursos xenéticos máis aló da idade reprodutiva. Polo tanto o envellecemento é unha característica que evolucionou para permitir que os membros dunha mesma especie vivan tan só o tempo suficiente para reproducirse.

2) Teorías de Taxa Variable: estas teorías, tamén denominadas Teorías do Erro, consideran que o envellecemento é resultado de procesos aleatorios que varían dunha persoa a outra. Na maioría das teorías de taxa variable o envellecemento implica dano debido aos erros aleatorios e aos ataques ambientais dos sistemas biolóxicos. Dentro deste tipo de teorías englobanse as seguintes:

- Teoría do Desgaste: sostén que o corpo envellece como resultado do dano acumulado do sistema a nivel molecular, e a medida que a xente envellece é menos capaz de reparar ou substituír as partes danadas.
- Teoría dos Radicais Libres: teoría centrada nos efectos dos radicais libres, átomos ou moléculas de osíxeno inestables que se forman durante o metabolismo e que reaccionan coas membranas celulares, as proteínas celulares, graxas, carbohidratos e incluso o ADN, aos que pode danar. O dano producido polos radicais libres acumúlase coa idade; estando relacionado coa artrite, distrofia muscular, cataratas, cancro, diabetes de comezo tardío e trastornos neurolóxicos como a enfermidade de Parkinson.
- Teoría da Taxa da Vida: suxire que o corpo só pode realizar certa cantidade de traballo e nada máis; canto máis rápido o faga, máis enerxía emprega e máis rápido se desgasta, por ende a velocidade do metabolismo, o emprego de enerxía, determina a duración da vida.
- Teoría Autoimmune: indica que un sistema inmunolóxico envellecido pode "confundirse" e liberar anticorpos que atacan as propias células do corpo. Crese que esta disfunción, autoinmunidade, é a responsable dalgunhas enfermidades e trastornos relacionados co envellecemento.

As teorías de Programación Xenética e de Taxa Variable teñen implicacións prácticas. Se ben os seres humanos están programados para envellecer a certo ritmo, hai pouco que podan facer para retardar o proceso, excepto

tratar de modificar os xenes apropiados. Por outro lado, o envellecemento é variable, pode ser influído por un estilo de vida san e prácticas saudables. Sen embargo non existe unha evidencia que apoie a profusión de remedios comerciais “contra o envellecemento” que agora se atopan no mercado. O suposto fundamental da procura deses remedios é que hai algo malo en envellecer, de feito, que o envellecemento é unha enfermidade. En realidade, é unha parte natural da vida; en lugar de buscar remedios contra o envellecemento, moitos xerontólogos insisten en que deben dedicarse máis recursos á investigación da “medicina da lonxevidade”, formas de combater enfermidades específicas e por ende de prolongar a vida.

1.2. Envellecemento desde unha ollada psicolóxica

Desde esta perspectiva faise mención a aqueles cambios acontecidos na vellez en funcións como a atención, procesamento de información, memoria, intelixencia, linguaxe, funcións executivas e funcións visoespaciais, visoperceptivas e visoconstrutivas¹⁶.

- **Atención:** referida aos procesos responsables do control do procesamento da información que son básicos para unha actividade mental superior e unha axeitada adaptación ao ambiente^{11,17}; implicando a capacidade de concentrarse nunha porción da experiencia, mentres outras características son ignoradas, ser capaz de mudar ese foco de atención segundo a demanda situacional e ser capaz de coordinar información de múltiples fontes¹⁸. Os compoñentes básicos da atención son a intensidade (alerta e atención sostida ou vixilancia) e a selectividade (atención focalizada/selectiva e atención dividida)¹⁹.

- No tocante á atención sostida existen discrepancias sobre a natureza dos cambios: mentres uns autores sosteñen que a capacidade para manter a atención nunha tarefa está bastante ben preservada ao final da vida¹⁹, outros suxiren un aumento da distraibilidade e do deterioro na atención sostida. No envellecemento postúlase unha maior vulnerabilidade a desenvolver estados confusionais por mor dunha maior susceptibilidade ás pequenas alteracións metabólicas²⁰.
 - Na atención selectiva parece que moitas das formas deste tipo de atención son resistentes a un deterioro asociado á idade; non obstante os problemas aparecen cando é preciso que a persoa procese simultaneamente outra información. No envellecemento prodúcese unha diminución na capacidade inhibitoria para estímulos irrelevantes dentro dun contexto concreto.
 - No que se refire á atención dividida durante o proceso de envellecemento prodúcese unha diminución do rendemento nas tarefas duais, estando as súas causas máis asociadas coa complexidade da tarefa que coa división da mesma¹⁷.
- **Procesamento da información:** o envellecemento ven caracterizado por un enlentecemento máis ou menos xeneralizado a nivel sensorial, motor e cognitivo, así como a nivel electroencefalográfico^{11,21}. Suxírese que a velocidade de procesamento podería estar afectada de forma significativa aos restantes procesos cognitivos como consecuencia dunha codificación menos afectiva dos estímulos; o cal levaría a que no avellentamento,

a execución das últimas operacións dunha tarefa se atopen limitadas como consecuencia de que gran parte do tempo dispoñible se emprega para a execución das primeiras operacións, ficando as últimas degradadas ou empobrecidas²².

➤ **Memoria:** os cambios que se producen na memoria ao longo do proceso de envellecemento son explicados mediante a análise da súa estrutura, os procesos que operan nela e/ou os coñecementos que foron almacenados²³.

- Memoria sensorial: é un proceso perceptivo breve (250 milisegundos) encargado de que o estímulo inicial poida prolongarse o maior tempo posible co fin de afinar o subseguinte tratamento da información. Sinálase que o envellecemento non ten influencia significativa nos decaementos posibles deste tipo de memoria.
- Memoria a Curto Prazo (Mcp): almacenamento temporal de eventos e ítems percibidos no pasado moi inmediato, encargado de manter pequenas cantidades de información durante varios segundos ou minutos. A vellez produce unha diminución do rendemento nas tarefas de comprensión da linguaxe, razoamento e memoria verbais e espaciais. Existen limitacións que sinalan as dificultades no intre de integrar dita información^{18,21}.
- Memoria a Longo Prazo (Mlp): almacén permanente da información. A idade ten efectos sobre este tipo de memoria, tendo as persoas maiores máis dificultades cando se teñen que

implicar nun procesamento autoiniciado, como pode ser o recordo libre²⁴.

O proceso de avellentamento incide negativamente sobre a Mcp e afecta ás distintas tarefas cognitivas (comprensión e razoamento). A severidade dos trastornos varía en función das circunstancias particulares de cada tarefa e/ou das características do suxeito. Alúdese ao papel da debilitación da pegada mnésica e aos efectos de interferencia, influentes no esquecemento da información almacenada na Mcp, establecéndose unha competición entre os ítems novos e os que foron almacenados anteriormente na Mlp²³.

Unha das hipóteses mellor valoradas en canto ao declive da Mlp na vellez é a que postula que as persoas maiores non empregan de forma espontánea estratexias de organización da información tan axeitadas coma os adultos máis novos, tratando a información de forma superficial nas fases de codificación e recuperación^{19,21,24}. Existe tamén concordancia no feito de que no intre no que se lles facilitan instrucións de como organizar de forma eficaz a información, o proceso de recordo mellora sensiblemente; así mesmo aínda que as persoas maiores teñen que empregar máis esforzo no procesamento de información de xeito máis profundo, esta desvantaxe con respecto a persoas máis novas vese compensada coa experiencia e a práctica, conseguindo o automatismo dalgunhas respostas. É dicir, as estratexias de procesamento, a velocidade, a organización e a profundidade do procesamento da información que se ten que recordar, inflúen no rendemento dos procesos de memoria na vellez²².

É preciso ter en conta que a estes factores de natureza cognitiva hailles que sumar as implicacións do estado emocional, o nivel de estrés, os

antecedentes socioeconómicos e o nivel educativo²⁵. En diversas investigacións demostrouse a existencia de que nas persoas maiores existe unha plasticidade intelectual e condutual, é dicir, unha capacidade de aprendizaxe e de xerar estratexias substitutivas e/ou compensatorias para acadar a aprendizaxe, tendo esta plasticidade unha base neuronal¹⁹.

Os deterioros da memoria, así como os deterioros do funcionamento intelectual, tenden a acontecer en procesos especialmente sensibles ao estado das funcións neuronais; sendo a falta de práctica das habilidades mentais a causante de que algúns sistemas neuronais se deterioreen pola falta de uso. Ademais o estilo de vida pode ter consecuencias, como por exemplo, o estrés a longo prazo eleva algúns niveis hormonais ata o punto de que poderían acentuar unha atrofia hipocámpica^{22,26}. Polo tanto a memoria nas persoas maiores está influída directamente tanto polas variables propias do individuo como polas variables extrínsecas á idade, como son o nivel de instrución, a personalidade, a actividade intelectual, o apoio social, o nerviosismo, a extraversión e o estado de saúde²³.

- **Intelixencia:** é a capacidade xeral e global que permite ao individuo adaptarse ás novas situacións e resolver todo tipo de problemas⁸; a cal podemos clasificar da seguinte forma^{18,19,27}:
 - Intelixencia Fluída: capacidade innata de empregar clases únicas de pensamento para resolver problemas novos, implicando aprendizaxe accidental, pero tamén precisa do emprego do cerebro e dun sistema nervioso eficientes. Pódese esperar un deterioro desta intelixencia parello á dexeneración das capacidades fisiolóxicas por mor do paso dos anos.

- Intelixencia Cristalizada: implica a cantidade de coñecemento que a persoa adquiriu ao longo da educación, da aprendizaxe e da acumulación de experiencias durante o proceso vital. Está amplamente determinada por experiencias persoais e pola aprendizaxe intencional, reflectindo o noso almacén de coñecemento acumulado, susceptible de manterse estable ou incluso medrar co envellecemento.

Ambas clases de intelixencia implican procesos similares (percepción da relación entre os obxectos, razoamento abstracto, formación de conceptos e resolución de problemas)²⁸, aludindo ao que se denominou Patrón Clásico do Envellecemento, referido a unha relativa conservación das capacidades verbais (que reflicten a intelixencia cristalizada) e a un descenso maior das capacidades manipulativas (que reflicten a intelixencia fluída). Non obstante, o detrimento da intelixencia fluída pode verse compensado polos logros da intelixencia cristalizada, resultando nunha escasa perda do funcionamento¹⁸.

- Intelixencia Práctica: referida á intelixencia empregada para aplicar as habilidades intelectuais á resolución de actividades cotiás. Inclúe: 1) a capacidade de resolución de problemas, implicando o razoamento de forma lóxica, ver todos os aspectos dun problema e tomar boas decisións; 2) a capacidade verbal, que inclúe falar dunha forma articulada, cun bo vocabulario, e ler cunha taxa alta de entendemento; 3) a competencia social, implicando a aceptación aos outros polo

que son, admitindo os propios erros, e mostrando interese polo mundo no seu conxunto²⁷.

➤ **Linguaxe:** as funcións relacionadas coa linguaxe son as menos susceptibles a un deterioro vinculado ao envellecemento, a non ser que acontezan factores do tipo dunha perda da capacidade auditiva ou alteración do aparato fonador que produzan cambios na comunicación. De maneira xeral, as capacidades básicas de manter unha conversa, ler e escribir, mantéñense ao longo da idade avanzada²⁹. A alteración principal dáse no sistema atencional e no sistema de control, nos procesos atencionais e de inhibición que implican selección, planificación e supervisión; é dicir, naquelas funcións das que depende directamente a capacidade da memoria operativa. As características da linguaxe máis frecuentemente asociadas ao envellecemento son:³⁰

- Aumento ou mantemento do vocabulario: mellora ou mantemento do coñecemento das palabras e o seu significado.
- Dificultades no acceso a redes léxicas: dificultades no recordo, denominación e emprego da palabra axeitada para nomear obxectos, cun incremento substancial do fenómeno "Na Punta da Lingua", derivando nunha maior incapacidade para atopar nomes, maior tempo de reacción e emprego de paráfrases como estratexia compensatoria.
- Diminución na comprensión das estruturas gramaticais complexas: dificultades á hora de operar con diferentes tipos de información ou con material complexo, oral ou escrito.

As investigacións amósannos deterioros asociados á idade en habilidades específicas como recoñecemento de palabras, o procesamento sintáctico e o recordo de historias¹⁹.

➤ ***Funcións Executivas***: debido a que os deterioros cerebrais máis pronunciados se rexistran nos lóbulos prefrontais, sendo nestes onde se asentan estas funcións, as funcións executivas son as primeiras en sufrir un declive no envellecemento. Son aquelas capacidades que posibilitan a formulación de metas, a planificación, levar a cabo plans dirixidos a metas e un rendemento efectivo. A súa implicación é fundamental na coordinación dos procesos cognitivos e do comportamento, e no traballo coa localización espacial e a busca visual; así mesmo son importantes no control emocional e para a conduta socialmente correcta³¹. Dentro destas funcións, podemos salientarl^{1,32}:

- *Formación de conceptos*: as persoas maiores amosan déficits na organización conceptual, diminuíndo tamén a flexibilidade cognitiva necesaria para facer novas abstraccións e formas ou enlaces conceptuais.
- *Razoamento lóxico e abstracto*: en tarefas onde se lles pide ás persoas maiores que categoricen obxectos, eles agrúpannos en función das súas relacións máis inmediatas¹⁹.
- *Flexibilidade Cognitiva*: asociada de forma negativa co devir da idade, aparecendo déficits na formación de conceptos e no cambio de categorías, así como tendencias perseverantes.
- *Procesamento Inhibitorio*: os maiores presentan máis dificultades para interromper unha resposta e adoptar novas normas nunha

tarifa como para desestimar estímulos distractores. O incremento da verborrea nas persoas maiores podería estar vinculado con esta dificultade para inhibir a información irrelevante.

- Resolución de problemas: as persoas maiores son menos sistemáticas e eficientes nas tarefas de resolución de problemas debido a que requiren que as capacidades de conceptualización se atopen intactas¹⁸.

1.3. Envellecemento desde unha ollada social

As persoas maiores están suxeitas a toda unha serie de comportamentos, actitudes, prexuízos e prácticas discriminatorias (por ende da sociedade e por moitos dos profesionais que traballan coas persoas maiores) ta só en razón á súa idade, que se coñecen como “agisme”, “edadismo” ou “viejismo”, carentes dunha base científica. Estes estereotipos afectan á confianza que as persoas anciás teñen en si mesmas, á autoestima, ao desenvolvemento da personalidade da persoa maior e estendéndose, á súa vida familiar e social¹⁹.

O proceso de envellecemento desenvólvese dentro dun contexto social onde as crenzas, valores, actitudes, pensamentos... influen no comportamento e adaptación dos individuos. Os condicionantes psicolóxicos máis importantes serían a necesidade de ser escoitados, os sentimentos de soidade e a perda dos roles sociais, o illamento, a inadaptación e/ou o temor a xubilación ou a preocupación pola perda dos familiares e amizades³³. Hai que atender a condicionantes sociais como a necesidade de comunicación social, a presenza de barreiras arquitectónicas ou aos problemas na dinámica familiar.

A explicación das diferenzas observadas nos comportamentos acontecidos nesta etapa ao longo do ciclo vital foron abordadas desde diferentes perspectivas, entre as que destacan⁸:

1) Teoría da Desvinculación: para os defensores da mesma, o envellecemento normal caracterízase por un desenganche inevitable e unha diminución das interaccións entre a persoa e o sistema social ao que pertence. A desvinculación está asociada a unha vellez satisfactoria, sendo nela onde a persoa maior atopa o seu benestar e felicidade³⁴.

2) Teoría da Selectividade Socioemocional: teoría que propón que a interacción social serve a tres necesidades psicolóxicas básicas: 1) Adquisición de información, 2) Desenvolvemento e mantemento do autoconcepto e 3) Regulación da emoción. Estas necesidades van variando ao longo dos anos, e no ancián, a intervención social serve, sobre todo, para afirmar o autoconcepto xa existente. Dita afirmación ou consolidación é máis susceptible de ser acadada mediante a interacción selectiva con amigos íntimos e membros da familia. A cantidade de contacto social vai diminuindo ao irse modificando o centro de atención en menos compañeiros e en menos categorías de interacción. Non todo é unha cuestión de selección persoal, senón que se dan acontecementos que condicionan notablemente as redes de apoio social como, por exemplo, o deterioro da saúde, que reduce a capacidade de amosar reciprocidade ao apoio recibido e é o maior preditor do deterioro da socialización.

3) Teoría da Actividade: esta teoría sostén que o individuo acada unha vellez satisfactoria cando descobre e realiza novos roles ou pon

os medios necesarios para conservar os que viña xa desenvolvendo. Alenta á realización dun gran número de actividades e a resistirse ás restricións impostas pola idade, pero pasa por alto que moitas persoas senten unha gran satisfacción cando son liberadas dun rol que non os satisfacía.

4) Teoría da Autodeterminación: esta teoría foi proposta como explicación plausible tanto das interaccións sociais como das actividades realizadas no envellecemento. Baseada no estudo das dinámicas motivacionais do desenvolvemento humano, e postula a existencia de tres necesidades básicas no ser humano:

- Autonomía: experimentada cada vez que unha persoa percibe que a súa conduta é congruente e autoiniciada.
- Competencia: referida a sentirse eficaz nas interaccións co entorno social e experimentar oportunidades para exercitar e expresar as propias capacidades.
- Conectividade (relatedness): referida a un sentimento de conexión e pertenza con outros significados.

Os autores hipotetizan que cando calquera destas tres necesidades psicolóxicas se ve frustrada, os individuos mostrarán un descenso motivacional que acarreará unha diminución da súa vitalidade, volición, integración e benestar. Esta teoría suxire que os individuos gravitarán cara actividades e relacións nas que estas necesidades psicolóxicas sexan satisfeitas.

5) Modelo de Congruencia: postula que a conduta dunha persoa maior estará en función da interacción entre as súas necesidades e as

posibilidades do ambiente para satisfacer ditas necesidades, sendo o ambiente óptimo aquel que é congruente coas necesidades do individuo³⁵.

2. Estado cognitivo e avellentamento

Non podemos considerar a demencia como un sinónimo de avellentamento nin de vellez, ademais non se debe tomar unha perda de memoria severa como unha característica normal do avellentamento. Por outra banda, a liña que separa ao anciá normal do que ten un deterioro cognitivo leve (DCL), e a este do que ten unha demencia, non se axusta a un patrón fixo. O deterioro cognitivo é unha dimensión continua e non existe un punto de corte absoluto onde establecer unha separación incuestionable. As queixas de perda de memoria son moi frecuentes no adulto maduro e no anciá, constituíndo un trastornos subxectivo que depende do estado emotivo, nivel de cultura.... Desde a neuropsicoloxía fálase da existencia dun déficit de memoria ligado á idade e de deterioro cognitivo leve, que constitúe a verdadeira antesala dunha demencia dexenerativa primaria³⁶.

2.1. Perda de Memoria Asociada á Idade (PMAE)

A queixa máis frecuente que soen presentar as persoas maiores en relación co funcionamento cognitivo está vinculada coa memoria da vida diaria (p.ex. esquecer os nomes de obxectos familiares, non recoñecer á persoa que acaba de saudar na estrada...); este conxunto de queixas, consideradas como unha entidade, pasou a denominarse **Deterioro da Memoria Asociada á Idade (DMAE)**^{8,37}. Os criterios para o diagnóstico de DMAE son^{38,39}:

- Idade maior de 50 anos.

- Queixas de memoria na vida cotiá.
- Falta obxectiva de memoria diferida visual ou verbal polo menos unha desviación típica con respecto a suxeitos novos.
- Ausencia de demencia.
- Ausencia de antecedentes que afecten á esfera cognitiva (trastornos neurolóxicos, enfermidades sistémicas...).
- Preservación das funcións intelectuais xerais.

Outros criterios máis recentes propoñen que o comportamento dos pacientes con DCL debería compararse co doutros suxeitos da mesma idade e educación, co que se pasou de falar de DMAE a falar do Trastorno da Memoria Asociado á Idade (TMAE), sendo a única novidade a comparación dos suxeitos co seu mesmo grupo normativo, o que fai que en ocasións ambos termos se empreguen indistintamente¹¹. Sen embargo, hai autores que opinan que os criterios DMAE/TMAE deberíanse empregar para caracterizar un extremo do envellecemento normal, namentres que os criterios do DCL implicarían un proceso patolóxico máis preto a un proceso demencial⁴⁰. A prevalencia para o deterioro da memoria asociado á idade vai desde o 17% ao 34%, mentres que a prevalencia do DCL asociado á idade estímase nun 26%⁴¹.

De acordo co Manual Diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais (DSM-IV-TR)⁴² poden darse os denominados trastornos amnésicos, condicións onde só se atopan afectadas as funcións de memoria, e que poden aparecer en relación con condicións médicas xerais, abuso de sustancias... ou por razóns descoñecidas. Os criterios que se teñen en conta para a consideración no diagnóstico dun síndrome amnésico son os seguintes⁴⁰:

- Incapacidade para aprender nova información ou de recordar información previamente aprendida.
- O trastorno de memoria causa un deterioro significativo no funcionamento social ou laboral, e representa un declive significativo do nivel de funcionamento previo.
- Non acontece no curso dun síndrome confusional, nin cumpre cos criterios dunha demencia, dado que non se presenta outra afectación das funcións superiores.
- Non se atopan evidencias pola anamnese, polo exame físico ou mediante as probas de laboratorio dun factor orgánico específico que se vincule co trastorno.

Ligado ao concepto de demencia xurde a idea dun proceso de enfermidade que comeza incluso décadas antes de que aparezan os síntomas máis evidentes; polo que, seguindo esta liña estase a prestar atención e importancia ao estudo das denominadas queixas subxectivas de memoria, sintomatoloxía a miúdo non obxectivada polos resultados das probas neuropsicolóxicas, que poderían sinalar o comezo do proceso do declive cognitivo⁴.

2.2 Deterioro Cognitivo Leve

O concepto de Deterioro Cognitivo Leve estableceuse ao longo da década dos 90⁴. Na actualidade o termo "Deterioro Cognitivo" caracterízase por unha afectación no eido cognitivo, xeralmente involucrando a memoria sen a gravidade requirida para cumprir os criterios para o diagnóstico de Demencia⁴². O DCL é un estadio transicional entre os cambios cognitivos propios da idade e alteracións relacionadas con cadros demenciais,

caracterizado pola alteración dun ou varios procesos cognitivos que non interfíren de forma significativa nas actividades da vida diaria (AVD) do paciente⁴³. Algúns estudos suxiren que o deterioro cognitivo pode ser un predictor da dependencia funcional, independentemente doutras variables⁴⁴.

O DCL defínese na clínica, nun sentido práctico, a partir dos conceptos máis antigos do deterioro cognitivo vinculado á idade, segundo o define o DSM-IV-TR, a Organización Mundial da Saúde ou a Clasificación Internacional (CIE-10)^{42,45,46}, que á mesma vez tentaban definir, nun sentido máis operativo, o grupo de pacientes a identificar, a partir da presenza de determinados trastornos cognitivos evidenciáveis coa valoración neuropsicolóxica axeitada, non permitindo a súa situación funcional o diagnóstico de demencia⁴⁷.

Petersen, no ano 1999⁴⁸ sinala a importancia da categoría clínica do DCL, debido a que se trata dun deterioro da memoria maior do esperado segundo criterios de idade e nivel educativo, pero sen acadar os criterios ou niveis para unha demencia. Nos seus estudos demostrou que os suxeitos cun DCL deteriorábanse a un nivel maior que o grupo control pero menos rapidamente que os pacientes que padecían a EA leve. Isto apuntaba a que o DCL podería constituírse como unha entidade clínica independente e susceptible de estudo e tratamento. Petersen describiu distintos subtipos de DCL acorde cos patróns de evolución á demencia⁴⁸⁻⁵⁰:

- **DCL amnésico (DCL-a)**: a súa principal caracterización está nun déficit illado da memoria.
- **DCL multidominio (DCL-mult)**: alteración de diversas funcións cognitivas (linguaxe, función executiva, praxis, habilidades

visoespaciais e construtivas), incluíndo a memoria, pero sen cumprir os criterios para o diagnóstico de demencia.

- **DCL monodominio non amnésico (DCL-mnoa) ou de dominio cognitivo diferente á memoria:** onde se identifican alteracións noutras funcións cognitivas mentres que a memoria se atopa preservada ou en mellores condicións^{43,49}.

Esta clasificación susténtase sobre os resultados de probas neuropsicolóxicas e permite predicir o tipo de demencia que con maior probabilidade pode desenvolver o paciente⁴. Calquera destes tres subtipos de DCL pode evolucionar a unha demencia tipo Alzhéimer, tendo maior probabilidade aquelas onde a memoria se atopa alterada⁵¹ e de forma adicional ás dificultades cognitivas, se identifican alteracións do comportamento, como depresión e apatía; aumentando de forma considerable o risco de evolucionar a unha demencia⁵²⁻⁵⁴. Desde outros estudos fálase que o subtipo amnésico ten máis probabilidade de desenvolver unha EA, namentres que os non amnésicos poderán evolucionar na dirección doutro tipo de demencias⁴. Sen embargo, parece que o subtipo DCL-mnoa constituiría o estado prodrómico de demencias, tales como a demencia frontotemporal, demencia por corpos de Lewy ou demencia vascular; mentres que o subtipo DCL-a evoluciona xeralmente a enfermidade de Alzheimer^{41,55}.

É recente a publicación dunha Guía de Consulta dos Criterios Diagnósticos do DSM-5⁵⁶, no cal se contemplan algúns cambios con respecto á clasificación destes trastorno. Na versión anterior, DSM-IV-TR⁴², aparecían agrupados no apartado Delirium, demencia, trastornos mnésicos e outros

trastornos cognoscitivos; mentres que no DSM-5 aparecen baixo a clasificación de Trastornos Neurocognitivos maiores e leves; polo que demencia e trastorno amnésico estarían dentro da categoría de Trastorno Neurocognitivo Grave (maior). A categoría Trastorno Neurocognitivo Leve aparece por primeira vez no DSM-5, sendo un novo trastorno que permite o diagnóstico de síndromes menos invalidantes que non obstante poderían ser foco de preocupación tanto para o trastorno grave como para o leve, seguidos de criterios diagnósticos para os diferentes subtipos etiolóxicos. O DSM-5 proporciona tamén unha lista actualizada dos dominios neurocognitivos, posto que estes son necesarios para establecer a presenza do trastorno neurocognitivo distinguindo entre os niveis grave e leve de discapacidade, e diferenciando entre subtipos etiolóxicos⁵⁶.

3. Síntomas Psicolóxicos e Condutuais

Varios estudos afirman que entre o 50-85% dos pacientes con DCL experimentan cambios do comportamento simultaneamente aos cambios cognitivos^{52,57,58}, sendo os cambios do comportamento máis asociados, a depresión, a irritabilidade, a ansiedade e a apatía^{4,57}.

A sintomatoloxía cognitiva constitúe un dos capítulos fundamentais cando estamos a falar de demencia, debido a que é a queixa central dos pacientes, provocando o comezo do proceso diagnóstico da mesma⁴.

A continuación desenvolvemos algúns dos trastornos máis frecuentes na poboación anciá.

3.1. Trastornos do Sono

No envellecemento aumentan as dificultades para durmir así como o tempo que se pasa deitado na cama, as horas de sono intercálanse con intras de

insomnio e a duración do sono nocturno adoita a reducirse, sendo as súas interrupcións máis frecuentes. As queixas do sono máis frecuentes son o incremento da frecuencia e da duración dos espertares nocturnos, incluso en adultos anciáns saudables e activos, e queixas sobre o sono lixeiro⁸. Os trastornos do sono con maior incidencia nas persoas maiores son⁵⁹:

- **Insomnio:** alteración máis frecuente sobre todo como trastorno secundario a outros factores (enfermidades orgánicas e psíquicas, consumo de medicamentos...). Os síntomas inclúen dificultades para conciliar o sono, espertares frecuentes, tempo total do sono escaso e sono non reparador.
- **Hipersomnia idiopática:** máis frecuentes as hipersomnias secundarias de causa orgánica coñecida, sobre todo asociada ao síndrome de apnea do sono e ás de causa psicóxena.
- **Síndrome de apnea obstrutiva do sono:** moi frecuente no ancián; a pesares da somnolencia diúrna, non parece existir deterioro do rendemento cognitivo diúrno.
- **Movimentos periódicos das pernas:** síndrome que pode ser a causa dun insomnio grave, sobre todo cando eses movementos fragmentan o sono e resulta ser pouco reparador; pero se o paciente non se decata dos espertares parciais debido aos movementos, e o trastorno é crónico, o síntoma percibido pode ser un exceso de somnolencia ao longo do día.
- **Parasomnias:** na vellez, o somnambulismo soe referirse como “vagabundeo nocturno ou errabundismo” e polo xeral débese a un síndrome orgánico. Os pesadelos soen ter unha orixe

psicopatolóxica, pero fármacos determinados de uso frecuente no ancián (antidepresivos, neurolépticos...) poden producilas tamén.

- **Trastorno da conduta durante o sono REM:** consiste na aparición dun aumento da actividade motora , en forma de xestos, gritos, patadas, xesticulacións, deambulación e condutas agresivas, que soen corresponder á escenificación dos sonos de contido ameazante e violento.
- **Trastornos do sono por inadaptación:** sono afectado por situacións emocionais perturbadoras, como poden ser a xubilación, unha hospitalización ou a viuvez, situacións nas que o sono sofre cambios na calidade así como na dificultade para o inicio e o mantemento do sono nocturno, derivando en irritabilidade diúrna, ansiedade e un menor rendemento cognitivo. Soe ser de carácter transitorio en función da capacidade de adaptación á nova situación, e tan só en casos illados require tratamento baseado en terapias condutuais.
- **Axitación nocturna ou delirium:** problema frecuente que pode aparecer durante as horas de sono ou ao anoitecer. A axitación nocturna recorrente obsérvase con maior frecuencia en anciáns con EA e pode ser precipitada por factores como poden ser a dor crónica, enurese nocturna, ruídos e voces das persoas próximas, horarios pouco axeitados á hora de deitarse que producen longos períodos no leito sen durmir, medo á escuridade... O síndrome do anoitecer ou estado confusional agudo superponse ao estado de axitación nocturna, pero acontece ao anoitecer, tanto antes como despois de cear.

3.2. Ansiedade

A ansiedade é un estado de alerta esaxerado e caracterizado por un aumento da tensión muscular (rixidez, sentimento de agarrotamento), manifestacións neurovexetativas (suor, boca seca), sensación subxectiva de perigo, excesiva preocupación, inquietude, dificultades na concentración e alteracións do sono²⁴. Pode verse como algo patolóxico cando interfere coa efectividade na vida, coa obtención de metas desexadas ou de satisfacción ou co benestar emocional razoable. A ansiedade pode presentarse como un síntoma, un síndrome ou un trastorno, como un estado psiquiátrico comórbido (p.ex. de depresión ou demencia) ou ser provocado por enfermidades ou medicamentos. As principais causas da ansiedade poden ser a diminución das capacidades en comparación coas que se dispoñía anos anteriores, a proximidade coa morte e os cambios de estatus social⁸.

No tocante ás manifestacións máis habituais da ansiedade, a ansiedade como síntoma da depresión é a forma de presentación máis común da ansiedade na vellez; o 95% dos anciáns deprimidos presentan síntomas de ansiedade e a ansiedade, ao mesmo tempo, pode afectar ao curso e prognóstico a curto e longo prazo da depresión. O trastorno de ansiedade xeneralizada (TAG) é comparable á depresión maior en termos de deterioro da calidade da vida da persoa maior⁶⁰.

3.3. Depresión

Entre os trastornos depresivos atopamos o trastorno distímico ou distimia, e a depresión maior. A ***distimia*** é un trastorno depresivo crónico máis moderado, no que se da un ánimo depresivo e outros síntomas, como por exemplo as alteracións do sono, pobre autoestima e indefensión, durante a

maior parte do día nos dous últimos anos⁸. A definición operativa de depresión engloba unha gran variedade de manifestacións motoras, cognitivas, afectivas e fisiolóxicas (disforia, perda de peso, apatía), a consideración de diferentes tipos de trastornos depresivos, así como a valoración das distintas dimensións das respostas depresivas (tempo, intensidade e frecuencia)³⁵.

A **depresión** é o problema de saúde mental máis común na terceira idade e a causa máis reversible da morbilidade psiquiátrica e de mortalidade na vellez. A idade non é un predictor adverso da resposta ao tratamento e os suxeitos anciáns teñen un resultado mellor que as persoas máis novas nalgunhas circunstancias⁶¹. As características especiais das persoas maiores poden vir dadas por unha maior vivencia en soidade, de baleiro, de apatía, de ansiedade, xunto con queixas somáticas, tendencia ao retraemento e o desinterese xeral polo entorno. As depresións enmascaradas por unha sintomatoloxía física do tipo cefaleas, alxias e trastornos gastrointestinais danse con maior frecuencia que noutras idades³⁵.

Na poboación maior de 65 anos que vive na comunidade sitúase unha prevalencia da depresión maior nun 1-7%^{62,63}, mentres que a prevalencia dos síntomas depresivos significativos establécese entre o 15% e o 13-27%⁶².

O factor da hospitalización tamén inflúe na prevalencia da depresión nas persoas maiores, situada entorno ao 25% na xente maior clinicamente deprimida dentro de unidades hospitalarias⁶¹; a presenza de síntomas depresivos significativos nesta poboación sitúase entre o 25-30%⁶⁴. No caso das persoas maiores institucionalizadas, a sintomatoloxía depresiva

Introdución

clínicamente importante vai desde un 30-40%⁶¹, ata case o 80%⁶³; a presenza da sintomatoloxía da depresión, sumando a moderada e a grave, acadada o 60,3% entre os pacientes institucionalizados e o 77,5% nos atendidos no fogar⁶⁵.

As causas ou modelos explicativos da depresión xeriátrica recóllense a continuación⁸:

- Cambios hormonais ou desarranxos bioquímicos no cerebro: o envellecemento contribúe á diminución da capacidade da fabricación de neurotransmisores (NT) existindo determinadas enzimas encargadas da súa destrución. A diminución de NT non se observa en todos os suxeitos maiores e nalgúns suxeitos depresivos incluso pode aumentar.
- Explicación Condutista: a depresión débese a unha frecuencia reducida na realización de condutas que poden estar reforzadas positivamente; se non son reforzadas, esas condutas extinguiranse de forma gradual, explicando así a pasividade e a falta de motivación nas persoas maiores depresivas. Relaciónase a depresión co fenómeno da indefensión aprendida, que é o estado no que a persoa decide non actuar, porque sente que non pode facer nada, tras comprobar repetidamente que as consecuencias non están relacionadas coas condutas que emite.
- Explicación Cognitiva: a depresión é un trastorno do pensamento consecuencia de estruturas cognitivas erróneas ou pouco axeitadas, xa que determinados estados de ánimo provocan unha visión distorsionada da realidade. É dicir, os cambios bioquímicos

producidos no cerebro serían o resultado e non a causa da depresión, pensamentos que adoitan a ser persistentes, involuntarios e compatibles coas situacións formuladas aos suxeitos, e poden estar alimentados por unha visión negativa e por determinados estereotipos sociais da vellez. Cando as persoas están deprimidas, poden identificar problemas ou estresores como “causantes” da súa depresión, non obstante, tras recuperarse, emerxe con frecuencia que as atribucións causais reflicten percepcións negativas e distorsións cognitivas máis que seren a verdadeira significación etiolóxica⁶⁶.

A depresión na etapa final da vida é unha condición que permanece infradiagnosticada e deixada ao marxe do tratamento⁶⁷. Non máis do 10% dos anciáns detectados en atención primaria recibirán tratamento antidepressivo e menos do 1% serán derivados a un psiquiatra, a pesar de consultar ao seu médico de cabeceira dúas ou tres veces máis que as persoas sen depresión⁶¹. Esta pobre resposta pode desembocar no denominado “nihilismo terapéutico”, é dicir, non facer nada xa que se trata dunha condición inevitable ou irreversible, e centrarse tan só no tratable, que é a enfermidade física correspondente³⁵.

Algúns autores falan da existencia dunha correlación positiva entre a depresión e os trastornos da conduta derivados dos déficits amnésicos (preguntas repetitivas e esquecementos) e as condutas disruptivas (agresividade e condutas perigosas); ademais, a depresión asóciase a uns niveis de disfunción cognitiva, feito que nos permite sospeitar que a depresión é unha fonte complementaria da incapacidade no deterioro

cognitivo⁶⁸. Outros autores sinalan que a depresión está caracterizada por deterioros cognitivos, incluíndo as disfuncións executivas en procesos como a actualización, o cambio e a inhibición⁶⁹.

3.4. Conduta Suicida

O suicidio é máis común no colectivo de persoas de máis de 60 anos que en idades inferiores, sendo as manifestacións nesta idade moi particulares⁷⁰. A conduta suicida no ancián está caracterizada por⁷¹:

- Menor ideación suicida, con menos sinais de aviso e máis difíciles de detectar.
- Menos intentos de suicidio frustrados e maiores taxas de suicidio completadas.
- Emprego de métodos mortais para executar a conduta suicida.

3.5. Hipocondriase

A hipocondriase é un trastorno psiquiátrico que implica o medo dunha persoa a ter unha enfermidade grave ou a idea de que xa a padece, baseándose nunha interpretación pouco axeitada dos seus síntomas somáticos. Os estudos epidemiolóxicos estiman unha prevalencia da hipocondriase en atención primaria de entre o 0,4-14%, dependendo da poboación avaliada e dos métodos empregados⁷².

3.6. Outros Síntomas Psicolóxicos e Condutuais

Nos últimos anos, debido ao incremento da expectativa de vida, experimentouse un incremento considerable de persoas anciás, que leva parello o aumento de problemas médicos asociados ao envellecemento (por exemplo, enfermidades crónicas), que de forma inevitable intensifican as necesidades ambulatorias e hospitalarias⁷³. Nesta poboación xeriátrica

fronte a outros grupos de idade existe maior prevalencia de patoloxías crónicas, sendo maior tamén o emprego de servizos sanitarios co maior consumo de fármacos (70% fronte o 17% da poboación xeral)⁷⁴. A inxestión de drogas ten importantes consecuencias sobre a saúde física e mental das persoas, pero estas repercusións incrementanse nas persoas maiores, por estar asociadas a un número maior de problemas médicos⁷⁵. Entre as persoas maiores existe un policonsumo de fármacos (4,5-8 fármacos por persoa e día), relacionado cun alto índice de efectos adversos e mortalidade; aumentando así mesmo a frecuencia das reaccións co número de drogas ingeridas, representando o 15-30% dos ingresos hospitalarios en persoas de idade avanzada⁷⁶. Tan só nos últimos anos empezouse a conceder importancia á incidencia do consumo de drogas, sempre máis vinculada con adolescentes e adultos. Habitualmente a inxestión está asociada ao consumo de: alcohol, psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos...) e analxésicos (opioides...)⁷⁴.

4. Demencia

O termo demencia ten a súa orixe na antiga Grecia onde se describiu o trastorno como a imposibilidade de administrar os propios bens⁷⁷. A primeira consideración da demencia como unha entidade clínica veu da man de Aurelius Cornelius Celsus na súa obra De Medicine, no século I A.C. Un século despois, o médico romano Arateo de Capadicia sinalou o envellecemento como causa do deterioro cognitivo e da perda de xuízo, e estableceu a primeira clasificación coñecida que dividía as demencias en agudas e crónicas⁸.

Introdución

No ano 1907 un psiquiatra e anatomopatolóxico chamado Alois Alzheimer publicou un estudo clínico e anatómico dunha paciente de 51 anos, falecida tras presentar durante 4 anos e 6 meses a evolución dun importante cadro de demencia con grave desorientación e alucinacións, mostrando o seu cerebro un conglomerado de nobelos neuronais fibrilares en coexistencia con placas senís. Na década dos anos corenta Marañón reservou o termo demencia dentro da linguaxe psiquiátrica para aqueles “estados de debilitación, xeralmente progresiva e falta das facultades mentais, ata entón normais”. Engadiu que “na demencia están debilitadas todas as actividades psíquicas, e non só un grupo delas; inicialmente as intelectuais, pero tamén de modo secundario unha diminución ou anulación da afectividade, da vontade, que pode chegar a ser a completa abulia e a intelixencia: da memoria e do xuízo⁷⁸.”

A maior evolución do concepto de demencia rexistrouse no último cuarto de século XX; e o cambio máis significativo veu da man do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais- Terceira Revisión- (DSM-III) publicado no 1980, onde se evita a distinción psicótico/non psicótico e elimínase o criterio de irreversibilidade. No DSM-IV as demencias quedan recollidas no grupo de trastornos cognoscitivos e o seu diagnóstico contempla un trastorno cognitivo que ten como consecuencia un déficit funcional; este manual elude tamén as connotacións acerca do prognóstico, e di que a demencia pode ser progresiva, estática ou en remisión. Desde este punto de vista, tanto o curso da enfermidade como a súa posible reversibilidade ou irreversibilidade dependerían da patoloxía subxacente e da rapidez e dispoñibilidade coa que se aplique o tratamento eficaz correspondente²⁵.

Á definición súmaselle a posible inclusión de cambios na personalidade, no estado de ánimo e na conduta, describindo a demencia como un proceso irreversible que está causada por unha lesión ou enfermidade (sendo a EA a causa máis común), podendo ser reversible se está causada, por exemplo, por drogas, alcohol, desaxustes hormonais e vitamínicos ou depresión⁷⁹. Actualmente mantense unha concepción gradual, afirmando a existencia dun contínuum entre as alteracións cognitivas asociadas ao envellecemento “normal” pasando polo deterioro leve e rematando, noutro extremo, en demencia⁸⁰.

Historicamente o termo demencia implicaba un curso progresivo ou irreversible, sen embargo, a definición de demencia do DSM-IV (Táboa 1) basease nun patrón de déficit cognoscitivo e non implica connotacións sobre o pronóstico. A demencia pode ser progresiva, estática ou en remisión. A reversibilidade da demencia está en función da patoloxía subxacente e da rapidez e dispoñibilidade de aplicación dun tratamento eficaz. O modo de inicio e o curso subseguente dependerán tamén da etioloxía subxacente. O grao de discapacidade depende non só da gravidade do deterioro cognoscitivo do individuo, senón tamén da dispoñibilidade de soporte social. Nas formas avanzadas de demencia os individuos poden chegar a estar desconectados do entorno e requirir coidados constantes. Os individuos con demencia grave son susceptibles aos accidentes e ás enfermidades infecciosas, que con frecuencia producen un fatal desenlace⁴².

Táboa 1. Criterios diagnósticos da demencia segundo o DSM-IV (APA, 2003)⁴²

A. Desenvolvemento de déficits cognitivos múltiples manifestados por:

1. Trastornos de memoria (alteración na capacidade de aprender nova información ou recordar a xa aprendida)
2. Un ou máis dos trastornos cognitivos seguintes:
 - a) Afasia (trastorno da linguaxe)
 - b) Apraxia (trastorno na capacidade de executar actividades motoras a pesar dunha función motora intacta)
 - c) Agnosia (incapacidade de recoñecer ou identificar obxectos a pesar dunha información sensitiva intacta)
 - d) Trastorno do funcionamento executivo (p.ex. planificar, organizarse, realizar accións secuenciais, capacidade de abstracción)

B. Os déficits cognitivos dos criterios A1 e A2 causan ambos un deterioro significativo no funcionamento ocupacional ou social, e representan un descenso significativo desde un nivel previo de funcionamento

C. O déficit cognitivo non acontece no transcurso dun síndrome confusional agudo

A un nivel sintomatolóxico máis específico, ademais dos criterios diagnósticos do DSM-IV (Táboa 1), do DSM-5 (Táboa 2) e da Clasificación Internacional das Enfermidades CIE-10 (Táboa 3), cabe mencionar a clasificación dos síntomas divididos en cognitivos e do comportamento^{24,42,45,81-83}, facilitando a orientación a un diagnóstico de demencia.

Táboa 2. Criterios diagnósticos do Trastorno Neurocognitivo maior segundo o DSM-5 (APA, 2014)⁵⁶

A. Evidencias dun novo declive cognitivo significativo comparado co nivel previo de rendemento nun ou máis dominios cognitivos (atención complexa, función executiva, aprendizaxe e memoria, linguaxe, habilidade perceptual ou cognición social) baseada en:

1. Preocupación no propio individuo, nun informante que o coñece e no clínico, porque houbo un declive significativo nunha función cognitiva, e
2. Un deterioro sustancial do rendemento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicolóxico estandarizado ou, no seu defecto, por outra avaliación clínica cuantitativa.

B. Os déficits cognitivos interfíren coa autonomía do individuo nas actividades cotiás (é dicir, polo menos necesita asistencia coas actividades instrumentais complexas da vida diaria, como pagar facturas ou cumprir os tratamentos).

C. Os déficits cognitivos non acontecen exclusivamente no contexto dun síndrome confusional.

D. Os déficits cognitivos non se explican mellor por outro trastorno mental (p.e. trastorno depresivo maior, esquizofrenia).

Táboa 3. Criterios diagnósticos da demencia segundo a CIE-10 (OMS, 1992)⁴⁵

G1. Presenza de demencia cun determinado nivel de gravidade baseado en:

- Deterioro da memoria obxectivable: incapacidade de aprender nova información ou de recordar a previamente aprendida, incluíndo material verbal e non verbal
- Déficit da capacidade intelectual, caracterizado por un deterioro do pensamento e da capacidade de procesar información

G2. Ausencia de obnubilación da conciencia

G3. Deterioro do control emocional, motivación ou un cambio do comportamento social

G4. Para que o diagnóstico sexa seguro, o criterio G1 debe estar claramente presente polo menos durante 6 meses

4.1. Envellecemento e Demencias

Os cambios cognitivos por mor do envellecemento varían entre individuos, pero en xeral, os adultos mozos e os anciáns renden de forma diferente en tarefas de resolución de problemas. Nas tarefas de identificación de conceptos, os anciáns empregan estratexias menos eficaces, tendo éxito no ofrecemento de solucións, cometen máis erros, pois é menos probable que cambien de estratexia se a resposta é incorrecta. Así mesmo os anciáns usan estratexias menos sofisticadas na clasificación e categorización de tarefas⁸⁴; recoñecendo tan ben como os mozos o esencial dunha tarefa cando se lles presenta, non así tan ben os detalles⁸⁵ dado que confían no seu coñecemento xeral do mundo para completar a súa memoria, polo que os anciáns tenden máis a cometer erros no recoñecemento⁸⁶. As persoas maiores a miúdo quéixanse de problemas de memoria; o 83% refire esquecementos de nomes, o 60% refiren perder obxectos (como chaves...) e o 57% refire esquecer o número de teléfono que acaba de comprobar⁸⁷. A memoria dos anciáns sans atópase preservada para o material relevante e coñecido, pero a capacidade para procesar nova información diminúe⁸⁶.

A poboación de persoas maiores de 65 anos está sufrindo un cambio á alza e a esperanza de vida incrementouse en 30 anos nos últimos 20 séculos¹, estimándose que 81,1 millóns de persoas padecerán demencia no ano 2040⁸⁸. Este incremento no número da poboación adulta maior vese

favorecido pola esperanza de vida, o cal leva parello un incremento do número de persoas afectadas por demencias, tanto no ámbito nacional como mundial^{5,6}. O termo demencia fai alusión ao síndrome de deterioro intelectual persistente do intelecto manifestado por alteracións na memoria, ademais doutros trastornos cognitivos e da personalidade⁸⁹.

A demencia é unha enfermidade común na poboación maior e a súa prevalencia aumenta coa idade; en España a prevalencia en maiores de 65 anos é do 9,2%, sendo máis alta en mulleres (11,1%) que en homes (6,5%). Esta prevalencia aumenta coa idade ata os nonaxenarios, onde se estabiliza nun 25-54%^{6,90,91}. Deste xeito o número de persoas con demencia que viven na sociedade está a sufrir e sufrirá un gran incremento cuantitativo, estimando que sexa o dobre cada 20 anos e xerando así unha gran demanda sociosanitaria^{92,93}. En España, dos 4 millóns de persoas maiores de 80 anos, 170.000 persoas enfermarán cada ano (85%)⁸⁹. A demencia é un problema de saúde grave, sendo a sexta causa de mortalidade en España.

A prevalencia observada en diversos estudos epidemiolóxicos depende da idade dos suxeitos da mostra, dos métodos para determinar a presenza, da gravidade, do tipo de deterioro cognoscitivo, e das rexións ou países estudados. En poboación adulta, os estudos comunitarios prospectivos a un ano estiman unha prevalencia de case o 3% de deterioro cognoscitivo grave. Diversos estudos epidemiolóxicos mostran que a prevalencia da demencia, especialmente a demencia tipo Alzhéimer, aumenta coa idade⁴².

As cifras de prevalencia oscilan entre o 1,4% e o 1,6% en individuos de 65 a 69 anos, aumentando do 16 ao 25% nos individuos de idade superior a 85

Introdución

anos⁴²; é dicir, a maior idade, maior número de casos, duplicándose a incidencia por cada quinquenio a partir dos 65 anos. Calcúlase que en España hai máis de 600.000 persoas con demencia, e entre 18-35 millóns de enfermos no mundo⁹⁴.

A demencia soe ser moi rara antes dos 65 anos, presentándose soamente no 2% da poboación entre os 65-75 anos, e ascende ao 80% nos maiores de 80 anos. A incidencia normal deste proceso estímase entre o 0,7-0,5% en homes e mulleres, respectivamente, con idades comprendidas entre os 70-79 anos, elevándose ao 1,9-2,5% en maiores de 80 anos. A enfermidade de Alzheimer soe ser a causa máis frecuente de demencia en anciáns, xa que representa o 50-70% dos casos, e a demencia multiinfarto, secundaria á enfermidade vascular supón o 10-20%⁹⁵.

A demencia presenta un gran custo no sistema sociosanitario, orixinando un impacto na sociedade, sendo necesaria unha mellora no coñecemento das súas causas, do curso e das consecuencias da enfermidade, ferramenta clave para contribuír ao seu mellor tratamento. As persoas con demencia presentan unhas porcentaxes de supervivencia máis baixas comparadas coas daquelas persoas sen demencia, sendo a súa probabilidade de defunción de 2 a 4 veces maior que en persoas da mesma idade pero sen demencia⁹⁶.

O termo demencia fai alusión ao síndrome de deterioro intelectual persistente do intelecto manifestado mediante alteracións na memoria, ademais doutros trastornos cognitivos e de personalidade. A maioría das demencias son progresivas e tan só o 15% son reversibles, entendéndose como reversible a busca dunha etioloxía que requira tratamento específico,

aínda que o paciente non recupere completamente o deterioro cognitivo previo^{89,97}.

A demencia caracterízase polo desenvolvemento de múltiples déficits cognitivos, que inclúen o deterioro da memoria e unha ou máis alteracións cognoscitivas (apraxia, afasia, agnosia ou alteración na capacidade executiva). Dita afectación é o suficientemente grave como para interferir nas actividades laborais e sociais. Algúns estudos feitos en pacientes con demencia tiveron en conta características tales como a idade, o sexo, factores sociodemográficos, tipos de demencia, inicio da enfermidade, factores xenéticos e outras condicións de comorbilidade para ver o seu efecto sobre a enfermidade. A alta mortalidade en persoas con demencia persiste dentro dos grupos de maior idade⁹⁸.

Dentro dos subtipos de demencia, a demencia tipo Alzheimer (DTA) é unha das causas máis comúns de demencia en persoas maiores, acontecendo aproximadamente entre o 60 e o 70% dos casos⁹⁹ mentres que a demencia vascular sería a segunda causa máis común, ao redor do 10-15%^{100,101}. A taxa anual da DTA na poboación xeral é do 1 ao 2%, mentres que en pacientes con DCL atópase ao redor do 10-15%^{48,102}, taxa que se observa incrementada con graos maiores de deterioro¹⁰³. Os pacientes que presentan un maior deterioro cognitivo teñen unha maior probabilidade de desenvolver unha DTA^{104,105}.

Conforme se foron desenvolvendo tratamentos para a enfermidade de Alzheimer, fíxose tamén un esforzo para identificar aos suxeitos potenciais de ensaios de intervención, a persoas con risco elevado de desenvolver EA, ou a persoas afectadas que non cumpren criterios de demencia. Isto

aconteceu xunto co desenvolvemento da entidade diagnóstica do DCL¹⁰⁶. As persoas con DCL presentan queixas de memoria, realizan de forma normal as actividades da vida diaria e presentan unha función cognitiva xeral normal, teñen unha alteración na función mnésica para a súa idade e non cumpren os criterios de demencia. Diferéncianse das persoas con DMAE pola maior gravidade das queixas de memoria¹⁰⁷. Cando se leva a cabo un seguimento de máis de 5 anos, entre o 10-15% das persoas con DCL evolucionan en EA cada ano, o que ven sendo máis do 1-2% por ano que presenta a poboación xeral. Algúns estudos amosan que as persoas con DCL se atopan probablemente no estadio clinicamente demostrable máis precoz da EA⁸⁶.

4.2. Síntomas Psicolóxicos e Condutuais das Demencias

Os pacientes con demencia amosan unha variedade de problemas de conduta severos que provocan un deterioro significativo das súas vidas e fan que o seu coidado sexa máis difícil. Actualmente a pesar do pouco coñecemento sobre as causas destes problemas, a súa prevalencia e persistencia si están ben definidas^{108,109}. Tanto se acontecen no fogar como nun centro residencial, demostrouse que ditos problemas inflúen de forma adversa nas interaccións sociais, no coidado cotiá e na calidade de vida tanto dos pacientes como dos cuidadores¹¹⁰.

Existe un bo número de problemas de conduta, que se ben non son exclusivos das persoas con demencia, están vinculados á mesma. A importancia dos SPCD queda ben establecida, sen embargo non o está a correlación temporal entre os síntomas neuropsiquiátricos, a función executiva e os déficits cognitivos,¹¹¹ aínda cando algúns estudos suxiren que

a presenza dos síntomas psiquiátricos e condutuais estarían asociados a unha aceleración do declinar cognoscitivo e funcional do enfermo con demencia^{112,113}. Levar a cabo unha enumeración dos mesmos non é tarefa doada xa que existen diversas clasificacións dos mesmos con importantes solapamentos entre as condutas incluídas. O termo de trastorno ou problema condutual non fai referencia a un fenómeno uniforme, senón que presenta unha ampla categoría de problemas de distinto orixe, forma e dinámica¹⁰⁹. A continuación, (Táboa 4), amósase unha enumeración dos problemas de conduta¹¹⁰:

Táboa 4.- Problemas condutuais asociados á demencia

Axitación	Deambulación
Agresividade (verbal e física)	Conduta sexual inapropiada ou desinhibida
Condutas psicóticas (paranoia, suspicacia, alucinacións e delirios)	Outros comportamentos socialmente pouco axeitados
Incontinencia	Trastornos do sono
Trastorno do humor (depresión)	Perda de habilidades do autocoidado
Trastornos psicomotores	Alteracións memorísticas
Dificultades de comunicación	

A **axitación** pode incluír comportamentos diversos, desde reaccións catastrofistas, deambulación, condutas repetitivas e sen propósito aparente, queixas, vocalizacións disruptivas...; podendo acompañarse algunha destas reaccións con episodios agresivos.

As **condutas psicóticas**, sobre todo os **delirios e alucinacións**, coexisten con frecuencia. Os **delirios** soen ser transitorios, pouco estruturados e polo xeral implican o roubo dalgunhas pertenzas ou son de tipo persecutorio. As **alucinacións** son sobre todo de tipo visual ou auditivo e poden implicar a visión de persoas ou animais e escoitar voces ou ruídos. Os **cambios nos niveis de actividade** son comúns, posto que as persoas con demencia poden parecer illadas, con retardo psicomotor, pasando o tempo deitadas na cama ou sentadas nunha cadeira, vagando sen un fin aparente; isto require dunha maior atención e vixilancia por parte dos coidadores¹¹⁰. Nos **cambios no ciclo do sono** establécese un patrón caracterizado por unha diminución do sono de ondas lentas e un aumento dos espertares nocturnos en estadios iniciais da enfermidade, así como un aumento do sono ao longo do día e a medida que a enfermidade avanza¹¹⁴. A **incontinencia** é habitual nas persoas con demencia por non recoñecer as sinais corporais que lles indican da urxencia de acudir ao baño¹¹⁵. Outro problema de conduta frecuente nas persoas con demencia é a **desinhibición** e a ausencia de xuízo en situacións sociais.

A persoa con demencia que amosa **deambulación** é capaz de permanecer camiñando durante un longo período de tempo sen un obxectivo ou motivo aparente ou concreto. Nun primeiro intre non ten porque ser un problema e tan só comeza a selo cando se produce en lugares pouco axeitados ou pode ter consecuencias negativas, como pode ser perderse, amosarse agresivo con outras persoas, risco de caídas...¹¹⁰ Algunhas das características que presenta a deambulación son: inquietude, incapacidade de permanecer quedos, andar polo mesmo lugar repetidas veces, balancearse dun lado a outro, intentos de saír da habitación onde se atopan, tocar obxectos ou

tiradores das portas unha e outra vez e busca de sensacións táctiles e auditivas. Non é preciso que estes comportamentos acontezan todos para poder falar de deambulación, abonda con que se produzan tan só algúns deles¹¹⁶.

As **reaccións catastróficas** son respostas emocionais extremas, xeralmente de cólera ou medo (choro, enfado, intranquilidade...). Acontecen con frecuencia en resposta a circunstancias ambientais. A **paranoia** e a **susplicacia** que padecen algúns dos pacientes con demencia acusan aos seus familiares ou ao persoal de roubar ou intentos de roubo dalgún obxecto¹¹⁰.

Os problemas de conduta severos que amosan as persoas maiores con demencia poden dividirse en tres categorías descritivas:¹¹⁷

- **Problemas por exceso de conduta:** problemas definidos en base á súa alta frecuencia de ocorrencia (gritos, queixas, verbalizacións repetitivas, agresión...).
- **Problemas por déficit condutuais:** respostas que acontecen con frecuencia máis baixa do axeitado ou inferior á propia base do suxeito; por exemplo, perda das habilidades de autocoidado, baixa taxa de actividades pracenteiras e diminución das interaccións sociais.
- **Problemas de conduta relacionados co control de estímulos:** son frecuentes e de carácter importante entre as persoas con demencia, experimentando unha combinación das dificultades de procesamento cognitivo e deterioro sensorial¹¹⁸.

Introducción

Certos excesos de conduta, como a axitación e a agresividade, son algunhas das razóns máis comúns de institucionalización do paciente ou do emprego de restricións físicas ou químicas^{119,120}. Os excesos de conduta e os problemas vinculados ao control de estímulos inclúen problemas como: irritabilidade, ansiedade, medo, paranoia ou suspicacia, agresión, delirios, alucinacións, deambulacións e balanceo. Algunhas manifestacións dos mesmos poden ser moderadas na súa presentación e relativamente infrecuentes, mentres que outras poden ser severas e asemellarse a comportamentos psicóticos¹²¹.

Os trastornos de conduta que acontecen na demencia foron agrupados de diferente maneira dependendo das diferentes metodoloxías e conceptos¹²². Algunhas publicacións falan de trastornos do ánimo (depresión, manía, disforia ou labilidade), síntomas psicóticos (alucinacións e delirios), trastornos da conduta e actividade (axitación, agresividade, vagabundeo e síntomas psicomotores), trastornos de ansiedade (fobias e angustia) e distorsión do ritmo sono- vixilia^{123,124}. Estudos sobre diferentes categorías de conduta na demencia demostran a existencia de máis de 30 tipos de comportamentos relacionados coa evolución da enfermidade, entre os que destacan os trastornos mentais, trastornos da alimentación, cambios no ritmo diúrno, cadros de axitación, comportamento agresivo, conduta sexual inapropiada e trastornos psicomotores, presenza que se correlaciona coa evolución dos déficits cognoscitivos¹²⁵⁻¹²⁷.

Con frecuencia os pacientes que padecen a enfermidade de Alzheimer presentan unha maior porcentaxe de amosar "Síntomas Psicolóxicos e Condutuais asociados á Demencia", actualmente recollidos baixo as siglas

SPCD¹²⁸. Segundo a Asociación Internacional de Psicoxeriatría, os SPCD son identificados en base á observación dos pacientes, incluíndo: agresividade física, gritos, inquietude, axitación, deambulación, comportamentos inapropiados culturalmente e comportamento sexual desinhibido^{128,129}. A pesar dos esforzos do consenso, a investigación das alteracións condutuais e psicolóxicas da demencia segue presentándose complexa por diversas cuestións que deben ser resoltas¹²².

Os SPCD fan referencia a alteracións da conduta, do afecto e síntomas psicóticos, en xeral en forma de delirios, alucinacións, agresividade, axitación, disforia, depresión, ansiedade, apatía, indiferenza, irritabilidade, labilidade emocional, euforia, desinhibición, conduta motora aberrante, alteracións do sono e da conduta alimentaria, entre outros¹³⁰.

De acordo coas estimacións de mostras clínicas, ao redor do 70-80% dos pacientes con demencia experimentan algunha alteración do comportamento ou mental ao longo do curso da enfermidade^{131,132}. Estas alteracións psicolóxicas e condutuais están estreitamente relacionadas cun detrimento da calidade de vida, incremento do desgaste do cuidador familiar ou informal, declive cognitivo rápido, exacerbación das alteracións funcionais e aceleración do ingreso nalgunha institución sumado ao incremento do custo do coidado¹³³.

4.3. Síntomas Cognitivos

A continuación amósanse os síntomas cognitivos máis frecuentes relacionados coa demencia:

- 1. Trastornos da Memoria:** alteración tanto da memoria recente como da memoria a longo prazo (a diferenza do esquecemento asociado á

idade) que non debe confundirse cos déficits de atención. A memoria recente, xunto coa amnesia retrógrada (incapacidade de aprendizaxe de nova información) é a que sofre o deterioro máis precoz.

2. Trastornos da Linguaxe: descritos fundamentalmente por afasia (afectación da comprensión e expresión da linguaxe), unidos pola pobreza do discurso, incoherencia, anomia (incapacidade para recordar certas palabras ou o nome dun obxecto coñecido), fenómenos perseverativos, ausencia de control sobre as verbalizacións e no último estadio, mutismo.

3. Apraxia: dificultade para a realización de actividades motoras de forma fina e coordinada, permanecendo intactas tanto a capacidade de movemento (é dicir, non hai parálise) como a comprensión do movemento que se debe de levar a cabo. Por exemplo, dificultades de manipulación como non poder abrochase os botóns ou empregar de forma axeitada os cubertos, aínda que conserve o movemento das extremidades superiores e comprenda como se han de facer.

4. Agnosia, falsos recoñecementos e identificacións: síntomas que se amosan como percepcións erróneas de estímulos externos relacionados coa crenza, convicción ou elaboración sostida falsamente con intensidade delirante. Trátase dun deterioro na capacidade do recoñecemento da información sensorial, que da como resultado erros na distinción de obxectos, sons, cores... No caso de problemas de recoñecemento de partes do corpo fálase de *somatognosia* e de *prosopagnosia* ante o non recoñecemento das caras familiares. É coñecido como "hóspede fantasma" a queixa sobre a presenza de estraños na casa; "signo do espello" a situación na cal

o paciente conversa co seu reflexo no espello, sen recoñecerse no mesmo, sendo o caso máis extremo o do "síndrome de Capgras" no que o paciente pensa que un achegado, xeralmente un cónxuxe, é un impostor⁸².

- 5. Desorientación espacial e temporal:** desorientación e confusión de lugares e datas. No tocante á desorientación temporal descríbese en termos dun trastorno temperá que se constitúe como un bo indicador precoz de deterioro⁸¹.
- 6. Trastornos da atención:** pode verse afectada a capacidade de concentración, cun aumento da distraibilidade.
- 7. Acalculia:** dificultades para o cálculo mental sen apoio escrito, ao que soen ir asociados problemas para o manexo do diñeiro.
- 8. Alteracións das capacidades executivas:** vinculadas xeralmente ao funcionamento íntegro do lóbulo frontal, a súa afectación pode dar como resultado a incapacidade de realizar unha secuencia de condutas, con perseveración nalgunha das partes da cadea de condutas e gran distraibilidade cara estímulos do entorno.
- 9. Trastornos do pensamento, capacidade do xuízo e abstracción:** a persoa presenta dificultades para entender cousas que antes entendía perfectamente, e rexeita o enfrontamento a situacións novas. Así mesmo, pode querer realizar comportamentos pouco axeitados ao contexto ou sobreestimar os feitos e situacións, non podendo extraer conclusións xerais e manténdose soamente coa información concreta.

4.4. Síntomas Psiquiátricos e do Comportamento

Os síntomas psiquiátricos e do comportamento relacionados coa demencia, son os seguintes:

- 1. Delirios e alucinacións:** no tocante aos delirios poden aparecer precozmente e ser o primeiro síntoma da enfermidade, aínda que xeralmente a súa ocorrencia está ligada a estadios máis avanzados da mesma. Soe tratarse de delirios paranoides de prexuízo e persecución, sospeita de roubo, de abandono, de infidelidade do cónxuxe, de referencia e de que hai estraños na casa (síndrome Capgras, anteriormente mencionado). De todos estes patróns, o de roubo e o de abandono parecen ser os de maior frecuencia, e coa súa presenza sinala un predictor da agresividade física⁸³. No caso das alucinacións, as máis habituais son as alucinacións visuais (podendo aparecer nun 35% dos pacientes), sendo as alucinacións auditivas moito menos frecuentes (entre 1-15%); correspondendo o maior número a anciáns hospitalizados. As alucinacións son máis frecuentes nas demencias moderadas que nas demencias graves e especialmente prevalentes nalgúns tipos de demencia como a demencia dos corpos de Lewy. A máis frecuente é a que consiste en ver no domicilio a persoas que non están presentes. Ás veces poden estar relacionadas con defectos da percepción visual ou do recoñecemento visual. Neste sentido, ante a presenza de alucinacións hai que descartar que poidan estar causadas por enfermidades físicas concomitantes, consumo de medicación ou tóxicos.
- 2. Ánimo depresivo e suicidio:** a súa incidencia é variable, aparecendo o suicidio en ocasións en homes con formas moderadas

da enfermidade. O seu diagnóstico pode ser difícil xa que algúns dos síntomas como a apatía, os trastornos do sono ou a axitación poden interpretarse como parte do propio proceso da demencia.

3. Cambios de personalidade: prodúcense como consecuencia dos esforzos de adaptación non exitosos, unidos á incapacidade progresiva para modular as respostas ante estímulos desfavorables. Pode darse unha esaxeración e maior rixidez de trazos previos, así como un cambio radical nos mesmos. As características observables con maior frecuencia son a dependencia, apatía, desinhibición e o egocentrismo. Nalgúns casos, poden aparecer celos ou falta de tacto ou delicadeza, e en estadios máis avanzados, un deterioro dos hábitos de hixiene, comida e rexeitamento do aseo persoal.

4. Trastornos da actividade, vagabundeo ou deambulación constante: aparecen nun 60% dos casos, tanto dentro como fóra do fogar, e poden repetirse patróns, como por exemplo o de vestirse para ir a traballar en suxeitos xubilados, podendo aparecer en fases anteriores ao inicio da enfermidade⁸¹.

5. Trastornos do sono: inversión do ciclo vixilia- sono que ten como resultado insomnio e somnolencia diúrna.

6. Trastornos do comportamento: trátanse de actividades prexudiciais tanto para o propio paciente como para aquelas persoas que o rodean. Un dos máis frecuentes é a inquietude ou axitación psicomotora, que consiste na dificultade para permanecer quedo e sereno nun lugar por tempo prolongado, e a necesidade de moverse. Debe realizarse un diagnóstico diferencial axeitado con respecto á acatisia (inducida por neurolépticos) e valorar outras causas non

demenciais como o malestar interno, enfermidades físicas ou a dor. Así mesmo, pódese dar agresividade verbal ou física, comportamentos repetitivos (de seguimento ao coidador, perseveración cun tema de conversa ou conduta de acumulación), trastorno de índole sexual (por apatía ou por desinhibición, aínda que esta última é máis propia da demencia tipo frontal) e de tipo alimentario (conduta de comer indiscriminada ou compulsivamente, fixación por un alimento determinado ou por defecto, anorexia ou negativa a comer).

- 7. Incontinencia de esfínteres:** soe aparecer en estadios avanzados, primeiro a urinaria e logo a fecal. Convén destacar outras causas da incontinencia como infección urinaria, diarrea por causas médicas,...

O diagnóstico de demencia fala dun trastorno cognitivo que ten como consecuencia un déficit funcional. As diversas formas nas que se poden manifestar estes déficits funcionais, aínda que non son consecuencia directa do funcionamento cognitivo e do comportamento, gardan certo paralelismo coa evolución do deterioro na demencia. Os déficits divídense en función dos tipos da actividade⁸¹:

- Actividades instrumentais da vida diaria (AIVD): actividades complexas como preparar a comida, controlar a medicación...
- Actividades básicas da vida diaria (ABVD): funcións que se deterioran en estadios máis avanzados, como a autonomía no coidado persoal, asearse, comer e conter esfínteres.

5. Recursos Xerontolóxicos: Residencias e Centros de Día

A historia das residencias ou institucións para persoas anciáns (termo máis amplamente empregado) é curta, comezando nalgúns países desenvolvidos logo da II Guerra Mundial, namentres que en España é aínda máis recente. É ao redor dos anos setenta cando comeza a perfilarse o que podería chegar a ser no futuro un sistema público de servizos sociais. O esforzo depositado nesta primeira etapa recaeu na construción de residencias, tentando o seu deseño de mellorar sustancialmente a antiga concepción de "asilo", tradicional institución destinada a anciáns indixentes^{134,135}.

Por mor dos cambios sociais acontecidos ao longo dos últimos 50 anos que, vinculados coa nova situación das persoas maiores, coas súas necesidades e coas esixencias que estas formulan sobre as novas fórmulas de provisión de coidados e atención; producíronse unha serie de cambios que se amosan deseguido^{134,135}:

- *Industrialización e desenvolvemento do sector terciario nas grandes cidades, destino das novas xeracións:* as persoas maiores que fican nas zonas rurais ven así decrecer as súas redes sociais e teñen menos oportunidades que no medio urbano para acceder aos servizos de atención. Pola contra, as persoas que envellecen en núcleos urbanos atópanse con problemas inherentes a este tipo de hábitat, agudizándose nas grandes metrópolis.
- *Incremento considerable do valor do chan e polo tanto o conseguinte predominio das vivendas de reducido tamaño.*

- *Tendencia progresiva cara modelos familiares de tipo nuclear:* facendo referencia á redución do tamaño da familia e ao distanciamento xeográfico entre as xeracións.
- *Cambio de posición das mulleres na sociedade* pola súa incorporación ao mundo laboral e pola asunción progresiva, entre elas, dos valores propugnados polos movementos feministas; cambio correspondido en escasa medida polo correlativo que deberían ter feito os homes para satisfacer os requirimentos dunha sociedade igualitaria.
- *Inestabilidade da institución familiar* (duración incerta do matrimonio ou outras unións, como as separacións, divorcios, cambios de parella) e *diversidade de familias* (familias monoparentais, parellas homosexuais, unións fóra do matrimonio convencional...).
- *Aumento da esperanza de vida e o descenso da fecundidade* que provocaron un avellentamento da poboación sen precedentes; a porcentaxe das persoas maiores de 65 anos de idade con respecto ao conxunto da poboación española pasa de representar un 8% no 1960, a máis dun 17% no ano 2006.
- *Proliferación dos fogares unipersoais entre as persoas maiores de 65 anos* (case o 50% das persoas maiores viven soas nalgúns dos países do norte de Europa; en España, segundo datos do 2005, viven soas o 23% das persoas maiores); indicándonos un importante compoñente diferencial por sexo. No caso español tan só un 12% dos homes maiores viven sos, fronte ao 32% das mulleres¹³⁶.

- *Emerxencia do fenómeno da dependencia* (requirir axuda para levar a cabo as AVD) moi agudizado nos países máis desenvolvidos, pola súa maior esperanza de vida.

A suma de todos estes factores supuxeron que moitas persoas maiores (e a poboación en xeral) perciban como improbable poder ser atendidas durante os anos da vellez de forma tradicional. Tendo en conta que ao longo dos anos 80 o recurso social de atención case exclusivo en España era a residencia, a cal aparecía para moitos como a alternativa única para canalizar a derradeira etapa vital^{134,135}, é na década dos oitenta a que se pode identificar como o período de crítica aberta ao sistema de atención protagonizado pola residencia, desenvolvéndose nesta época un servizo de axuda ao fogar para así evitar institucionalizacións innecesarias¹³⁴.

Profesionais da xerontoloxía (e tamén do discurso político) están avogando de forma xeneralizada o lema de *Envellecer no Fogar* e polo tanto soe proclamarse a necesidade de dar prioridade nas planificacións, a unha diversidade de servizos comunitarios que permitan ás persoas con problemas de dependencia continuar vivindo no seu domicilio, ademais de incluír entre ditos servizos outros tipos de aloxamentos afastados do modelo tradicional de residencia¹³⁴. Algúns dos fitos que poden explicar a necesidade da reformulación poden ser^{134,137}:

- ***Incremento do número de persoas maiores dos 80 anos de idade:*** ao longo do 1960-2040, segundo proxeccións sociodemográficas feitas, o aumento que se está a experimentar neste rango de idade constitúe un cambio histórico sen precedentes; todos os países de Europa rexistrarán un incremento

do 200%. Existen diferenzas notables no tocante ás taxas de incremento, que se explican polas peculiaridades propias dos movementos demográficos inherentes de cada país; sendo a regra xeral en todos eles o grupo formado por aqueles que superaron os 80 anos de idade, incrementándose este a un ritmo espectacular. En España, no ano 1971 a media de idade das persoas maiores que residían en institucións situábase ao redor dos 73 anos¹³⁸; dez anos máis tarde, no 1981, esta media pasou a ser, para aquelas persoas que residían en centros dependentes da Seguridade Social, de 76 anos¹³⁹; mentres que no 1996 a media de idade das persoas residentes en residencias foi de 81,4 anos. No ano 2005 a porcentaxe de persoas con máis de 80 anos entre os que vivían nalgún centro residencial era do 60%¹⁴⁰. Pódese concluír que é preciso ter en conta por un lado o importante sobreenvellecemento da poboación que se está producindo no tocante á planificación dos recursos de atención dirixidos ás persoas maiores, e por outro lado a variación do perfil do usuario dos aloxamentos, é dicir, un desprazamento da media de idade dos usuarios, polo que apunta cara dous fenómenos a ter en consideración: a realidade da compresión da morbilidade e a preferencia das persoas maiores de pospor ao máximo o momento de abandonar o seu fogar.

- ***Emerxencia do problema da dependencia e a súa inclusión dentro dos sistemas de protección social:*** o aumento continuado da expectativa de vida a nivel mundial está facendo que o número de persoas en situación de dependencia siga

incrementándose; vaticinándose un incremento das persoas que requirirán coidados de longa duración¹⁴¹, e o risco de que as taxas de dependencia se incrementen en exceso nos anos vindeiros, sobre todo naqueles países onde non se adopten medidas preventivas, que demostraron ser eficaces para o desexable incremento da esperanza de vida libre de discapacidade^{142,143}. Todo isto resalta a necesidade de que os diferentes países poñan en funcionamento programas de prevención para frear este proceso de dependencia así como sistemas de atención da calidade nestas derradeiras etapas da vida, e se atopen con trastornos ou enfermidades que produzan a dependencia.

- ***Descenso do potencial dos coidadores informais:*** fenómeno influído polo propio crecemento do número de persoas que requiren coidados (aumento da demanda de atención) como pola diminución das persoas de xeracións seguintes (fillos/as) ao mundo laboral, tarefa vinculada ao rol feminino. Non se pode esquecer a intensa caída da fecundidade, a cal provoca que cada vez haxa máis persoas maiores que cheguen á vellez sen descendencia.
- ***Insuficiencia dos recursos comunitarios en situacións determinantes:*** aspecto que se refire ao desenvolvemento de maiores recursos de aloxamento que de servizos de atención domiciliaria.
- ***Cambios estruturais e preferencias das persoas maiores nos modos de convivencia:*** inclúense algúns dos cambios sociolóxicos experimentados nas sociedades modernas ao longo

do século XX. Da gran maioría destas transformacións foron testemuñas as xeracións que hoxe en día integran o grupo de poboación formado por persoas maiores de 65 anos: moitas delas coñeceron a época do arado, dos lavadoiros, dos animais como medio de transporte... e agora tentan adaptarse a unha transformación social ao redor da era da informática e da globalización. As persoas maiores de agora medraron nunha sociedade marcada por características e valores que hoxe en día pouco teñen que ver cos actuais. O papel que xogaba o seno da sociedade e da familia tradicional foi modificado de forma abrupta por mor dos modelos familiares vixentes e os usos e costumes da sociedade actual. Todo isto reflicte o esforzo realizado polas persoas maiores no proceso de adaptación á realidade actual en moitos aspectos da súa vida, entre os que están as cuestións que afectan aos modos de convivencia e ao sistema de coidados. Sen embargo todo isto non implica, e salvo excepcións, un desapego familiar con respecto aos maiores.

En España o modelo de atención xeriátrica, de inspiración anglosaxona, comeza a súa andaina coa creación no 1968 do primeiro dispensario e posterior Servizo de Xeriatría no Hospital Central da Cruz Vermella; cinco anos despois, no 1973, este mesmo centro sanitario pon en funcionamento o primeiro hospital de día xeriátrico¹⁴⁴.

Na actualidade dispoñemos dunha oferta variada no que se refire a aloxamentos para persoas maiores, excluindo ás persoas con dependencia de organismos estritamente sanitarios (hospitais de crónicos, de media

estadía, psiquiátricos, camas en servizo de xeriatría hospitalarios) e aos que non cumpren os requisitos legais establecidos funcionan subrepticiamente (pisos, casas, pensións...); podendo ser inventariados da seguinte maneira^{145,146}:

- Vivendas tuteladas, apartamentos con servizo, casas comunais.
- Macrorresidencias; dependentes de organismos públicos e con máis de 200 prazas.
- Minirresidencias; dependentes de institucións públicas ou privadas, que cumpren os requisitos esixidos na normativa da correspondente comunidade autónoma na que se encadra, e dispoñen de 20 a 40 prazas.
- Residencias medias; que dispoñen dunhas 40 prazas, dependentes das comunidades autónomas, localizadas dentro do casco urbano dos municipios.
- Residencias con servizos integrais; de tamaño mínimo indispensable para obter algunha rendibilidade económica, dispoñendo dunhas 80 prazas, dotadas de todos os servizos necesarios para funcionar sen depender de recursos externos.

5.1. Residencias

O termo residencia defínese como "centro xerontolóxico aberto ao desenvolvemento persoal e atención sociosanitaria multiprofesional no que viven temporal ou permanentemente persoas maiores con algún grao de dependencia¹⁴⁵.

Desta definición podemos extraer unhas notas a modo de resumo¹⁴⁶:

Introdución

- Centro xerontolóxico aberto que fai referencia a que é un centro localizado no entorno urbano, existindo unha permanente interrelación con todos os recursos da zona e cos diferentes colectivos da comunidade.
- Lugar de desenvolvemento persoal e de vida; implicando este concepto a esixencia de que exista un proxecto de vida para aqueles que se atopen nun aloxamento colectivo, o cal non debe ser entendido como un compartimento máis das actividades dos establecementos.
- Atención sociosanitaria; concepción que non contempla a noción de lugar de acollemento e custodia, nin as concibe como centros nos que se de preponderancia do sanitario dentro da atención profesional especializada ofrecida.
- Atención multiprofesional completa e integrada nun programa xeral de intervención; é necesario para unha boa atención xerontolóxica que haxa profesionais axeitados, con formación específica e que traballen en equipo de forma integrada e sobre un plan xeral de intervención coñecido por todos os axentes integrantes.
- Estadías temporais ou permanentes.
- Destinada a persoas maiores con algún grao de dependencia.

Toda residencia xeriátrica ou centro xerontolóxico debe dispoñer dun marco asistencial global ou plan de centro, no cal se definirán o concepto de residencia, os obxectivos e os principais criterios organizativos e asistenciais. A residencia defínese como un centro de atención integral 24 horas, de portas abertas á comunidade, que permite unha calidade de vida

digna ás persoas que viven nela e que busca fomentar a súa autonomía, independencia e satisfacción; converténdose na nova casa dos residentes, de forma temporal ou permanente. É un centro no que se favorece o desenvolvemento persoal e proporciona atención sanitaria integral, que permite atender a persoas con diferentes graos de dependencia física ou psíquica, a aqueles que o requiran, por circunstancias persoais, familiares ou sociais, a supervisión e/ou a asistencia continuada na realización das actividades da vida diaria. O obxectivo fundamental será acadar a maior autonomía persoal dos residentes do centro, de forma que poidan valerse por si mesmos no máximo de actividades da vida diaria, ou conseguir que, a pesar da discapacidade, retrasar a evolución da dependencia sacando o máximo proveito das funcións capaces de realizar por eles mesmos. Os servizos necesarios para o funcionamento da residencia son: ^{144,147}

- *Servizos técnico- administrativos*: encargados da dirección e administración.
- *Servizos asistenciais*: servizo de atención persoal, apoio psicosocial, animación sociocultural, servizo de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional), servizo médico e de enfermaría.
- *Servizos xerais*: aloxamento, alimentación, limpeza, lavandaría e costura, recepción, seguridade e mantemento.

5.2. Centros de Día

Definidos como *"servizo sociosanitario e de apoio familiar que ofrece durante o día atención ás necesidades persoais básicas, terapéuticas e socioculturais de persoas maiores afectadas por diferentes graos de*

dependencia, promovendo a súa autonomía e a permanencia no seu entorno habitual". O obxectivo xeral dos centros de día é o de favorecer unhas condicións de vida dignas entre as persoas maiores con dependencia e os seus familiares, facilitando a continuidade nos seus modos de vida e o logro dun maior nivel de autonomía. Entre os obxectivos específicos atópanse os seguintes¹⁴⁴:

- Recuperar e/ou manter o máximo grao de autonomía persoal.
- Prever o incremento da dependencia mediante intervencións rehabilitadoras e terapéuticas.
- Dispor dun marco axeitado onde se poidan desenvolver relacións e actividades gratificantes.
- Evitar a institucionalización innecesaria e non desexada.
- Facilitar a permanencia das persoas maiores con dependencia no seu entorno cotiá.
- Mellorar ou manter o nivel de saúde dos usuarios mediante o control e seguimento das enfermidades e tratamentos.
- Facilitar a realización das ABVD e facilitando as axudas necesarias.
- Ofrecer apoio social e asistencial ás familias.
- Prever e solucionar conflitos no entorno familiar, no intento de compaxinar a permanencia do maior no domicilio cos actuais modos e espazos vitais.
- Dotar ás familias das habilidades necesarias requiridas nas tarefas de coidado.

O usuario tipo dos centros de día é aquel institucionalizado parcialmente durante unha serie de horas e días á semana; tempo no cal a través dunha

serie de programas preventivos e rehabilitadores, de mantemento e estimulación, de hixiene e vixilancia, preténdese prestar unha atención integral á persoa maior, ao mesmo tempo que se apoia ás familias, que deste xeito poden conservar aos seus maiores no eido familiar. Poderíamos dicir que as persoas maiores encadradas dentro do perfil de usuarios dun centro de día son as persoas con discapacidade severa (psíquicas o físicas) e con suficientes apoios familiares, ou que ocasionan un grave quebranto da vida familiar ou que precisan dunha atención especializada¹⁴⁸.

Todo centro día debe contar cun grupo de profesionais debidamente especializados de acordo aos servizos ofertados, constituíndo un cadro completo nun Centro de Día para persoas con dependencia os seguintes¹⁴⁹: coordinador/a do centro de día (podendo desempeñar dita función calquera dos profesionais do grupo multiprofesional); médico/a; psicólogo/a; traballador/a social; enfermeiro/a; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; administrativo/a; auxiliar de enfermería; condutor/a; e persoal de limpeza.

Este equipo multidisciplinar pódese definir como un conxunto de persoas que realizan un traballo que inflúe no traballo de todos os demais, e o seu traballo é influído así mesmo polo traballo do resto, dirixidos todos os esforzos cara un obxectivo común. Para que este equipo multidisciplinar funcione axeitadamente convén querer, saber e poder traballar dentro dun equipo; é dicir, isto implica un bo nivel técnico, formación segundo necesidades, reparto de roles e un suficiente apoio administrativo e de infraestrutura¹⁴⁹.

Existe unha gran variedade e confusión terminolóxica e semántica no tocante aos centros de día, incluídos dentro dos programas de atención

diúrna, e que segundo o territorio, baixo o mesmo termo de centro de día atópanse ofertas con diferentes contidos¹⁵⁰:

- **Centros sociais:** clubs, fogares, casas (existencia de diferenzas taxonómicas, entre as que se atopa a de centro de día) dirixidas en especial ás persoas maiores que non teñen situación de dependencia. Entre os seus obxectivos están a integración social, a participación e a promoción dun envellecemento activo das persoas maiores, ofrecendo a miúdo un amplo abano de actividades (de ocio e formación, talleres artesanais, ximnasia...). A participación nas mesmas soe resultar moi axeitada, entre outras cousas, na prevención da aparición de situación de dependencia.
- **Programas ou servizos de estadias diúrnas:** dirixidos a persoas fráxiles ou en situación de dependencia lixeira ou media. A diferenza cos centros de día reside en que non soen ofrecer atencións especializadas, polo que non contan coa dotación multiprofesional, nin de espazos separados nin servizo de transporte; sendo o seu obxectivo esencial o aquel referido a dispensar apoio ás familias.
- **Centro de día para persoas maiores con dependencia:** definido como un "centro xerontolóxico terapéutico e de apoio ás familias que, de forma ambulatoria, presta atención integral e especializada á persoa maior en situación de dependencia".
- **Residencia:** definido como "centro xerontolóxico aberto de desenvolvemento persoal e atención sociosanitaria

multiprofesional no que viven temporal ou permanentemente persoas maiores con algún grao de dependencia”.

Logo de ollar as definicións podemos extraer as seguintes notas a modo de resumo¹⁴⁶:

- Centro terapéutico dirixido á atención especializada das persoas maiores, onde a intervención debe ser levada a cabo por un equipo multidisciplinar (formado por profesionais dos ámbitos psicosocial e sanitario dispoñendo da titulación axeitada) desenvolvendo a súa labor mediante técnicas de traballo en equipo e practicará a interdisciplinabilidade.
- Centro de apoio á familia, mentres que as persoas maiores se atopen neste recurso as familias poden descansar da súa atención e coidado, como aproveitar os programas dirixidos para eles, dos que dispoña o centro.
- A atención é prestada de xeito ambulatorio, é dicir, as persoas que son atendidas neste recurso viven nos seus fogares e acoden cada día estipulado ao centro para, logo da xornada, regresar ás súas casas.
- A atención prestada ás persoas maiores en situación de dependencia é integral; é dicir, o equipo de profesionais debe elaborar e dirixir un programa de intervención global e individualizado e que se corresponda coas avaliacións previas realizadas; contemplando necesidades funcionais básicas (hixiene, alimentación, apoio nas ABVD), terapéuticas (programas e

coidados sanitarios, rehabilitación, terapias cognitivas, psicoafectivas e socializadoras) e socioculturais dos maiores.

Convén diferenciar un centro de día, que é un recurso dos servizos sociais, dun hospital de día, que constitúe un nivel asistencial pero de orde sanitario¹⁴⁶.

No tocante á estrutura física ou espacial dos servizos que se ofrecen e aos profesionais e persoal que os levarán a cabo, materialízase na creación dunha serie de espazos, sendo a súa dimensionalidade e capacidade entendida como orientativa e non exhaustiva, tendo en conta a cabida de actividades distintas para o enriquecemento do centro. Enténdense como zonas básicas as necesarias para o óptimo funcionamento do centro¹⁵¹.

Esta tendencia dos centros de día viuse reforzada coa entrada en vigor da Lei da Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de Dependencia (LAPAD), ao recoñecer os centros de día dentro da carteira dos servizos para persoas en situación de dependencia (graos I, II e III)¹⁵². Os centros de día demostraron ser unha alternativa axeitada para o aumento da calidade de vida do núcleo familiar onde se convive cunha persoa maior con dependencia, abordando de forma global o problema: ofrecendo respiro e apoio á familia cuidadora ao mesmo tempo que proporciona unha atención integral terapéutica a aqueles que presentan problemas asociados coa situación de dependencia¹⁴⁴.

XUSTIFICACIÓN E OBXECTIVOS

XUSTIFICACIÓN E OBXECTIVOS

1. Xustificación

Diferentes estudos demostran que entre un 50 e un 90% das persoas con demencia moderada ou severa poden chegar a manifestar comportamentos problemáticos clinicamente significativos nalgún intre ao longo da evolución da enfermidade¹⁵³. Os riscos e o malestar que este tipo de problemas poden chegar a provocar, tanto para a persoa que padece a enfermidade como para terceiras persoas, a ocorrencia persistente de comportamentos problemáticos, xunto coa percepción dos cuidadores dunha incapacidade para manexalos; xorde entón como unha importante orixe da carga e do estres¹⁵⁴, xunto coa repercusión directa nos custos sociais. Ademais disto, os comportamentos problemáticos son unha das principais razóns para unha hospitalización aguda ou un ingreso; resultando evidente a importancia da realización de esforzos dirixidos a reducir a frecuencia e o malestar deste tipo de comportamentos disruptivos, incluso unha mellora modesta dos mesmos pode mellorar de forma significativa a calidade de vida, tanto do paciente como do cuidador¹⁴⁷.

A presenza dos SPCD na demencia depende de diversos factores, entre os que atopamos o estadio evolutivo, as características do cuidador, o tipo de demencia e a gravidade da mesma¹⁵⁵.

2. Obxectivos

O obxectivo principal do estudo consiste en avaliar a prevalencia dos SPCD asociados ao envellecemento, nunha mostra que acude a un centro de día (CD) e outra institucionalizada (residencia), sendo outros obxectivos os seguintes:

1. Establecer as principais características nunha mostra de suxeitos en función do tipo de estadia.
2. Establecer os principais tipos e características dos SPCD nunha mostra de suxeitos que acoden con regularidade ao centro de día.
3. Establecer os principais tipos e características dos SPCD nunha mostra de suxeitos que acoden con regularidade á residencia.
4. Comparar as características dos SPCD en función de se o paciente acode a un CD vs. residencia.
5. Comparar as características dos SPCD en función do xénero.
6. Determinar o instrumento máis axeitado na avaliacións dos síntomas psicolóxicos e condutuais en función do tipo de estadia do usuario.

MATERIAL E MÉTODOS

MATERIAL

1. Mostra

O estudo realizouse no Complexo Xerontolóxico La Milagrosa situado na provincia de A Coruña, que dispón dun centro de día e dunha residencia. Para a inclusión dos usuarios do centro ao estudo, tiñanse que cumprir os seguintes criterios de inclusión:

- ter 65 ou máis anos de idade
- acudir con regularidade ao centro de día ou ser usuario da residencia desde polo menos un ano antes da realización do estudo.

Sinaláronse como criterios de exclusión os seguintes:

- negativa por parte do usuario a participar
- negativa por parte do familiar a participar e/ou negativa a que o seu familiar participase.

Durante a recollida de datos, rexistráronse variables sociodemográficas, tales como idade, sexo, nivel educativo, diagnóstico da enfermidade no caso de posuílo, tratamentos farmacolóxicos receitados e enfermidades concomitantes e sintomatoloxía.

2. Instrumentos de avaliación neuropsicolóxica

O estado neuropsicolóxico foi avaliado polos seguintes instrumentos segundo a avaliación fora do estado cognitivo ou dos síntomas psicolóxicos e condutuais:

2.1.Estado Cognitivo

Mini-Mental State Examination (**MMSE**)¹⁵⁶. Blesa e colaboradores adaptaron o MMSE¹⁵⁷ orixinal á poboación española¹⁵⁸, realizando axuste das puntuacións obtidas de acordo ao nivel educativo e idade do usuario. Con este instrumento valoramos o deterioro cognitivo, clasificándoo en función das puntuacións obtidas, en deterioro cognitivo leve (21-27), moderado (11-20) e grave (≤ 10)^{159,160}. Este instrumento recolle información sobre: orientación temporal e espacial, rexistro mnésico, atención e cálculo, recordo, linguaxe e praxis construtiva¹⁶¹. O axuste das puntuacións obtidas fíxose segundo os criterios establecidos por Blesa en canto á idade e o nivel educativo.

É un instrumento de cribado, administrado directamente sobre o paciente, sendo quizais o instrumento breve máis empregado na valoración cognitiva. A súa administración require duns 10-15 minutos e o resultado óptimo é de 30 puntos.

Escala de deterioro Global (**GDS**)¹⁶². Instrumento empregado para a avaliación das fases do deterioro desde a normalidade ata as fases máis graves da demencia, constando de sete estadios ou fases características: GDS1 (Ausencia de alteración cognitiva), GDS2 (Diminución cognitiva moi leve), GDS3 (Defecto cognitivo leve), GDS4 (Defecto cognitivo moderado), GDS5 (Defecto cognitivo moderado- grave), GDS6 (Defecto cognitivo grave) e GDS7 (Defecto cognitivo moi grave)¹⁶¹. Cada un destes estadios vai acompañado dunha breve descrición das características clínicas que se asocian presumiblemente con cada fase¹⁶². Esta escala define cada estadio en termos operacionais e en base a un deterioro supostamente homoxéneo;

sen embargo, e dada a secuencia da aparición dos síntomas, a miúdo variables, arguméntase que a inclusión do paciente nun estadio de acordo a un criterio ríxido podería conducir a erros; non obstante, trátase dunha das escalas máis completas para a gradación da demencia¹⁶¹. A validez xeral desta escala foi demostrada mediante estudos de validez de contidos, concorrencia, converxencia e fiabilidade¹⁶³.

Esta escala presenta unha característica destacable debido a ser un instrumento útil para a estadiaxe diagnóstica e o diagnóstico diferencial da demencia, ademais de desenvolver un papel importante no coidado clínico para focalizar a atención no nivel do déficit do paciente¹⁶⁴.

2.2. Síntomas psicolóxicos e condutuais

Alzheimer Disease Assessment Scale (**ADAS**)^{165,166}. O ADAS, en especial o ADAS-NonCog é un dos primeiros test deseñados para a avaliación dos SPCD. Está composto de 10 subtest que valoran alteracións funcionais e condutuais, clasificados por frecuencia segundo o coñecemento do informante. Goza dunha boa fiabilidade e validez aínda que non clasifica algúns dos SPCD comúns (como son a ansiedade e a agresividade), sen embargo inclúe outros ítems non relacionados co comportamento emocional (tremores, por exemplo)¹⁶⁷. Está adaptado e validado ao español^{168,169}. Está constituído por 21 ítems, sendo a metade cognitivos e a outra metade non cognitivos. Os ítems valóranse sobre unha escala de 6 puntos, unha puntuación de 0 indica ausencia de alteración, mentres que unha puntuación de 5 indica o déficit máis grave ou a presenza máis intensa do aspecto en cuestión. As puntuacións de 2, 3 e 4 indican déficit leve,

moderado ou moderadamente grave, respectivamente. A puntuación máxima é de 50 puntos, indicando maior alteración¹⁶¹ a maior puntuación.

É unha escala moi empregada na maioría da poboación xeriátrica con dificultades cognitivas debido á súa demostrada utilidade; xurdindo diversas versións do ADAS para os diferentes trastornos de idade avanzada, variando moi pouco da versión orixinal (ADAS-L, EUROADAS, ADAS internacional, EEAA)^{170,171}. A escala de avaliación da EA (en español) é unha escala de investigación deseñada para ser sensible aos mínimos cambios nos pacientes con EA. Este test require aproximadamente 45 minutos e un informador externo, tamén require ser administrado por unha persoa adestrada especificamente coas medidas de progresión clínica da EA. Os ítems non cognitivos (depresión, apetito e deambulación) non se correlacionan coa progresión da demencia, pero avalían os principais síntomas condutuais vistos na EA⁸⁶.

Esta escala está deseñada para avaliar a gravidade da disfunción do comportamento cognitivo e non cognitivo característicos das persoas con demencia leve e severa. A subescala de comportamento non cognitivo está conformada por 10 ítems, os cales son valorados en función da observación da conduta do paciente polo examinador e dunha entrevista co coidador. Semellante á subescala cognitiva, cada ítem avaliarase dentro do rango de 0-5, o cal reflicte a gravidade da disfunción, onde 0 refire ausencia de comportamento e 5 maior frecuencia da presenza dalgún tipo de comportamento. Desde a súa creación, este instrumento foi sometido a diversos estudos psicométricos, estudándose como instrumento diagnóstico e empregándose tamén en estudos farmacolóxicos; sendo adaptado e

normalizado para a poboación española¹⁶⁹. Entre as críticas recibidas en relación á subescala non cognitiva, salientamos¹⁷²:

- No tocante á inclusión do ítem “tremores” non existe acordo sobre se o síntoma de tremor pode incluírse na sintomatoloxía da EA.
- Non abarca medidas específicas dentro dos ítems de “delirios” e “alucinacións”, sinala a gravidade pero non os tipos.
- Omisión de alteracións do comportamento que cursan coa demencia, como son os trastornos do sono, agresividade física e verbal...

BEHAVE-AD¹⁷³ Instrumento para a valoración dos SPCD e que contén sete categorías:

- A. Paranoia e ideas delirantes
- B. Alucinacións
- C. Alteración da actividade: inclúe deambulación ou comportamento sen sentido
- D. Agresividade: inclúe violencia verbal ou outro tipo de agresividade
- E. Alteración do ritmo do sono: inclúe alteracións no ritmo de sono/vixía
- F. Alteracións afectivas
- G. Fobias e ansiedade.

As categorías A, B, F e G son definidas como as categorías dos síntomas psicolóxicos, e as categorías C, D e E son consideradas como as categorías dos síntomas condutuais. As categorías A-G comprenden 7, 5, 3, 3, 1, 2, e 4 ítems respectivamente.

É un instrumento amplamente empregado para a avaliación dos cambios do comportamento relacionados coa demencia. Foi elaborado especificamente para valorar a pacientes con EA, sendo unha entrevista semiestructurada de 25 ítems. O total dos resultados son calculados por cada categoría mediante o rango da severidade (0-3) e pola frecuencia (1-4)¹⁷⁴. Así, cada ítem valórase nunha escala de 0-3, baseada na ausencia/presenza e na gravidade do síntoma durante un tempo determinado. A segunda parte da escala fai unha avaliación global de como percibe a familia a perigosidade da sintomatoloxía que presenta para o propio paciente¹⁷². Houbo autores que tentaron establecer a estrutura factorial do BEHAVE-AD atendendo ás alteracións máis frecuentes na EA¹⁷²:

- Axitación/ansiedade: axitación, síndrome de Godot, outras formas de ansiedade
- Psicose: delirios de roubo, paranoia/sospeita, alucinacións visuais
- Agresión: agresividade verbal, ameazas e violencia física, medo a ser deixado só, outros delirios
- Actividade anómala: conduta de vagabundeo e fuxida, delirio de que o fogar dun mesmo non é tal.

Entre as vantaxes cómpre destacar que é axeitada para caracterizar os trazos do comportamento das demencias frontotemporais e diferenciarlos dos que se manifestan con frecuencia en pacientes afectados de demencia tipo Alzhéimer. Sinalamos como limitacións que non avalía outros tipos de cambios do comportamento que son comúns na EA (apatía ou irritabilidade por exemplo) ou que acontecen noutros tipos de demencia (desinhibición nas frontotemporais)¹⁷².

Por último o Neuropsychiatric Inventory (**NPI**)¹⁷⁵, instrumento estruturado e amplamente validado para o estudo dos SPCD en pacientes con demencia, sendo a súa aplicación breve para a medición duns síntomas habituais e avaliándose en función da frecuencia de aparición e da intensidade coa que aparecen. A información obtense a partir do cuidador do paciente e valóranse 10 aspectos (delirios, alucinacións, depresión/disforia, ansiedade, euforia, agresividade, apatía/indiferenza, labilidade/irritabilidade, desinhibición e conduta motora anómala). A puntuación da escala é calculada a partir do valor da frecuencia do síntoma (0-4) multiplicada pola súa gravidade (1 a 3), sendo a puntuación máxima de cada escala de 12 puntos, e a puntuación máxima total 120. Un valor total na escala ≥ 4 considérase como diagnóstico de presenza de alteracións psicolóxicas e condutuais^{176,177}.

O NPI é un instrumento deseñado para avaliar un abano completo da psicopatoloxía de persoas con deterioro cognitivo. A versión máis recente consta de 10 preguntas sobre os aspectos anteriormente mencionados¹⁷⁸; así mesmo inclúe unha medida da fatiga do cuidador. Foi creada tamén unha versión para pacientes institucionalizados, pero os autores advirten que é mellor que sexa administrado por persoal de investigación adestrado¹⁷⁹. Segundo o seu deseño, este instrumento pode ser administrado por un técnico ou un clínico experimentado. É un bo instrumento para a detección e pode usarse tamén no seguimento do tratamento⁸⁶.

É unha entrevista estruturada co obxectivo de obter información sobre a presenza de síntomas neuropsiquiátricos e condutuais en pacientes con

alteracións cerebrais, se ben en principio foi elaborada para avaliar persoas coa EA ou outras demencias. A súa principal achega é a diferenciación entre frecuencia e gravidade dos cambios do comportamento. A información é recollida polos cuidadores, os cales deben estar diariamente en contacto co paciente. Cada unha das áreas valoradas inclúe unha pregunta exploratoria ou de cribado que proporciona unha visión global de cada alteración do comportamento de maneira específica; se esa pregunta é contestada afirmativamente, séguese coa exploración máis exhaustiva (valóranse 7 ou 8 preguntas que proporcionan unha información máis detallada) e no caso de que a resposta sexa negativa pásase a outra subescala. Esta é unha das características principais deste instrumento pois permite economizar o tempo de exploración. Despois de administrar a totalidade dos ítems de cada subescala, determínase a gravidade e a frecuencia de dita conduta con arranxo aos criterios proporcionados para cada conduta. Pídese ao cuidador que valore a gravidade (1=leve; 2=moderado; 3=grave) e a frecuencia (1=ocasionalmente, menos dunha vez por semana; 2= a miúdo, unha vez por semana; 3= frecuentemente, varias veces por semana, pero non a cotío; 4=moi frecuentemente, unha ou máis veces ao día ou continuamente) dos síntomas. O tempo de administración da proba depende da presenza/ausencia de sintomatoloxía non cognitiva, pode variar entre 10-30 minutos aproximadamente. A puntuación total para as subescalas é o produto da frecuencia multiplicada pola gravidade. Así mesmo, o instrumento ofrece unha puntuación de todas as subescalas; sen embargo este último valor suma comportamentos moi dispares (por exemplo psicose e apatía) e por iso debe considerarse unha guía impresa das alteracións totais do comportamento amosadas polo paciente.

A información observada no paciente xeralmente non se emprega na puntuación do NPI debido a que o examinador non soe estar en situación de determinar a frecuencia das alteracións do comportamento nun rango de gravidade concreto. Entre as vantaxes destacamos:

- Identificación da presenza de síntomas actuais e medición da súa gravidade, converténdose nun instrumento axeitado para avaliar a resposta a psicofármacos ou ao tratamento para a demencia
- Posibilidade de dar puntuacións específicas para cada un dos síntomas, ademais dunha puntuación global (imprecisa)
- Emprego de información procedente dun informante, evitando o problema que supón ter que facer preguntas ao paciente con demencia ou observar comportamentos durante un período de tempo limitado. Tamén ten a capacidade de medir o estrés provocado por cada un dos síntomas aos cuidadores
- A sección de disforia do NPI non inclúe ítems neurovegetativos ou somáticos e evita polo tanto a confusión á que pode dar lugar o solapamento entre demencia e depresión
- Existencia de diferentes versións, entre as cales se atopa a española¹⁷².

3. Procedemento

O proceso da avaliación neuropsicolóxica dos usuarios, realizouse entre os meses de xullo e outubro do 2012. Durante este período establecéronse dúas sesións, unha sesión co usuario do centro (centro de día ou residencia) e outra co cuidador informal (no caso do centro de día) ou formal (no caso de residencia) para a recollida dos datos.

No caso dos usuarios de CENTRO DE DÍA (CD), na primeira sesión realizouse unha entrevista co usuario e/ou responsable legal do mesmo, na cal se lles explicou en que ía consistir o estudo e cales ían ser as tarefas a realizar por cada un. Obtido o consentimento por ambas as partes (Anexo 1), pasáronse a realizar as probas cognitivas, MMSE (Anexo 2) e GDS (Anexo 3). Obtidos estes resultados levouse a cabo a segunda sesión, que consistiu nunha entrevista co cuidador informal do usuario para a cumprimentación das probas ADAS-NoCog (Anexo 4), BEHAVE-AD (Anexo 5) e NPI (Anexo 6) de forma presencial no centro ou de maneira telefónica, segundo a dispoñibilidade do familiar.

No caso dos usuarios de RESIDENCIA (R) o proceso levouse a cabo exactamente igual ao acontecido no centro de día; unha vez obtido o consentimento do usuario e/ou responsable legal do mesmo a participar no estudo (Anexo 1) cumprimentáronse os test MMSE (Anexo 2) e GDS (Anexo 3). Unha vez obtidos estes resultados, pasábase á segunda sesión onde, coa colaboración dos auxiliares directamente implicados no coidado dos usuarios da residencia pasáronse a cumprimentar as probas ADAS-NoCog (Anexo 4), BEHAVE-AD (Anexo 5) e NPI (Anexo 6).

4. Consideracións éticas

Antes de comezar a fase da recollida de datos, o proxecto foi sometido á aprobación do Comité de Ética da Universidade de A Coruña, obténdose o informe favorable correspondente en maio de 2012 (Anexo 7).

A todo aquel participante no estudo, ben sexa usuario e/ou responsable legal, e cuidador formal ou informal, solicitóuselles un consentimento escrito logo de ser informados sobre as características do estudo, obxectivos,

beneficios ou posibles riscos, así como o seu dereito de participar ou non no mesmo. A integridade dos participantes foi respectada asegurando a confidencialidade persoal dos datos facilitados (Anexo 1).

5. Análise estatística

As análises estatísticas dos datos realizáronse mediante o paquete estatístico SPSS, versión 21.0. Os datos sometéronse a unha análise descritiva cualitativa e cuantitativa a través da media ou mediana dos valores e a distribución de frecuencias. Para analizar as relacións entre variables, empregouse a proba t de Student para mostras independentes, comparando as medias dunha variable cuantitativa a través de grupos independentes (sexo/R-CD) e a proba chi cadrado para observar a independencia entre variables cualitativas (R-CD).

Ao longo de todas as probas, o valor $p < 0,05$ fixouse como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

RESULTADOS

No estudo participaron 110 usuarios, dos cales 55 pertencían ao centro de día e 55 á residencia. A media de idade dos participantes foi de 83,7 anos ($DT \pm 7,8$), sendo o 69,1% dos participantes mulleres ($N=76$), cunha media de idade de 84,3 anos ($DT \pm 7,9$); e o 30,9% homes ($N=34$) cunha media de idade de 82,4 anos ($DT \pm 7,3$). Unha elevada porcentaxe dos participantes non tiñan estudos (84,3% só sabían ler e escribir) namentres que o 11,9% posuían estudos primarios e o 2,8% estudos secundarios.

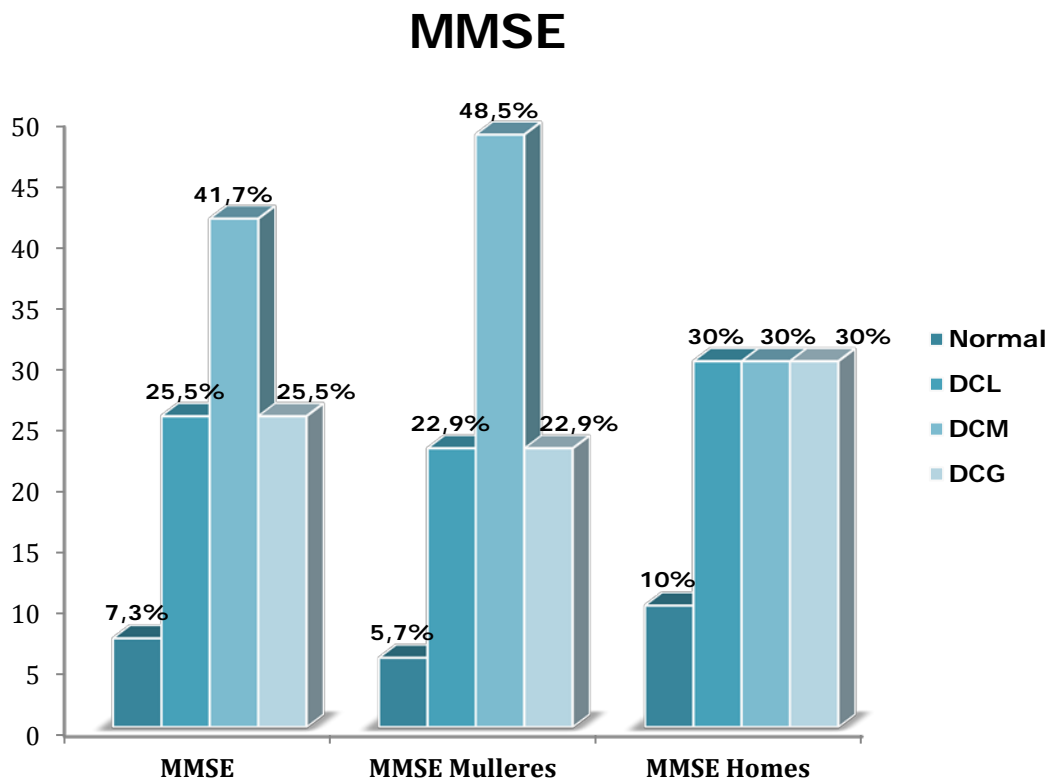
1. Centro de Día (CD)

A media de idade dos usuarios do CD foi de 82,3 anos ($DT \pm 7,7$), sendo o 63,6% mulleres ($N=35$), cunha media de idade de 83,3 anos ($DT \pm 8,4$), e o 36,4% homes ($N=20$), cunha media de idade de 80,7 anos ($DT \pm 6,1$).

Tal e como se observa na **Figura 1**, mediante o emprego do **MMSE**, a mostra foi distribuída de acordo ao seu grao de deterioro cognitivo. O 41,7% dos participantes presentaron deterioro cognitivo moderado (DCM, 11-20 puntos), mentres que o 25,5% dos mesmos presentaron deterioro cognitivo leve (DCL, 21-27 puntos), outro 25,5% deterioro cognitivo grave (DCG, ≤ 10 puntos) e tan só o 7,3% atopábase dentro da normalidade (≥ 27 puntos). O 48,5% das mulleres presentaron DCM, o 22,9% DCL e finalmente outro 22,9% DCG. No tocante aos homes, observouse a mesma porcentaxe, un 30% nas categorías de DCL, DCM e DCG. Non se obtiveron relacións significativas coa idade ou o sexo.

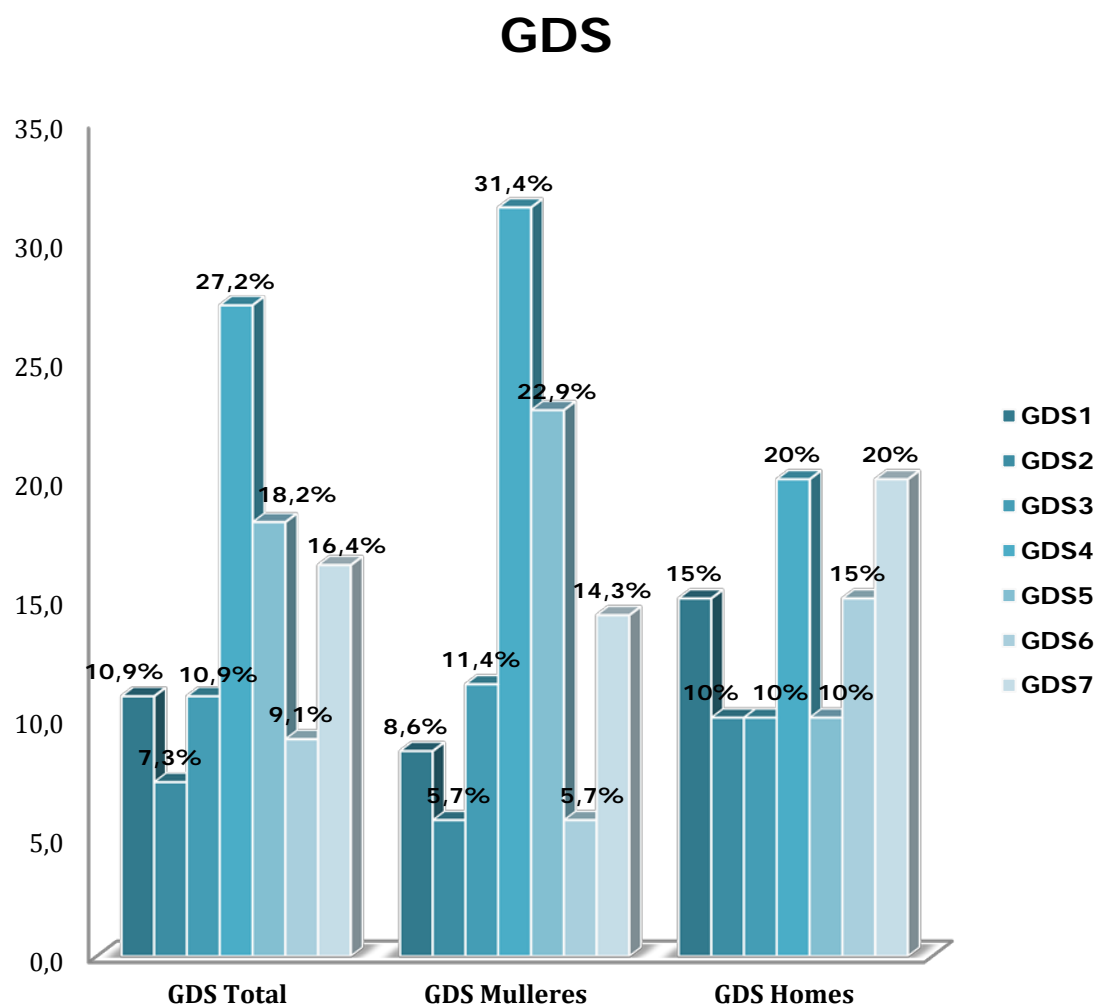
Figura 1. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Centro de Día de acordo ás súas puntuacións no Mini-Mental State Examination.

* Categorias: Normal, Deterioro cognitivo leve (DCL), Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) e Deterioro Cognitivo Grave (DCG)



A **Figura 2** reflicte os resultados acadados mediante o instrumento **GDS**, onde se observou que o 27,2% dos usuarios de CD situábanse nun GDS4 (defecto cognitivo moderado), o 18,2% nun GDS5 (defecto cognitivo moderado-grave) e o 16,4% nun GDS7 (defecto cognitivo moi grave). O 31,4% das mulleres que acudían ao CD atopábanse no estadio GDS4 e o 22,9% no GDS5. En canto aos homes, o 20% encontrábanse no GDS4 e GDS7 respectivamente, e un 15% no GDS1 (Ausencia de Deterioro). Non se obtiveron relacións significativas coa idade ou o sexo.

Figura 2. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Centro de Día de acordo ás súas puntuacións na Escala de Deterioro Global-GDS.



Nas **Táboas 5, 6 e 7**, recóllense os datos acadados mediante o instrumento **ADAS NoCog**. O 90,9% usuarios de centro de día non presentan **Choros**. Segundo o xénero, o 5,7% das mulleres presentaron choros de forma moderadamente grave e o 5% dos homes de forma leve.

Táboa 5. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nos usuarios de Centro de Día													
	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	50	90,9%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,7%	0	0,0%	<,001*
Depresión	46	83,7%	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	2	3,6%	1	1,8%	<,001*
Concentración Distractibilidade	15	27,3%	4	7,3%	6	10,9%	10	18,2%	7	12,7%	13	23,6%	,078
Falta Cooperación nos Test	33	60,0%	3	5,5%	5	9,1%	5	9,1%	2	3,6%	7	12,7%	<,001*
Ideas Delirantes	45	81,8%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	6	10,9%	3	5,5%	<,001*
Alucinacións	48	87,3%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	3	5,5%	0	0,0%	<,001*
Deambulación	33	60,0%	2	3,6%	8	14,5%	5	9,1%	3	5,5%	4	7,3%	<,001*
Incremento Actividade Motora	48	87,3%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,7%	1	1,8%	2	3,6%	<,001*
Tremores	46	83,6%	4	7,3%	4	7,3%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	53	96,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	<,001*

*p<0,05

Táboa 6. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nas mulleres de Centro de Día

	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	31	88,5%	1	2,9%	0	0,0%	1	2,9%	2	5,7%	0	0,0%	<,001*
Depresión	28	80,0%	0	0,0%	2	5,7%	2	5,7%	2	5,7%	1	2,8%	<,001*
Concentración Distractibilidade	9	25,7%	3	8,6%	5	14,3%	8	22,8%	5	14,3%	5	14,3%	,513
Falta Cooperación nos Test	19	54,3%	2	5,7%	3	8,6%	4	11,4%	2	5,7%	5	14,3%	<,001*
Ideas Delirantes	27	77,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	4	11,4%	3	8,6%	<,001*
Alucinacións	30	85,6%	1	2,9%	1	2,9%	0	0,0%	3	8,6%	0	0,0%	<,001*
Deambulación	20	57,0%	2	5,7%	6	17,1%	4	11,4%	1	2,9%	2	5,7%	<,001*
Incremento Actividade Motora	32	91,3%	0	0,0%	1	2,9%	1	2,9%	0	0,0%	1	2,9%	<,001
Tremores	29	82,8%	3	8,6%	3	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	33	94,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,7%	<,001*

* $p < 0,05$

Táboa 7. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nos homes de Centro de Día													
	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	19	95,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Depresión	18	90,0%	1	5,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Concentración Distractibilidade	6	30,0%	1	5,0%	1	5,0%	2	10,0%	2	10,0%	8	40,0%	,023*
Falta Cooperación nos Test	14	70,0%	1	5,0%	2	10,0%	1	5,0%	0	0,0%	2	10,0%	<,001*
Ideas Delirantes	18	90,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	10,0%	0	0,0%	<,001*
Alucinacións	18	90,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Deambulación	13	65,0%	0	0,0%	2	10,0%	1	5,0%	2	10,0%	2	10,0%	<,001*
Incremento Actividade Motora	16	80,0%	1	5,0%	0	0,0%	1	5,0%	1	5,0%	1	5,0%	<,001*
Tremores	17	85,0%	1	5,0%	1	5,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	20	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

*p<0,05

O 83,7% non amosaron **Depresión**, o 5,7% das mulleres presentaron depresión leve, moderada e moderadamente grave respectivamente e o 5% dos homes amosaron depresión moi leve e leve.

O 23,6% dos usuarios presentaron problemas graves de **Concentración/Distractibilidade** (14,3% de mulleres e o 40% dos homes) mentres que o 18,2% presentaron un problema de concentración/distractibilidade moderada (22,8% das mulleres e 10% dos homes).

O 12,7% presentou problemas graves na **Falta de Cooperación na Realización dos Test** (14,3% das mulleres e o 10% dos homes).

As **Ideas Delirantes** estiveron presentes no 10,9% dos participantes de forma moderadamente grave (11,4% das mulleres e 10% dos homes) fronte as alucinacións presentes de forma moderadamente grave no 5,5% (8,6% nas mulleres).

No 87,3% dos casos as **Alucinacións** estiveron ausentes (85,6% en mulleres e 90% nos homes), no caso de estaren presentes fixérono de forma moderadamente grave no 5% (8,6% en mulleres), moderada no 3,6% (10% en homes) e moi leve e leve no 1,8% (2,9% en mulleres) dos usuarios de centro de día.

O 14,5% presentaron **Deambulación** de carácter leve (17,1% en mulleres e 10% en homes) e o 7,3% deambulación grave (5,7% en mulleres e 10% nos homes). No 87,3% dos usuarios non amosaron un **Incremento da Actividade Motora**, só o 3,7% presentaron un incremento moderado da mesma actividade (2,9% en mulleres e 5% en homes).

Resultados

O 7,3% presentaron **Tremores** moi leves e leves respectivamente (8,6% en mulleres e 5% en homes). No 96,4% dos participantes non existiu un **Incremento ou Detrimento do Apetito**.

En todos os ítems analizados observáronse **diferenzas significativas** ($p < 0,05$) entre as frecuencias observadas, excepto no ítem Concentración/Distractibilidade na mostra total e nas mulleres que acoden ao centro de día.

Mediante o instrumento **BEHAVE-AD** (Táboa 8) observouse que no apartado **A) Ideación Delirante e Paranoide** o delirio "A xente róbame cousas" estaba ausente no 92,7% (91,4% nas mulleres e 95% en homes), o 3,6% manifestárono como que a xente oculta obxectos e que a xente entra na casa e esconde e rouba obxectos, respectivamente (2,9% e 5,7% en mulleres, e 5% en homes). En canto ao delirio "Esta non é a miña casa" estivo ausente no 96,4% dos participantes (94,3% nas mulleres e no 100% nos homes) e o 3,6% amosou o convencemento de que o lugar no que vive non é o seu fogar (5,7% nas mulleres). No delirio "O cónxuxe (ou outro cuidador) é un impostor" o 96,4% non o presentaron (94,3% en mulleres e 100% en homes) e o 3,6% amosaron violencia contra o cónxuxe (ou outro cuidador) por ser un impostor (5,7% nas mulleres). En canto ao "Delirio de abandono" no 89,1% estivo ausente (91,4% en mulleres e 85% en homes), sen embargo o 9,1% sospeitou que o cuidador tiña un complot para abandonalo ou institucionalizalo (5,7% en mulleres e 15% en homes); o 2,9% das mulleres presentaron a acusación dunha conspiración para abandono ou institucionalización. No 96,4% o "Delirio de Infidelidade" estivo ausente (94,3% nas mulleres e no 100% nos homes), e o 1,8%

amosaron ira contra o cónxuxe, parente ou outro cuidador por infidelidade e violencia contra o cónxuxe, parente ou outro cuidador pola suposta infidelidade (2,9% nas mulleres respectivamente). No Delirio de "*Susplicacia/Paranoia*" o 5,5% presentou paranoia (5,7% nas mulleres e 5% nos homes) e o 3,6% presentou violencia como resultado das sospeitas (2,9% nas mulleres e 5% nos homes). No tocante a "*Delirios diferentes aos anteriores*" o 9,1% presentaron manifestacións verbais ou emocionais como resultado do estado delirante (8,6% nas mulleres e 10% nos homes) e o 3,6% accións físicas ou violencia como resultado das ideas delirantes (5,7% na mulleres).

No apartado **B) Alucinacións**, observouse que as "*Alucinacións Visuais*" estiveron ausentes no 90,9% (85,7% nas mulleres e 100% nos homes), sen embargo o 5,5% amosaron accións físicas ou verbais ou respostas emocionais ás alucinacións (8,5% nas mulleres) e o 1,8% alucinacións non definidas claramente e definidas claramente de obxectos ou persoas (2,9% nas mulleres) respectivamente. O 92,7% non presentaron "*Alucinacións Auditivas*" (91,4% nas mulleres e 95% nos homes), o 3,6% amosáronas vagas ou indefinidas (2,9% nas mulleres e 5% nos homes) e o 1,8% amosaron alucinacións auditivas claramente definidas de palabras ou frases e accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultados das alucinacións (2,9% nas mulleres). O 98,2% non presentaron "*Alucinacións Olfatorias*" (97,1% nas mulleres e 100% nos homes) e tan só o 1,8% presentaron accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das mesmas alucinacións (2,9% nas mulleres). O 96,4% dos usuarios non presentaron "*Alucinacións Somáticas ou Táctiles*" (94,3% nas mulleres e 100% nos homes), só se manifestaron no 1,8% como claramente definidas

Resultados

e accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións respectivamente (2,9% nas mulleres). No que se refire a "*Outras Alucinacións*" estiveron ausentes no 90,9% (88,5% nas mulleres e 95% nos homes).

No referente a **C) Actividade Anómala**, o 23,6% presentaron algunhas veces unha "*Conduta de Deambulación e Fuxidas*" que non foron suficientes para precisar suxeición (28,6% nas mulleres e 15% nos homes), no 7,3% esta conduta presentouse como accións verbais, físicas ou respostas emocionais aos intentos de previr a deambulación (20% nos homes) e no 3,6% presentáronse como frecuentes e suficientes para precisar suxeición (5,7% nas mulleres). En canto a unha "*Actividade sen Obxectivo*" (abulia cognitiva) o 21,8% amosaron unha actividade repetitiva sen obxectivo (22,9% nas mulleres e 20% nos homes), o 16,4% presentaron deambulación ou outra actividade sen obxectivo suficiente para necesitar suxeición (17,1% nas mulleres e 15% nos homes), e o 5,4% presentaron autolesión como resultado desa actividade sen obxectivo (15% nos homes). No que se refire á "*Actividade Inadecuada*", o 20% amosaron actividades inapropiadas (22,8% nas mulleres e 15% nos homes), o 7,3% amosaron condutas inapropiadas que requiren contención e acompañadas de ira ou violencia ante a contención (20% nos homes), e o 5,4% presentaron condutas inapropiadas que requiren suxeición (2,9% nas mulleres e 10% nos homes).

En canto á **D) Agresividade**, o 9,1% amosaron "*Agresividade Verbal*" suficiente para necesitar contención, acompañada de ira e dirixida a persoas concretas e agresividade incluíndo o emprego non habitual na persoa de

linguaxe abusivo (5,7% en mulleres e 15% en homes), e o 7,3% amosaron agresividade acompañada de ira (5,7% en mulleres e 10% en homes). No 83,6% a "*Ameaza Física e Violencia*" estivo ausente (88,6% en mulleres e 75% nos homes) ; o 9,1% presentaron unha conduta ameazante (5,7% en mulleres e 15% en homes) e o 7,3% violencia física con vehemencia (5,7% en mulleres e 10% en homes). O 14,6% amosaron unha *Axitación* diferente ás condutas anteriores (11,4% nas mulleres e 20% nos homes), o 10,9% axitación diferente cun compoñente emocional (5,7% nas mulleres e 20% nos homes) e o 3,6% axitación con compoñente emocional e físico (5,7% nas mulleres).

Polo que se refire aos **E) *Trastornos dos Ritmos Diúrnos***, o 5,5% amosaron dito trastorno, dun 50% a un 75% do ciclo do sono durante a noite (5,7% nas mulleres e 5% nos homes) e o 3,6% presentaron un despertar nocturno repetitivo durante a noite (5,7% nas mulleres) e unha alteración completa do ritmo diúrno, respectivamente (2,9% nas mulleres e 5% nos homes).

No referente aos **F) *Trastornos Afectivos***, os "*Choros*" estiveron ausentes no 94,5% dos usuarios de centro de día (94,3% nas mulleres e 95% nos homes) e só o 5,5% amosaron choros acompañados dun claro compoñente afectivo (5,7% nas mulleres e 5% nos homes). O 12,7% presentaron un "*Humor Depresivo*" (11,4% nas mulleres e 15% nos homes), estando ausente no 87,3% dos casos (88,6% nas mulleres e 85% nos homes).

No tocante á **G) *Ansiedade e Fobias***, o 9,1% amosaron "*Ansiedade relacionada con Eventos Programados (Síndrome de Godot)*" en forma de repetidas queixas e/ou outras actividades próximas con citas e/ou eventos

Resultados

programados (14,3% nas mulleres) e de carácter perturbador para os cuidadores (11,4% nas mulleres e 5% nos homes). O 14,5% presentaron “*Outras formas de Ansiedade*” de forma perturbadora para os cuidadores (20% nas mulleres e 5% nos homes) e no 9,1% estiveron presentes sen ser perturbadora (11,4% nas mulleres e 5% nos homes). O 9,1% amosaron “*Medo a ser deixados solos*” vocalizado e suficiente para requirir atención específica por parte do cuidador (8,6% nas mulleres e 10% nos homes) e no 1,8% estiveron presentes mediante a vocalización do medo a estar solos (2,9% nas mulleres) e vocalizado e suficiente para que o paciente deba estar acompañado a todas horas, respectivamente (2,9% nas mulleres). O 96,4% non presentaron outras fobias (94,2% nas mulleres e 100% nos homes).

En todos os ítems analizados do BEHAVE-AD, observáronse **diferenzas significativas** ($p < 0,05$) entre as frecuencias e características observadas, excepto no ítem “Actividade sen obxectivos” (Abulia Cognitiva) pertencente á C) Actividade Anómala no caso dos homes que acoden ao centro de día.

Na **Avaliación Global** do BEHAVE-AD con respecto aos síntomas anteriores, son da suficiente magnitude como para ser considerados. No 38,2% dos casos alteran a vida da familia ou dos cuidadores e son lixeiramente perigosos para o enfermo (42,9% nas mulleres e 30% nos homes), no 9,1% dos casos son moi problemáticos ou intolerables para a familia e gravemente perigosos para o enfermo (5,7% nas mulleres e 15% nos homes), no 5,5% alteran moderadamente a vida da familia e son perigosos para o enfermo (2,9% nas mulleres e 10% nos homes), e só no

47,3% estes síntomas non alteran a vida familiar e non son perigosos para o paciente (48,6% nas mulleres e 45% nos homes).

Táboa 8. Frecuencia dos SPCD mediante o BEHAVE-AD en usuarios de CD						
A) IDEACIÓN DELIRANTE E PARANOIDE						
"A xente rouba cousas"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	51 (92,8%)	32 (91,4%)	19 (95,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
A xente oculta obxectos	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5%)			
A xente entra na casa e esconde ou rouba cousas	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			
Fala e escoita a xente que entra na casa	0	0	0			
"Esta non é a miña casa"						
Ausente	53 (96,4%)	33 (94,3%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convencemento de que o lugar no que vive non é o seu fogar	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			
Intentos de fuxida do domicilio por querer volver ao seu	0	0	0			
Violencia en respostas aos intentos de retelo no seu propio fogar	0	0	0			
"O cónxuxe é un impostor"						
Ausente	53 (96,4%)	33 (94,3%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convicción de que o cónxuxe é un impostor	0	0	0			
Ira ou cólera contra o cónxuxe por ser un impostor	0	0	0			
Violencia en resposta aos intentos de retelo no seu propio fogar	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			

Resultados

"Delirio de abandono"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	49 (89,1%)	32 (91,4%)	17 (85,0%)	<,001*	<,001*	,002*
Sospeita que o cuidador ten un complot para abandonalo ou institucionalizalo	5 (9,1%)	2 (5,7%)	3 (15,0%)			
Acusación dunha conspiración para abandonalo ou institucionalizalo	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Acusación da ameaza inminente de abandono ou institucionalización	0	0	0			
"Delirio de Infidelidade"						
Ausente	53 (96,4%)	33 (94,2%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convicción de que o cónxuxe e/ou os fillos e/outros cuidadores sonlles infieis	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Ira contra o cónxuxe, parente ou outro cuidador pola súa infidelidade	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Violencia contra o cónxuxe, parente ou outro cuidador pola súa suposta infidelidade	0	0	0			
"Suspiciacia/Paranoia"						
Ausente	49 (89,1%)	32 (91,4%)	17 (85,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Suspiciacia	1 (1,8%)		1 (5,0%)			
Paranoia	3 (5,5%)	2 (5,7%)	1 (5,0%)			
Violencia como resultado das sospeitas	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)			

"Outros Delirios"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	48 (87,3%)	30 (85,7%)	18 (90,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Estado delusional	0	0	0			
Manifestacións verbais ou emocionais como resultado do estado confusional	5 (9,1%)	3 (8,6%)	2 (10,0%)			
Accións físicas ou violencia como resultado das ideas delirantes	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			
B)ALUCINACIÓNS						
"Alucinacións Visuais"						
Ausente	50 (90,9%)	30 (85,7%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas, non definidas claramente	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Alucinacións definidas claramente de obxectos ou persoas	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Accións físicas ou verbais ou respostas emocionais das alucinacións	3 (5,5%)	3 (8,5%)	0			
"Alucinacións Auditivas"						
Ausente	51 (92,8%)	32 (91,3%)	19 (95,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Vagas ou indefinidas	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)			
Alucinacións claramente definidas de palabras ou frases	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			

Resultados

"Alucinacións Olfatorias"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	54 (98,2%)	34 (97,1%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas ou indefinidas	0	0	0			
Claramente definidas	0	0	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
"Alucinacións Somáticas ou Táctiles"						
Ausente	53 (96,4%)	33 (94,2%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas ou indefinidas	0	0	0			
Claramente definidas	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
"Outras Alucinacións"						
Ausente	50 (90,9%)	31 (88,5%)	19 (95,0%)	<,001*	<,001	<,001*
Vagas ou indefinidas	3 (5,5%)	2 (5,7%)	1 (5,0%)			
Claramente definidas	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			

C) ACTIVIDADE ANÓMALA						
"Conduta de deambulación e fuxidas"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	36 (65,5%)	23 (65,7%)	13 (65,0%)	<,001*	<,001*	,011*
Algunhas veces, pero non suficiente para necesitar suxeición	13 (23,6%)	10 (28,6%)	3 (15,0%)			
Frecuente, suficiente para necesitar suxeición	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			
Accións verbais, físicas ou respostas emocionais aos intentos de previr a deambulación	4 (7,3%)	0	4 (20,0%)			
"Actividade sen obxectivo" (Abulia Cognitiva)						
Ausente	31 (56,4%)	21 (60,0%)	10 (50,0%)	<,001*	,003*	,079
Actividade repetida sen obxectivo	12 (21,8%)	8 (22,9%)	4 (20,0%)			
Deambulación ou actividade sen obxectivo suficiente para necesitar suxeición	9 (16,4%)	6 (17,1%)	3 (15,0%)			
Autolesións como resultado da actividade sen obxectivo	3 (5,4%)	0	3 (15,0%)			
"Actividade Inadecuada"						
Ausente	37 (67,3%)	26 (74,3%)	11 (55,0%)	<,001*	<,001*	,019*
Actividades inapropiadas	11 (20,0%)	8 (22,8%)	3 (15,0%)			
Presenza de condutas inapropiadas que requiren contención	3 (5,4%)	1 (2,9%)	2 (10,0%)			
Presenza de condutas inapropiadas que requiren contención, e acompañadas de ira ou violencia ante a contención	4 (7,3%)	0	4 (20,0%)			

Resultados

D) AGRESIVIDADE						
"Agresividade Verbal"				p		
Ausente	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
	41 (74,5%)	29 (82,9%)	12 (60,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente	5 (9,1%)	2 (5,7%)	3 (15,0%)			
Presente, acompañada de ira	4 (7,3%)	2 (5,7%)	2 (10,0%)			
Presente, suficiente para necesitar contención, acompañada de ira e dirixida a persoas concretas	5 (9,1%)	2 (5,7%)	3 (15,0%)			
"Ameaza física e violencia"						
Ausente	46 (83,6%)	31 (88,6%)	15 (75,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Conduta ameazante	5 (9,1%)	2 (5,7%)	3 (15,0%)			
Violencia Física	0	0	0			
Violencia Física con vehemencia	4 (7,3%)	2 (5,7%)	2 (10,0%)			
"Axitación"						
Ausente	39 (70,9%)	27 (77,2%)	12 (60,0%)	<,001*	<,001*	,041
Presente	8 (14,6%)	4 (11,4)	4 (20,0%)			
Presente con compoñente emocional	6 (10,9%)	2 (5,7%)	4 (20,0%)			
Presente con compoñente emocional e físico	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			

E) TRASTORNOS DOS RITMOS DIURNOS						
"Trastornos Día/Noite"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	48 (87,3%)	30 (85,7%)	18 (90,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Espertar nocturno repetitivo durante a noite	2 (3,6%)	2 (5,7%)	0			
Dun 50% a un 75% do ciclo do sono durante a noite	3 (5,5%)	2 (5,7%)	1 (5,0%)			
Alteración completa do ritmo diúrno	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)			
F) TRASTORNOS AFECTIVOS						
"Choros"						
Ausente	52 (94,5%)	33 (94,3%)	19 (95,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente	0	0	0			
Presente, acompañado dun claro compoñente afectivo	3 (5,5%)	2 (5,7%)	1 (5,0%)			
Presente, acompañado dun claro compoñente afectivo e físico	0	0	0			
"Humor Depresivo"						
Ausente	48 (87,3%)	31 (88,6%)	17 (85,0%)	<,001*	<,001*	,002*
Presente	7 (12,7%)	4 (11,4%)	3 (15,0%)			
Presente con ideas de morte	0	0	0			
Presente con compoñente emocional e físico	0	0	0			

Resultados

G) ANSIEDADE E FOBIAS						
"Ansiedade relacionada con eventos programados" (Sd.Godot)				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	45 (81,8%)	26 (74,3%)	19 (95,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente:repetidas queixas e/ou outras actividades próximas con citas e/ou eventos programados	5 (9,1%)	5 (14,3%)	0			
Presente e perturbadora para os cuidadores	5 (9,1%)	4 (11,4%)	1 (5,0%)			
Presente e intolerable para os cuidadores	0	0	0			
"Outras formas de ansiedade"						
Ausente	42 (76,4%)	24 (68,6%)	18 (90,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente	5 (9,1%)	4 (11,4%)	1 (5,0%)			
Presente e perturbadora para os cuidadores	8 (14,5%)	7 (20,0%)	1 (5,0%)			
Presente e intolerable para os cuidadores	0	0	0			
"Medo a ser deixado só"						
Ausente	48 (87,3%)	30 (85,7%)	18 (90,0%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente: vocalización do medo a estar só	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Presente e vocalizado, suficiente para requirir atención específica por parte do cuidador	5 (9,1%)	3 (8,6%)	2 (10,0%)			
Vocalizado e suficiente para que o paciente deba estar acompañado a todas horas	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			

"Outras fobias"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	53 (96,4%)	33 (94,2%)	20 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Presente	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Presente e de suficiente magnitude para requirir acción específica por parte do cuidador	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0			
Presentes e suficientes para que a actividade do paciente necesite ser prevista	0	0	0			

En relación aos resultados acadados mediante o **NPI** (Táboa 9) observouse que os **Delirios** estiveron ausentes no 81,8% dos usuarios de CD (77,1% nas mulleres e 90% nos homes), manifestando cunha puntuación total (frecuencia por gravidade) de 8 sobre 120 no 7,3% (8,5% nas mulleres e 5,0% nos homes) e de 4 sobre 120 no 5,4% (5,7% nas mulleres e 5,0% nos homes). As **Alucinacións** estiveron ausentes no 85,6% (82,8% nas mulleres e 90% nos homes), aparecendo no 3,6% dos casos cunha puntuación total de 8/120 (2,9% nas mulleres e 5% nos homes) e 12/120 respectivamente (5,6% nas mulleres).

No caso da **Axitación** o 81,9% non a manifestaron (82,8% en mulleres e 80% en homes), só no 5,5% dos casos estivo presente cunha puntuación de 6/120 (5,6% en mulleres e 5% en homes) e no 3,6% dos casos de 9/120 (2,9% en mulleres e 5% en homes) e 12/120 (2,9% en mulleres e 5% en homes) respectivamente.

A **Depresión** estivo ausente no 89,1% (88,5% en mulleres e 90% en homes), estando presente no 5,5% cunha puntuación de 4/120 (2,9% en mulleres e 10% en homes) e no 3,6% de 2/120 (5,7% en mulleres).

Resultados

No 9,1% dos casos estivo presente a **Ansiedade**, cunha puntuación total de 4/120 (5,7% nas mulleres e 15% nos homes) e no 7,3% cunha puntuación de 6/120 (8,6% nas mulleres e 5% nos homes) e no 5,5% con 8/120 (8,6% nas mulleres).

No 92,8% dos usuarios de centro de día non se atopou **Euforia** (91,3% nas mulleres e 95% en homes). No 9,1% dos casos atopouse **Apatía** cunha puntuación do 8/120 (11,4% nas mulleres e 5% nos homes) e no 7,3% de 4/120 (2,9% en mulleres e 15% nos homes) e 12/120 (8,6% en mulleres e 5% en homes) respectivamente, estando ausente no 72,7% dos casos (74,2% nas mulleres e 70% nos homes).

A **Desinhibición** estivo presente no 3,6% dos casos cunha puntuación de 8/120 (2,9% en mulleres e 5% en homes) e 12/120 (10% en homes) respectivamente, estando ausente no 90% (94,2% en mulleres e 80% en homes).

A **Irritabilidade** estivo ausente no 90% (91,3% nas mulleres e 85% en homes) e no 3,6% manifestouse cunha puntuación de 4/120 (2,9% en mulleres e 5% en homes).

O 14,5% dos casos manifestaron unha **Actividade Motora Aberrante** cunha puntuación de 12/120 (2,9% en mulleres e 35% en homes), o 9,1% cunha puntuación total de 8/120 (8,6% en mulleres e 10% en homes) e 4/120 (11,4% en mulleres e 5% en homes) respectivamente.

Polo que se refire ás **Alteracións do Sono** estiveron ausentes no 91% dos casos (88,5% nas mulleres 95% nos homes) así como os **Trastornos no Apetito** no 98,2% (97,1% nas mulleres e 100% nos homes).

Táboa 9. Frecuencia dos SPCD mediante o NPI en usuarios de centro de día

Frecuencia x Gravidade	Delirios			Alucinacións			Axitación/Agresión			Depresión		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	45 (81,8%)	27 (77,1%)	18 (90,0%)	47 (85,6%)	29 (82,8%)	18 (90,0%)	45 (81,9%)	29 (82,8%)	16 (80,0%)	49 (89,1%)	31 (88,5%)	18 (90,0%)
1/120							1 (1,8%)	1 (2,9%)				
2/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)					2 (3,6%)	2 (5,7%)	
3/120												
4/120	3 (5,4%)	2 (5,7%)	1 (5,0%)	1 (1,8%)		1 (5,0%)	1 (1,8%)	1 (2,9%)		3 (5,5%)	1 (2,9%)	2 (10,0%)
6/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)		1 (1,8%)	1 (2,9%)		3 (5,5%)	2 (5,6%)	1 (5,0%)			
8/120	4 (7,3%)	3 (8,5%)	1 (5,0%)	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)	1 (1,8%)		1 (5,0%)	1 (1,8%)	1 (2,9%)	
9/120							2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)			
12/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)		2 (3,6%)	2 (5,6%)		2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)			
16/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)										
36/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)							
p	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001	<,001*

* $p < 0,05$

Resultados

Frecuencia x Gravidade	Ansiedade			Exaltación/Euforia			Apatía/Indiferenza			Desinhibición		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	41 (74,5%)	25 (71,3%)	16 (80,0%)	51 (92,8%)	32 (91,3%)	19 (95,0%)	40 (72,7%)	26 (74,2%)	14 (70,0%)	49 (90,0%)	33 (94,2%)	16 (80,0%)
1/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)							
2/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)					2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)	1 (1,8%)	1 (2,9%)	
3/120												
4/120	5 (9,1%)	2 (5,7%)	3 (15,0%)	1 (1,8%)		1 (5,0%)	4 (7,3%)	1 (2,9%)	3 (15,0%)	1 (1,8%)		1 (5,0%)
6/120	4 (7,3%)	3 (8,6%)	1 (5,0%)									
8/120	3 (5,5%)	3 (8,6%)		1 (1,8%)	1 (2,9%)		5 (9,1%)	4 (11,4%)	1 (5,0%)	2 (3,6%)	1 (2,9%)	1 (5,0%)
9/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)							
12/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)					4 (7,3%)	3 (8,6)	1 (5,0%)	2 (3,6%)		2 (10,0%)
16/120												
36/120												
p	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*

Frecuencia X Gravidade	Irritabilidade Labilidade			Conduta Motora Aberrante			Alteracións do Sono			Apetito Alimentación		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	49 (90,0%)	32 (91,3%)	17 (85,0%)	33 (60,1%)	23 (65,6%)	10 (50,0%)	50 (91,0%)	31 (88,5%)	19 (95,0%)	54 (98,2%)	34 (97,1%)	20 (100,0%)
1/120												
2/120										1 (1,8%)	1 (2,9%)	
3/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)		1 (1,8%)	1 (2,9%)				
4/120	2 (3,6%)	1 (2,9%)*	1 (5,0%)*	5 (9,1%)	4 (11,4%)	1 (5,0%)						
6/120	1 (1,8%)		1 (5,0%)	2 (3,6%)	2 (5,7%)							
8/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)		5 (9,1%)	3 (8,6%)	2 (10,0%)	2 (3,6%)	2 (5,7)				
9/120	1 (1,8%)	1 (2,9%)					1 (1,8%)	1 (2,9%)				
12/120	1 (1,8%)		1 (5,0%)	8 (14,5%)	1 (2,9%)	7 (35,0%)	1 (1,8%)		1 (5,0%)			
16/120				1 (1,8%)	1 (2,9%)							
36/120												
p	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	,013*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	

En todos os casos observáronse **diferenzas significativas** ($p < 0,05$) entre as frecuencias observadas.

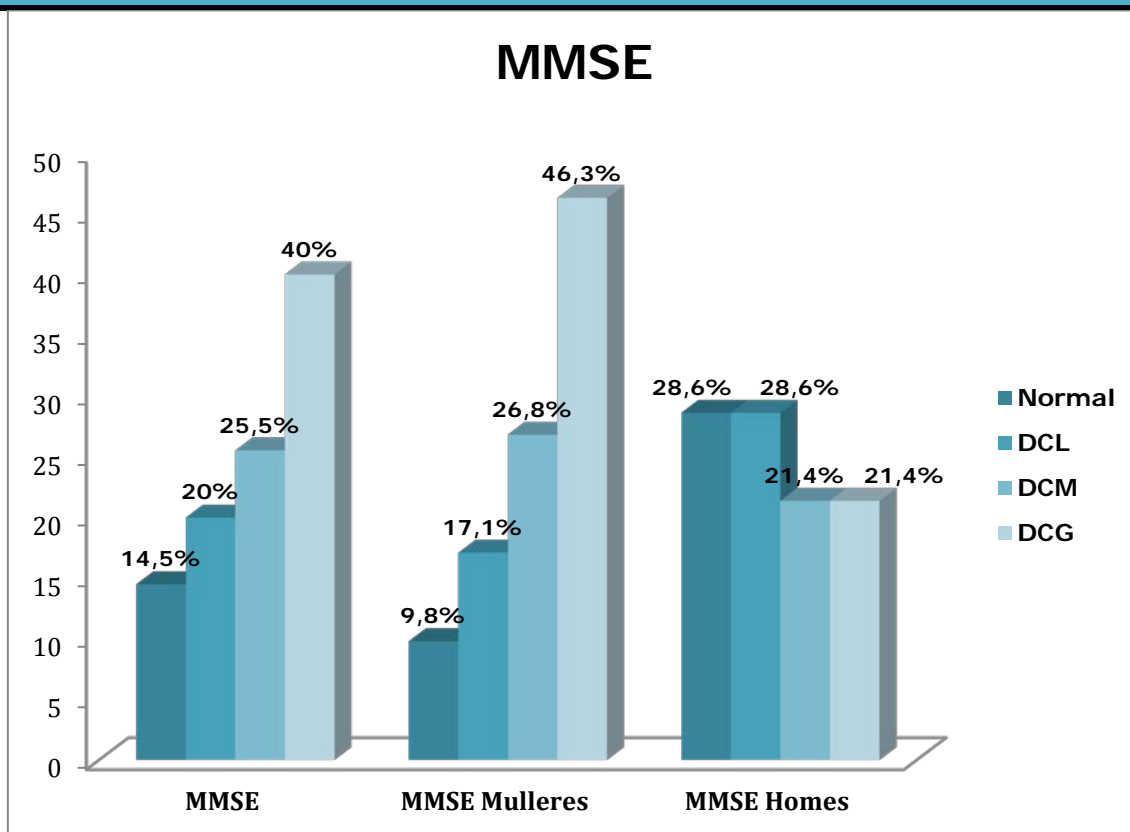
2. Residencia (R)

A media de idade dos usuarios da R foi de 85,1 anos (DT=7,7), sendo o 74,5% mulleres (N=41) cunha media de idade de 85,1 anos (DT= 7,5) e o 25,5% homes (N=14) cunha media de idade de 84,7 anos (DT= 8,5).

Na **Figura 3** obsérvanse os resultados acadados a través do MMSE. O 40% dos participantes presentaron DCG (≤ 10 puntos), mentres que o 25,5% amosaron DCM (11-26 puntos) e o 20% DCL (21-27 puntos), e tan só o 14,5% se situou dentro da normalidade (≥ 27 puntos). O 46,3% das mulleres sitúoanse dentro do DCG, o 26,8% presentaron DCM e o 17,1% DCL; dentro da normalidade sitúanse tan só o 9,8% das mulleres. Con respecto aos homes, o 28,6% sitúanse dentro da normalidade e o DCL respectivamente, namentres que o 21,4% presentaron DCM e DCG respectivamente. Obtívose relación estatisticamente significativa nas mulleres en función da idade ($p=0,016$); nos homes non se obtivo dita relación significativa.

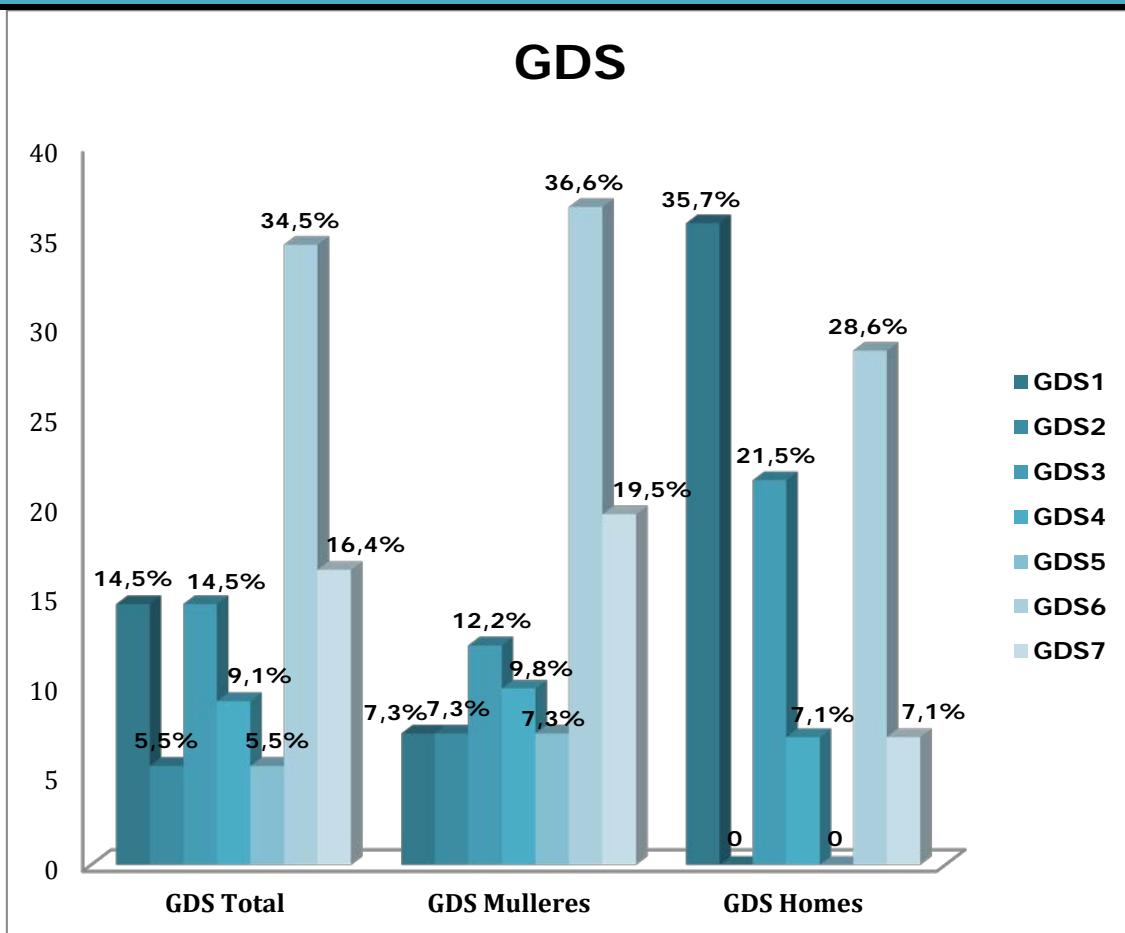
Figura 3. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Residencia de acordo ás súas puntuacións no Mini-Mental State Examination.

* Categorias: Normal, Deterioro cognitivo leve (DCL), Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) e Deterioro Cognitivo Grave (DCG)



A **Figura 4** amosa os resultados acadados mediante o instrumento GDS, onde se observou que o 34,5% dos usuarios de R situábanse nun GDS6, o 16,4% nun GDS7, o 14,5% nun GDS1 e GDS3, un 9,1% dentro do GDS4 e o 5,5% no GDS2 e GDS5 respectivamente. Con respecto ás mulleres, atopouse que o 36,6% das mesmas situábanse no GDS6, o 19,5% no GDS7, o 12,2% no GDS3, o 9,8% no GDS4 e o 7,3% no GDS1, GDS2 e o GDS5. No que respecta aos homes, o 35,7% dos mesmos atopábanse no GDS1, o 28,6% no GDS6, o 21,5% no GDS3 e o 7,1% no GDS4 e GDS7 respectivamente. Obtívose relación estatisticamente significativa nas mulleres en función da idade ($p=0,007$), é dicir, a maior idade maior estadio no GDS.

Figura 4. Distribución da mostra pertencente aos usuarios de Residencia de acordo ás súas puntuacións na Escala de Deterioro Global- GDS.



Nas *Táboas 10, 11 e 12* obsérvanse os datos acadados mediante o instrumento **ADAS NoCog**, mediante o cal o 85,5% dos usuarios da residencia non presentaron **Choros**, aínda que o 9,8% das mulleres presentaron choros de forma moi leve e o 2,4% de forma leve, estando ausentes nos homes.

O 74,5% da mostra non amosou **Depresión**, o 12,2% das mulleres presentaron depresión moi leve e o 7,3% depresión grave; mentres que o 7,1% dos homes amosaron depresión moderadamente grave.

O 16,4% dos usuarios presentaron problemas graves de **Concentración/Distractibilidade** (22,0% de mulleres) mentres que o

10,9% presentaron un problema de concentración/distractibilidade moderadamente grave (12,2% das mulleres e 7,1% dos homes).

O 29,1% presentaron problemas moderadamente graves na **Falta de Cooperación na Realización dos Test** (29,3% das mulleres e o 28,6% dos homes) e o 10,9% amosaron unha falta de cooperación grave (14,6% nas mulleres).

As **ideas delirantes** estiveron presentes no 9,1% dos participantes sendo moderadamente graves (12,2% das mulleres), no 3,6% estiveron presentes de forma leve e moderada (4,9% nas mulleres), no 1,8% de forma moi leve (2,4% nas mulleres) e no 80,1% estiveron ausentes (73,2% nas mulleres e 100% nos homes).

O 90% dos usuarios de residencia non presentaron **Alucinacións**, e no caso de existiren, o 3,6% foron de carácter moi leve e moderada, respectivamente (4,9% no caso das mulleres), e no 1,8% foron moderadamente graves e graves (2,4% nas mulleres). Nos homes atopáronse ausentes.

No 89,1% dos casos non se observou **Deambulación** (87,8% en mulleres e 92,9% en homes), o 7,3% presentaron deambulación moderada (7,3% en mulleres e 7,1% nos homes) e o 3,6% amosaron a presenza moi leve de dito trastorno. O 96,4% dos usuarios non amosaron un **Incremento da Actividade Motora**, só o 1,8% presentou un incremento moi leve ou moderado da mesma actividade (2,4% en mulleres e ausente en homes).

O 10,9% presentaron **Tremores** moi leves (12,2% en mulleres e 7,1% en homes) e no 9,1% dos casos presentáronse tremores leves (9,8% nas

Resultados

mulleres e 7,1% en homes). No 79,9% dos participantes non existiu un ***Incremento Ou Detrimento do Apetito***, estando presente no 5,5% dos casos de forma moi leve, moderadamente grave ou grave respectivamente.

En todos os ítems analizados observáronse **diferenzas significativas** ($p < 0,05$) entre as frecuencias observadas, excepto no caso dos homes de residencia, no ítem Falta de cooperación nos test. Ademais os síntomas Choros, Ideas Delirantes, Alucinacións, Incremento da Actividade Motora e Incremento ou Detrimento do Apetito estaban totalmente ausentes nos homes de residencia.

Táboa 10. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog en Residencia													
	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	47	85,5%	4	7,3%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	<,001*
Depresión	41	74,5%	5	9,1%	2	3,6%	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	<,001*
Concentración Distractibilidade	37	67,3%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	6	10,9%	9	16,4%	<,001*
Falta Cooperación nos test	29	52,7%	0	0,0%	0	0,0%	4	7,3%	16	29,1%	6	10,9%	<,001*
Ideas Delirantes	44	80,1%	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	5	9,1%	1	1,8%	<,001*
Alucinacións	49	90,0%	2	3,6%	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	1	1,8%	<,001*
Deambulación	49	89,1%	2	3,6%	0	0,0%	4	7,3%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento Actividade Motora	53	96,4%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Tremores	43	78,2%	6	10,9%	5	9,1%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	44	79,9%	3	5,5%	0	0,0%	2	3,6%	3	5,5%	3	5,5%	<,001*

*p<0,05

Táboa 11 Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog nas mulleres en Residencia													
	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	33	80,5%	4	9,8%	1	2,4%	0	0,0%	1	2,4%	2	4,9%	<,001*
Depresión	28	68,3%	5	12,2%	2	4,9%	1	2,4%	2	4,9%	3	7,3%	<,001*
Concentración Distractibilidade	25	61,0%	1	2,4%	0	0,0%	1	2,4%	5	12,2%	9	22,0%	<,001*
Falta Cooperación nos test	19	46,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	9,8%	12	29,3%	6	14,6%	<,001*
Ideas Delirantes	30	73,2%	1	2,4%	2	4,9%	2	4,9%	5	12,2%	1	2,4%	<,001*
Alucinacións	35	85,4%	2	4,9%	0	0,0%	2	4,9%	1	2,4%	1	2,4%	<,001*
Deambulación	36	87,8%	2	4,9%	0	0,0%	3	7,3%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento Actividade Motora	39	95,2%	1	2,4%	0	0,0%	1	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Tremores	32	78,0%	5	12,2%	4	9,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	30	73,2%	3	7,3%	0	0,0%	2	4,9%	3	7,3%	3	7,3%	<,001*

*p<0,05

Táboa 12. Frecuencia dos SPCD mediante o ADAS NoCog en homes en Residencia													
	Ausente		Moi Leve		Leve		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Choros	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Depresión	13	92,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	,001*
Concentración Distractibilidade	12	85,8%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	<,001*
Falta Cooperación nos test	10	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	28,6%	0	0,0%	,149*
Ideas Delirantes	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Alucinacións	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Deambulación	13	92,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	,001*
Incremento Actividade Motora	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Tremores	11	78,7%	1	7,1%	1	7,1%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	<,001*
Incremento ou Detrimento Apetito	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

* $p < 0,05$

Resultados

A través do instrumento de avaliación **BEHAVE-AD** (Táboa 13) observouse que no apartado **A) Delirio**, atopouse que o deliro *“A xente róubame cousas”* estaba ausente no 81,8% (75,6% nas mulleres e 100% en homes), o 10,9% manifestárono como que a xente oculta obxectos (14,6% en mulleres) e o 7,3% como que a xente entra na casa e esconde ou rouba obxectos (9,8% en mulleres). En canto ao delirio *“Esta non é a miña casa”* estivo ausente no 91% dos participantes (87,8% nas mulleres e no 100% nos homes); o 3,6% amosaron intentos de fuxida do domicilio por querer volver ao seu e violencia nas respostas aos intentos de retelo no seu propio fogar, (2,4% nas mulleres). No delirio *“O cónxuxe (ou outro coidador) é un impostor”* 94,6% dos usuarios non o presentaron (92,7% en mulleres e 100% en homes); o 3,6% amosaron violencia contra o cónxuxe (ou outro coidador) por ser un impostor (4,9% nas mulleres); e o 1,8% amosaron a convicción de que o cónxuxe (ou outro coidador) é un impostor (1,2% nas mulleres). En canto ao *“Delirio de abandono”* no 96,4% está ausente (95,2% en mulleres e 100% en homes), sen embargo o 1,8% manifestaron a acusación dunha conspiración para abandonalo ou institucionalizalo e a acusación da ameaza inminente de abandono ou institucionalización (2,4% en mulleres). No 94,6% o *“Delirio de Infidelidade”* estivo ausente (92,8% nas mulleres e no 100% nos homes), o 1,8% amosaron a convicción de que o cónxuxe e/ou os fillos e/outros coidadores sonlles infieis, ira contra o cónxuxe, parente ou outro coidador por infidelidade e violencia contra o cónxuxe, parente ou outro coidador pola suposta infidelidade (2,4% nas mulleres respectivamente). No Delirio de *“Suspiciacia/Paranoia”* o 9,1% presentou suspiciacia (12,2% nas mulleres), o 5,5% presentaron paranoia (7,3% nas mulleres) e o 3,6% violencia como resultado das sospeitas

(2,4% en mulleres e 7,1% nos homes). No tocante a *"Delirios diferentes aos anteriores"* o 12,7% presentaron manifestacións verbais ou emocionais como resultado do estado delirante, o 5,5% accións físicas ou violencia como resultado das ideas delirantes e o 3,6% un estado delusional.

No apartado **B) Alucinacións**, atopouse que as *"Alucinacións Visuais"* estiveron ausentes no 87,3% da mostra (82,9% mulleres e 100% en homes), o 5,5% amosaron alucinacións visuais vagas e non definidas claramente (7,3% en mulleres) e o 3,6% amosaron alucinacións definidas claramente de obxectos e persoas e como accións físicas ou verbais ou respostas emocionais as alucinacións (4,9% en mulleres). O 91% non presentaron *"Alucinacións Auditivas"* (ausentes no 100% en homes e 87,8% en mulleres), o 3,6% amosáronas indefinidas e accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultados das alucinacións (4,9% en mulleres) e o 1,8% amosaron alucinacións auditivas claramente definidas de palabras ou frases. As *"Alucinacións Olfatorias"* estiveron ausentes no 100% da mostra que acudía a residencia. O 96,4% dos usuarios non presentaron *"Alucinacións Somáticas ou Táctiles"*, só se manifestaron no 1,8% como vagas ou indefinidas e como accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións respectivamente (2,4% en mulleres). No que se refire a *"Outras Alucinacións"* estiveron ausentes no 85,5% dos casos (83% en mulleres e 92,9% en homes).

No referente a **C) Actividade Anómala**, o 83,7% non presentaron unha *"Conduta de Deambulación e Fuxidas"* (78,1% en mulleres e 100% nos homes), o 10,9% presentaron dita conduta algunhas veces pero non o suficiente para precisar suxeición (14,6% en mulleres), no 3,6% dos casos

Resultados

esta conduta foi frecuente e suficiente para precisar suxeición (4,9% en mulleres) e no 1,8% amosaron accións verbais, físicas ou respostas emocionais aos intentos de previr a deambulación (2,4% en mulleres). En canto a unha "*Actividade sen Obxectivo*" (abulia cognitiva) no 83,7% dos casos estivo ausente (78,1% en mulleres e no 100% en homes), o 10,9% amosaron unha actividade repetitiva sen obxectivo (14,6% en mulleres), o 3,6% presentaron deambulación ou outra actividade sen obxectivo sen obxectivo suficiente para necesitar suxeición(4,9% en mulleres), e o 1,8% presentaron autolesións como resultado desa actividade sen obxectivo (2,4% en mulleres). No que se refire á "*Actividade Inadecuada*", estivo ausente no 85,4% dos casos (82,9% no caso das mulleres e 92,9% no caso dos homes), o 7,3% amosaron activades inapropiadas (9,8% nas mulleres) e condutas inapropiadas que requiren contención (7,1% en homes).

En canto á **D) Agresividade**, o 9,1% amosaron "*Agresividade Verbal*" incluíndo o emprego non cotián nel/nela dunha linguaxe abusiva (12,2% en mulleres) e acompañada de ira (9,8% nas mulleres e 7,1% nos homes) e o 1,8% amosaron agresividade verbal suficiente para necesitar contención, acompañada de ira e dirixida a persoas concretas; estando ausente no 80% dos casos (75,6% mulleres e 92,9% nos homes). A "*Ameaza física e violencia*" estivo ausente no 81,1% dos casos (78% en mulleres e 92,9% nos homes), sen embargo o 12,7% amosaron unha conduta ameazante (17,1% nas mulleres), o 3,6% violencia física (4,9% en mulleres) e o 1,8% violencia física con vehemencia (7,1% nos homes). O 10,9% amosaron unha "*Axitación Diferente ás Condutas Anteriores*" con compoñente emocional (12,2% nas mulleres e 7,1% nos homes), no 9,1% estivo

presente (9,8% en mulleres e 7,1% nos homes) e o 1,8% amosaron unha axitación cun compoñente emocional e físico (2,4% en mulleres).

Polo que se refire ao apartado dos **E) Trastornos dos Ritmos Diúrnos**, estiveron ausentes no 85,5% dos casos (85,4% en mulleres e 85,8% nos homes), sen embargo o 9,1% amosaron un despertar nocturno repetitivo durante a noite (9,8% en mulleres e 7,1% en homes), o 3,6% amosaron dito trastorno dun 50% a un 75% do ciclo do sono durante a noite (2,4% en mulleres e 7,1% en homes) e o 1,8% presentaron unha alteración completa do ritmo diúrno (2,4% mulleres).

No referente aos **F) Trastornos Afectivos**, os *Choros* estiveron ausentes no 85,4% dos usuarios (80,5% nas mulleres e no 100% nos homes), e de estaren presentes facíanos acompañados dun claro compoñente afectivo e acompañados dun claro compoñente afectivo e físico (7,3% nas mulleres) e o 3,6% amosaron choros (4,9% en mulleres). No que se refire ao "*Humor Depresivo*", estivo ausente no 87,2% dos usuarios de residencia (82,9% mulleres e 100% nos homes), sen embargo o 7,3% estivo presente (9,8% mulleres) e no 5,5% estivo presente acompañado de ideas de morte (7,3% en mulleres).

No tocante á **G) Ansiedade e Fobias**, estiveron ausentes no 89,1% da mostra de residencia (85,4% en mulleres e 100% nos homes); o 5,5% amosaron "*Ansiedade Relacionada con Eventos Programados (Síndrome de Godot)* " en forma de repetidas queixas e/ou outras actividades próximas con citas e/ou eventos programados (7,3% en mulleres), o 3,6% amosaron dito trastorno sendo intolerable para os cuidadores (4,9% en mulleres) e o 1,8% amosárona como perturbadora para os cuidadores. O 83,6% non

Resultados

presentaron outras formas de ansiedade (80,5% en mulleres e 92,9% en homes), o 9,1% presentaron "*Outras Formas de Ansiedade*" suficientes para que a actividade do paciente fose perturbadora (7,3% en mulleres) e o 7,3% dos casos estivo presente (mesma porcentaxe en mulleres e homes). O 91% non amosaron "*Medo a Ser Deixados Solos*" (87,8% en mulleres e 100% nos homes) no 3,6% estivo presente este medo mediante vocalización do medo a estar só e o suficiente para requirir atención específica por parte do cuidador (4,9% nas mulleres) e no 1,8% estiveron presentes e foron o suficiente para que a actividade do paciente necesitase ser previda (2,4% en mulleres). O 89,1% non presentaron "*Outras Fobias*".

En todos os ítems analizados observáronse **diferenzas significativas** ($p < 0,05$) entre as frecuencias observadas dos ítems do BEHAVE-AD en usuarios que están institucionalizados.

En relación á **Avaliación Global** do BEHAVE-AD en relación aos síntomas anteriores, o 61,8% dos mesmos non alteran a vida da familia nin son perigosos para o paciente (53,7% nas mulleres e 85,7% nos homes), o 25,5% son considerados como que alteran lixeiramente a vida da familia e dos cuidadores e son lixeiramente perigosos para o enfermo (29,3% en mulleres e 14,3% en homes), o 9,1% consideran que ditos síntomas alteran de forma moderada a vida da familia e son perigosos para o enfermo (12,2% nas mulleres) e o 3,6% ven estes trastornos como moi problemáticos ou intolerables para a familia e gravemente perigosos para o enfermo (4,9% nas mulleres).

Táboa 13. Frecuencia dos SPCD mediante o BEHAVE-AD en Residencia

A) IDEACIÓN DELIRANTE E PARANOIDE						
"A xente rouba cousas"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	45 (81,8%)	31 (75,6%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
A xente oculta obxectos	6 (10,9%)	6 (14,6%)	0			
A xente entra na casa e esconde ou rouba cousas	4 (7,3%)	4 (9,8%)	0			
Fala e escoita a xente que entra na casa	0	0	0			
"Esta non é a miña casa"						
Ausente	50 (91,0%)	36 (87,8%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convencemento de que o lugar no que vive non é o seu fogar	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Intentos de fuxida do domicilio por querer volver ao seu	2 (3,6%)	2 (2,4%)	0			
Violencia en respostas aos intentos de retelo no seu propio fogar	2 (3,6%)	2 (2,4%)	0			
"O conxuxe é un impostor"						
Ausente	52 (94,6%)	38 (92,7%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convicción de que o cónxuxe é un impostor	1 (1,8%)	1 (1,24%)	0			
Ira ou cólera contra o cónxuxe por ser un impostor	0	0	0			
Violencia en resposta aos intentos de retelo no seu propio fogar	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			

Resultados

"Delirio de abandono"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	53 (96,4%)	39 (95,2%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Sospeita que o cuidador ten un complot para abandonalo ou institucionalizado	0	0	0			
Acusación dunha conspiración para abandonalo ou institucionalizalo	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Acusación da ameaza inminente de abandono ou institucionalización	1 (1,8%)	1 (1,24%)	0			
"Delirio de Infidelidade"						
Ausente	52 (94,6%)	38 (92,8%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Convicción de que o cónxuxe e/ou os fillos e/outros cuidadores sonlles infieis	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Ira contra o cónxuxe, pariente ou outro cuidador pola súa infidelidade	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Violencia contra o cónxuxe, pariente ou outro cuidador pola súa suposta infidelidade	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
"Suspiciacia/Paranoia"						
Ausente	45 (81,8%)	32 (78,1%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Suspiciacia	5 (9,1%)	5 (12,2%)	0			
Paranoia	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Violencia como resultado das sospeitas	2 (3,6%)	1 (2,4%)	1 (7,1%)			

"Outros Delirios"				p		
Ausente	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
	43 (78,2%)	29 (70,7%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Estado delusional	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Manifestacións verbais ou emocionais como resultado do estado confusional	7 (12,7%)	7 (17,1%)	0			
Accións físicas ou violencia como resultado das ideas delirantes	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
B) ALUCINACIÓNS						
"Alucinacións Visuais"						
Ausente	48 (87,3%)	34 (82,9%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas, non definidas claramente	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Alucinacións definidas claramente de obxectos ou persoas	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Accións físicas ou verbais ou respostas emocionais das alucinacións	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
"Alucinacións Auditivas"						
Ausente	50 (91,0%)	36 (87,8%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas ou indefinidas	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Alucinacións claramente definidas de palabras ou frases	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			

Resultados

"Alucinacións Olfatorias"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	55 (100,0%)	41 (100,0%)	14 (100,0%)			
Vagas ou indefindas	0	0	0			
Claramente definidas	0	0	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	0	0	0			
"Alucinacións Somáticas ou Táctiles"						
Ausente	53 (96,4%)	39 (95,2%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Vagas ou indefindas	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Claramente definidas	0	0	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
"Outras Alucinacións"						
Ausente	47 (85,5%)	34 (83,0%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Vagas ou indefindas	4 (7,3%)	3 (7,3%)	1 (7,1%)			
Claramente definidas	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Accións físicas, verbais ou respostas emocionais como resultado das alucinacións	3 (5,4%)	3 (7,3%)	0			

C) ACTIVIDADE ANÓMALA						
"Conduta de deambulación e fuxidas"				p		
Ausente	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
	46 (83,7%)	32 (78,1%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Algunhas veces, pero non suficiente para necesitar suxeición	6 (10,9%)	6 (14,6%)	0			
Frecuente, suficiente para necesitar suxeición	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Accións verbais, físicas ou respostas emocionais aos intentos de previr a deambulación	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
"Actividade sen obxectivo" (Abulia Cognitiva)						
Ausente	46 (83,7%)	32 (78,1%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Actividade repetida sen obxectivo	6 (10,9%)	6 (14,6%)	0			
Deambulación ou actividade sen obxectivo suficiente para necesitar suxeición	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Autolesións como resultado da actividade sen obxectivo	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
"Actividade Inadecuada"						
Ausente	47 (85,4%)	34 (82,9%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Actividades inapropiadas	4 (7,3%)	4 (9,8%)	0			
Presencia de condutas inapropiadas que requiren contención	4 (7,3%)	3 (7,3%)	1 (7,1%)			
Presencia de condutas inapropiadas que requiren contención, e acompañadas de ira ou violencia ante a contención	0	0	0			

Resultados

D) AGRESIVIDADE						
"Agresividade Verbal"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	44 (80,0%)	31 (75,6%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente	5 (9,1%)	5 (12,2%)	0			
Presente, acompañada de ira	5 (9,1%)	4 (9,8%)	1 (7,1%)			
Presente, suficiente para necesitar contención, acompañada de ira e dirixida a persoas concretas	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
"Ameaza física e violencia"						
Ausente	45 (81,1%)	32 (78,0%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Conduta ameazante	7 (12,7%)	7 (17,1%)	0			
Violencia Física	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Violencia Física con vehemencia	1 (1,8%)	0	1 (7,1%)			
"Axitación"						
Ausente	43 (78,2%)	31 (75,6%)	12 (85,8%)	<,001*	<,001*	<,001*
Presente	5 (9,1%)	4 (9,8%)	1 (7,1%)			
Presente con compoñente emocional	6 (10,9%)	5 (12,2%)	1 (7,1%)			
Presente con compoñente emocional e físico	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			

E) TRASTORNOS DO RITMOS DIURNOS						
"Trastornos Día/Noite"				p		
Ausente	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
	47 (85,5%)	35 (85,4%)	12 (85,8%)	<,001*	<,001*	<,001*
Espertar nocturno repetitivo durante a noite	5 (9,1%)	4 (9,8%)	1 (7,1%)			
Dun 50% a un 75% do ciclo do sono durante a noite	2 (3,6%)	1 (2,4%)	1 (7,1%)			
Alteración completa do ritmo diurno	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
F) TRASTORNOS AFECTIVOS						
"Choros"						
Ausente	47 (85,4%)	33 (80,5%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Presente	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Presente, acompañado dun claro compoñente afectivo	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Presente, acompañado dun claro compoñente afectivo e físico	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
"Humor Depresivo"						
Ausente	48 (87,2%)	34 (82,9%)	14 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Presente	4 (7,3%)	4 (9,8%)	0			
Presente con ideas de morte	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Presente con compoñente emocional e físico	0	0	0			

Resultados

G) ANSIEDADE E FOBIAS						
"Ansiedade relacionada con eventos programados" (Sd.Godot)				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	49 (89,1%)	35 (85,4%)	14 (100%)	<,001*	<,001*	
Presente:repetidas queixas e/ou outras actividades próximas con citas e/ou eventos programados	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Presente e perturbadora para os cuidadores	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			
Presente e intolerable para os cuidadores	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
"Outras formas de ansiedade"						
Ausente	46 (83,6%)	33 (80,5%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Presente	4 (7,3%)	3 (7,3%)	1 (7,1%)			
Presente e perturbadora para os cuidadores	5 (9,1%)	5 (12,2%)	0			
Presente e intolerable para os cuidadores	0	0	0			
"Medo a ser deixado só"						
Ausente	50 (91,0%)	36 (87,8%)	1 (100,0%)	<,001*	<,001*	
Presente: vocalización do medo a estar só	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Presente e vocalizado, suficiente para requerir atención específica por parte do cuidador	2 (3,6%)	2 (4,9%)	0			
Vocalizado e suficiente para que o paciente deba estar acompañado a todas horas	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			

"Outras fobias"				p		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	49 (89,1%)	36 (87,9%)	13 (92,9%)	<,001*	<,001*	,001*
Presente	2 (3,6%)	1 (2,4%)	1 (7,1%)			
Presente e de suficiente magnitude para requerir acción específica por parte do cuidador	3 (5,5%)	3 (7,3%)	0			
Presentes e suficientes para que a actividade do paciente necesite ser prevista	1 (1,8%)	1 (2,4%)	0			

* $p < 0.05$

Mediante o **NPI** (Táboa 14) observouse que no 83,7% dos usuarios de residencia non presentaban **Delirios** (80,5% nas mulleres 92,9% nos homes), o 9,1% presentáronos cunha puntuación de 4/120 (9,8% nas mulleres e 7,1% nos homes) e o 3,6% con 12/120 (4,9% nas mulleres).

As **Alucinacións** estiveron ausentes no 89,1% dos casos (87,9% nas mulleres e 92,9% nos homes), presentes no 5,5% cunha puntuación do 4/120 (7,3% nas mulleres), ademais o 2,4% das mulleres presentáronas con puntuacións de 9/120 e 12/120.

Polo que se refire á **Axitación/Agresividade** o 10,9% amosárona cunha puntuación de 4/120 (12,2% nas mulleres e 7,1% nos homes), o 5,5% con 6/120 (4,9% nas mulleres e 7,1% nos homes) e o 3,6% coa puntuación de 12/120 (4,9% nas mulleres); estando ausente no 74,6% dos casos (70,6% nas mulleres e 85,8% nos homes).

A **Depresión** estivo presente no 7,3% dos usuarios cunha puntuación de 2/120 (9,8% en mulleres), no 5,5% con 4/120 (2,4% en mulleres e 14,3% en homes) e no 3,6% cunha puntuación do 3/120 (4,9% en mulleres) e

Resultados

8/120 (4,9% en mulleres), estando ausente no 74,6% dos casos (73,2% nas mulleres e 85,7% nos homes).

O 85,6% dos usuarios non presentaron **Ansiedade** (80,6% nas mulleres e 100% nos homes), tan só o 3,6% cunhas puntuacións do 6/120 e 9/120 respectivamente (4,9% nas mulleres); ademais as mulleres amosaron puntuacións do 2/120, 4/120, 8/120 e 12/120 no 2,4%.

A **Exaltación/Euforia** estivo ausente no 90,9% dos casos (73,3% nas mulleres e 92,9% nos homes), estando presente no 5,5% cunha puntuación de 4/120 (7,3% nas mulleres).

A **Apatía/Indiferenza** estivo presente no 9,1% cunha puntuación de 4/120 (9,8% nas mulleres e 7,1% nos homes), no 7,3% cunha puntuación de 12/120 (9,8% nas mulleres) e no 3,6% con 9/120 (4,9% nas mulleres); estando ausente no 76,4% dos casos (73,1% nas mulleres e 85,8% nos homes).

O 91% non manifestaron **Desinhibición** (90,4% nas mulleres e homes). Nas mulleres o 2,4% das mesmas presentárona con puntuacións 1/120, 2/120, 6/120 e 12/120; en canto aos homes estivo presente no 7,1% cunha puntuación de 8/120.

O 7,3% presentaron **Irritabilidade/Labilidade** cunha puntuación de 2/120 (7,3% nas mulleres e 7,1% nos homes), o 5,5% cunha puntuación de 12/120 (7,3% nas mulleres) e o 3,6% cunha puntuación de 6/120 (4,9% nas mulleres); estando ausente no 76,4% dos usuarios (73,3% no caso das mulleres e 85,8% no caso dos homes).

O 5,5% dos usuarios de residencia presentaron unha **Conduta Motora Aberrante** cunha puntuación de 12/120 (2,4% nas mulleres e 14,3% no caso dos homes), o 3,6% coa puntuación de 6/120 (4,9% nas mulleres) e 8/120 (2,4% nas mulleres e 7,1% nos homes) respectivamente; estando ausente no 83,7% dos usuarios (87,9% nas mulleres e 71,5% nos homes).

As **Alteracións do Sono** estiveron ausentes no 87,2% dos casos (85,6% nas mulleres e 85,8% nos homes), e o 3,6% as manifestaron cunha puntuación de 6/120 (2,4% nas mulleres e 7,1% nos homes).

AS **Alteracións no Apetito/Alimentación** estiveron ausentes no 80,1% dos usuarios de residencia (75,6% nas mulleres e 92,9% nos homes), o 7,3% manifestáronas cunha puntuación de 6/120 (9,8% nas mulleres) e o 3,6% cunha puntuación de 8/120 (2,4% nas mulleres e 7,1% nos homes), 9/120 (4,9% nas mulleres) e 12/120 (4,9% nas mulleres) respectivamente.

Táboa 14. Frecuencia dos SPCD mediante o NPI en Residencia												
Frecuencia x Gravidade	Delirios			Alucinacións			Axitación/Agresión			Depresión		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	46 (83,7%)	33 (80,5%)	13 (92,9%)	49 (89,1%)	36 (87,9%)	13 (92,9%)	41 (74,6%)	29 (70,6%)	12 (85,8%)	41 (74,6%)	30 (73,2%)	11 (78,6%)
1/120				1 (1,8%)		1 (7,1%)	1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)		1 (7,1%)
2/120										4 (7,3%)	4 (9,8%)	
3/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)								2 (3,6%)	2 (4,9%)	
4/120	5 (9,1%)	4 (9,8%)	1 (7,1%)	3 (5,5%)	3 (7,3%)		6 (10,9%)	5 (12,2%)	1 (7,1%)	3 (5,5%)	1 (2,4%)	2 (14,3%)
6/120							3 (5,5%)	2 (4,9%)	1 (7,1%)	1 (1,8%)	1 (2,4%)	
8/120							1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)	
9/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)				
12/120	2 (3,6%)	2 (4,9%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)	
P	<,001*	<,001*	,001*	<,001*	<,001*	,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	,002*

* $p < 0,05$

Frecuencia x Gravidade	Ansiedade			Exaltación/Euforia			Apatía/Indiferenza			Desinhibición		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	47 (85,6%)	33 (80,6%)	14 (100,0%)	50 (90,9%)	37 (90,3%)	13 (92,9%)	42 (76,4%)	30 (73,1%)	12 (85,8%)	50 (91,0%)	37 (90,4%)	13 (92,9%)
1/120										1 (1,8%)	1 (2,4%)	
2/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)					1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)	
3/120												
4/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)		3 (5,5%)	3 (7,3%)		5 (9,1%)	4 (9,8%)	1 (7,1%)			
6/120	2 (3,6%)	2 (4,9%)								1 (1,8%)	1 (2,4%)	
8/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)		1 (7,1%)	1 (1,8%)		1 (7,1%)	1 (1,8%)		1 (7,1%)
9/120	2 (3,6%)	2 (4,9%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)				
12/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)					4 (7,3%)	4 (9,8%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)	
p	<,001*	<,001*		<,001*	<,001*	,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	,001*

* $p < 0,05$

Resultados

Frecuencia x Gravidade	Irritabilidade Labilidadade			Conduta Motora Aberrante			Alteracións do Sono			Apetito Alimentación		
	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes	N	Mulleres	Homes
Ausente	42 (76,4%)	30 (73,3%)	12 (85,8%)	46 (83,7%)	36 (87,9%)	10 (71,5%)	48 (87,2%)	36 (85,6%)	12 (85,8%)	44 (80,1%)	31 (75,6%)	13 (92,9%)
1/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)		1 (1,8%)	1 (2,4%)							
2/120	4 (7,3%)	3 (7,3%)	1 (7,1%)				1 (1,8%)	1 (2,4%)				
3/120										1 (1,8%)	1 (2,4%)	
4/120	1 (1,8%)		1 (7,1%)	1 (1,8%)		1 (7,1%)	1 (1,8%)	1 (2,4%)				
6/120	2 (3,6%)	2 (4,9%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)		2 (3,6%)	1 (2,4%)*	1 (7,1%)	4 (7,3%)	4 (9,8%)	
8/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	1 (2,4%)	1 (7,1%)		1 (2,4%)	1 (7,1%)	2 (3,6%)	1 (2,4%)	1 (7,1%)
9/120	1 (1,8%)	1 (2,4%)					1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)	
12/120	3 (5,5%)	3 (7,3%)		3 (5,5%)	1 (2,4%)	2 (14,3%)	1 (1,8%)	1 (2,4%)		2 (3,6%)	2 (4,9%)	
p	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	<,001*	,001*

* $p < 0,05$

3. Centro de Día vs. Residencia

Os resultados obtidos amósanos que os usuarios de residencia presentan maior media de idade 85,1 (DT=7,7) (Táboa 15), sendo maior tamén a media de idade nas mulleres (85,2 DT=7,5). No caso do centro de día a media de idade foi de 82,4 (DT=7,7), onde tamén as mulleres amosaron unha maior media de idade 83,3 (DT=8,5). Aínda así, as diferenzas observadas non foron estatisticamente significativas, asumindo que a idade non está influíndo sobre os resultados observados segundo o tipo de estadía.

Táboa 15. Idade dos usuario de CD e R												
	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	P
CD	55	82,4	7,7	,945	35	83,3	8,5	,642	20	80,8	6,1	,546
R	55	85,1	7,7		41	85,2	7,5		14	84,7	8,5	

* $p < 0,05$

Na comparativa do estado cognitivo (Táboa 16) segundo o tipo de estadía e mediante o MMSE obtivemos que as mulleres que acoden ao CD amosan na súa maioría (48,5%) Deterioro Cognitivo Moderado e nun 22,9% Deterioro Cognitivo Leve e Grave, namentres que en R a maioría (46,3%) das mulleres amosan Deterioro Cognitivo Grave e o 26,8% Deterioro Cognitivo Moderado. A puntuación media das mulleres foi de 15,1 (DT 8,1) e 13,2 (DT 9,4) puntos en CD e R respectivamente, pero as diferenzas non foron significativas. No que se refire aos homes de R, amosan no 28,6% Ausencia de Deterioro, namentres que en CD o 30% dos homes presentan Deterioro Cognitivo Leve, Deterioro Cognitivo Moderado e Deterioro Cognitivo Grave.

Resultados

No caso dos usuarios de CD a puntuación media no MMSE foi de 14,7 (DT 9,6) e 20,4 (9,9) puntos, pero a diferenza non foi estatisticamente significativa.

Táboa 16. Diferenzas en canto ao sexo no MMSE en CD e R												
	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p
CD	55	15,0	8,6	,061	35	15,1	8,1	,148	20	14,7	9,6	,921
R	55	15,0	10,0		41	13,2	9,4		14	20,4	9,9	

* $p < 0,05$

Os resultados do GDS (Táboa 17) amosaron que as mulleres de R presentan estadiaxes que se atopan entre o GDS6-Defecto Cognitivo Grave (36,6%) e o GDS7-Defecto Cognitivo Moi Grave (19,5%); mentres que as mulleres de CD atópanse ao redor do GDS4-Defecto Cognitivo Moderado (31,4%) e o GDS5-Defecto Cognitivo Moderado/Grave (22,9%). En CD temos valores medios de 4,3 (DT 1,7) fronte a 4,9 (DT 1,9) en R, non sendo significativas estas diferenzas. Polo que se refire aos homes, aqueles que acoden ao CD presentan estadiaxes ao redor do GDS4-Defecto Cognitivo Moderado e o GDS7-Defecto Cognitivo Moi Grave (20%), e o GDS1-Ausencia de Deterioro e o GDS6-Defecto Cognitivo Grave (15%); no caso da R estes sitúanse ao redor do GDS1-Ausencia de Deterioro (35,7%), GDS6-Defecto Cognitivo Grave (28,6%) e GDS3-Defecto Cognitivo Leve (21,4%). As puntuacións medias son de 4,3 (DT 2,1) e 3,5 (2,3) en CD e R respectivamente pero non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas.

Táboa 17. Diferenzas en canto ao sexo no GDS en CD e R

	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p
CD	55	4,3	1,8	,470	35	4,3	1,7	,146	20	4,3	2,1	,548
R	55	4,6	2,1		41	4,9	1,9		14	3,5	2,3	

* $p < 0,05$

A través do instrumento ADAS NoCog (Táboa 18) mostrásenos que os síntomas psicolóxicos e condutuais máis frecuentes foron, no caso de CD: Problemas de Concentración e Distraibilidade (72,2%), Falta de Cooperación nos Test (40%) e Deambulación (40%); namentres que no caso de residencia os máis frecuentes foron: Falta de Cooperación (47,3%), Problemas de Concentración e Distraibilidade (32,7%), Depresión (25,5%) e Tremores (21,8%). Observouse que existen diferenzas estatisticamente significativas en función da estadía nos problemas de concentración e distraibilidade ($p < ,001$), na falta de cooperación nos test ($p = ,002$) e na deambulación ($p = ,003$).

Táboa 18. SPCD máis frecuentes segundo o ADAS NoCog

	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Problemas de Concentración e Distraibilidade	72,7%	32,7%	< ,001*
Falta de Cooperación nos Test	40,0%	47,3%	,002*
Deambulación	40,0%		,003*
Depresión		25,5%	,455
Tremores		21,8%	,625

* $p < 0,05$

Resultados

Se os datos se analizan en relación ao sexo dos usuarios, existen tamén diferenzas a razón do tipo de estadía, CD ou R. Nas mulleres (Táboa 19) que acoden de forma regular ao CD, os SPCD máis frecuentes foron: Problemas de Concentración e Distraibilidade (74,3%), Falta de Cooperación nos Test (45,7%), Deambulación (42,9%), e Ideas Delirantes (22,9%); nas mulleres que viven en residencia, os síntomas máis frecuentes foron: Falta de Cooperación nos Test (53,7%), Problemas de Concentración e Distraibilidade (39%), Depresión (31,7%) e Ideas Delirantes e Problemas de Incremento ou Detrimento do Apetito (26,8%). Nos problemas de concentración e distraibilidade ($p=,001$), na falta de cooperación nos test ($p=,037$) e na deambulación ($p=,021$) atopamos que existen diferenzas estatisticamente significativas en canto ao tipo de estadía dos usuarios.

Táboa 19. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o ADAS NoCog

	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Problemas de Concentración e Distraibilidade	74,3%	39,0%	,001 *
Falta de Cooperación nos Test	45,7%	53,7%	,037 *
Deambulación	42,9%		,021 *
Ideas Delirantes	22,9%	26,8%	,438
Depresión		31,7%	,316
Problemas de Apetito		26,8%	,095

* $p<0,05$

En canto aos homes que acoden ao CD (Táboa 20), presentaron con maior frecuencia Problemas de Concentración e Distraibilidade (70%), Deambulación (35%) e Falta de Cooperación nos Test (30%); mentres que os homes que están en R presentaron como SPCD máis frecuentes: Falta de Cooperación nos Test (28,6%), Tremores (21,4%) e Problemas de

Concentración e Distraibilidade (14,3%). No caso dos homes tan só se atopou diferenza estatisticamente significativa nos problemas de concentración e distraibilidade ($p=,027$) en función do tipo de estadía.

Táboa 20. SPCD máis frecuentes nos homes segundo o ADAS NoCog			
	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Problemas de Concentración e Distraibilidade	70,0%	14,3%	,027*
Falta de Cooperación nos Test	30,0%	28,6%	,078
Deambulación	35,0%		,277
Tremores		21,4%	,661

* $p<0,05$

No caso das puntuacións medias obtidas segundo o tipo de estadía (Táboa 21), só se obtiveron diferenzas estatisticamente significativas no caso dos homes, onde a puntuación media do GDS foi de 7 puntos (DT 6,2) en CD fronte aos 2,5 (DT 3,3) en R.

Táboa 21. Diferenzas en canto ao sexo no ADAS NoCog en CD e R												
	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p
CD	55	7,9	7,0	,630	35	8,5	7,5	,382	20	7,0	6,2	,004*
R	55	6,7	8,1		41	8,1	8,7		14	2,5	3,3	

* $p<0,05$

Mediante o instrumento BEHAVE-AD (Táboa 22) atopamos que nas persoas que acoden ao CD presentan como SPCD máis frecuentes: Abulia Cognitiva (43,6%), Conduta de Deambulación e Fuxidas (34,5%), Actividade Inadeuada (32,7%), Axitación (29,1%), Agresividade Verbal (25,5%), e Outras formas de Ansiedade (23,6%). No caso dos usuarios de R, os SPCD de maior frecuencia foron: Axitación (21,8%), Agresividade Verbal (20%),

Resultados

Ameaza Física e Violencia (18,9%), Ideas Delirantes “A xente róubame cousas” (18,2%), Susplicacia/Paranoia (18,2%), Abulia Cognitiva (16,4%), Outras Formas de Ansiedade non recollidas no test (16,4%), Actividade Inadecuada (14,5%), Trastornos Día/Noite (14,5%), Choros (14,5%), Conduta de Deambulación e Fuxidas (13,4%) e Alucinacións Visuais (12,7%). Tan só se atoparon diferenzas estatisticamente significativas na Abulia Cognitiva ($p=,016$) e na Actividade Inadecuada ($p=,035$) en relación ao tipo de estadía e o BEHAVE-AD.

Táboa 22. SPCD máis frecuentes segundo o BEHAVE-AD			
	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Abulia Cognitiva	43,6%	16,4%	,016*
Conduta de Deambulación e Fuxidas	34,5%	13,4%	,133
Actividade Inadecuada	32,7%	14,5%	,035*
Axitación	29,1%	21,8%	,748
Agresividade Verbal	25,5%	20,0%	,410
Outras formas de Ansiedade	23,6%	16,4%	,611
Ameaza Física ou Violencia		18,9%	,246
Ideas Delirantes “A xente róubame cousas”		18,2%	,219
Susplicacia/Paranoia		18,2%	,417
Trastornos Día/Noite		14,5%	,609
Choros		14,5%	,154
Alucinacións Visuais		12,7%	,665

* $p<0,05$

Ao analizar as diferenzas segundo o xénero, nas mulleres (Táboa 23) que acoden ao CD os SPCD máis frecuentes foron: Abulia Cognitiva (40%), Conduta de Deambulación e Fuxidas (34,3%), Outras formas de ansiedade (31,4%), Actividade Inadecuada (25,7%), Axitación (22,9%), e Agresividade Verbal (17,1%); mentres que nas mulleres de R os SPCD máis

frecuentes foron: Ideación Paranoide “A xente róubame cousas” (24,4%), Agresividade Verbal (24,4%), Suspicacia/Paranoia (22%), Abulia Cognitiva (22%), Condutas de Deambulación e Fuxidas (22%), Ameaza Física e Violencia (22%), Choros (19,5%), Outras formas de Ansiedade (19,5%), Alucinacións Visuais (17,1%), Actividade Inadeuada (17,1%) e Trastornos Día/Noite (14,6%). Non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas nas mulleres segundo o tipo de estadía nos diferentes SPCD analizados a través do BEHAVE-AD.

Táboa 23. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o BEHAVE-AD			
	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Abulia Cognitiva	40,0%	22,0%	,163
Conduta de Deambulación e Fuxidas	34,3%	22,0%	,389
Outras formas de Ansiedade	31,4%	19,5%	,489
Actividade Inadeuada	25,7%	17,1%	,229
Axitación	22,9%		,689
Agresividade Verbal	17,1%	24,4%	,595
Ideas Delirantes “A xente róubame cousas”		24,4%	,149
Ameaza Física ou Violencia		22%	,095
Suspicacia/Paranoia		22%	,091
Choros		19,5%	,091
Alucinacións Visuais		17,1%	,725
Trastornos Día/Noite		14,6%	,821

* $p < 0,05$

En relación aos homes (Táboa 24), os que acoden a CD, presentaron como síntomas máis frecuentes: Abulia Cognitiva (50%), Actividade Inadeuada (45%), Agresividade Verbal (40%), Axitación (40%) e Conduta de Deambulación (35%); mentres que nos homes que viven en R, foron de maior frecuencia: Axitación (14,3%) e Trastornos Día/Noite (14,3%).

Resultados

Observouse que nos homes existe relación estatisticamente significativa segundo o tipo de estadia e os SPCD de Abulia Cognitiva ($p=,019$) e a Conduta de Deambulación e Fuxida ($p=,046$).

Táboa 24. SPCD máis frecuentes nos homes segundo o BEHAVE-AD			
	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Abulia Cognitiva	50,0%		,019*
Actividade Inadecuada	45,0%		,084
Agresividade Verbal	40,0%		,140
Conduta de Deambulación e Fuxidas	35,0%		,046*
Axitación		14,3%	,269
Trastornos Día/Noite		14,3%	,530

* $p<0,05$

A puntuación total do BEHAVE-AD (Táboa 25) tamén amosou relación estatisticamente significativa en función do tipo de estadia na mostra total ($p=,021$) e no caso dos homes ($p=,003$).

Táboa 25. Diferenzas en canto ao sexo no BEHAVE-AD en CD e R												
	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p
CD	55	,8	,9	,021*	35	,7	,8	,387	20	1,0	1,1	,003*
R	55	,6	,8		41	,7	,9		14	,1	,4	

* $p<0,05$

Mediante a ferramenta NPI (Táboa 26) observouse que os SPCD que se dan con máis frecuencia no CD foron: Conduta Motora Aberrante (40%), Apatía/Indiferenza (27,3%), Ansiedade (25,5%), Delirios (18,2%). Nos usuarios de R os SPCD máis frecuentes foron: Axitación/Agresividade (25,5%), Depresión (25,5%), Apatía/Indiferenza (23,6%) e Irritabilidade/Labilidade (23,6%). Sen embargo non se observaron diferenzas estatisticamente significativas en relación ao tipo de estadía e os SPCD do NPI.

Táboa 26. SPCD máis frecuentes segundo o NPI			
	Centro de Día	Residencia	
	%	%	p
Conduta Motora Aberrante	40,0%		,123
Apatía/Indiferenza	40,0%	23,6%	,397
Ansiedade	25,5%		,345
Delirios	18,2%		,264
Axitación/Agresividade	18,2%	25,5%	,664
Depresión		25,5%	,460
Irritabilidade/Labilidade		23,6%	,408

* $p < 0,05$

En canto ás diferenzas en función do sexo, nas mulleres (Táboa 27) que acoden con regularidade ao CD atopáronse como SPCD máis frecuentes: Conduta Motora Aberrante (34,3%), Ansiedade (28,6%), Apatía/indiferenza (25,7%), Delirios (22,9%) e Axitación/Agresividade (17,1%). En canto ás mulleres da R atopouse que a Axitación (29,3%), Depresión (26,8%), Apatía/Indiferenza (26,8%) e Irritabilidade/Labilidade (26,8%), como os SPCD de maior frecuencia. Non se atoparon diferenzas significativas en canto ao sexo feminino e o tipo de estadía.

Táboa 27. SPCD máis frecuentes nas mulleres segundo o NPI			
	Centro de Día	Residencia	P
	%	%	
Conduta Motora Aberrante	34,3%		,164
Ansiedade	28,6%		,651
Apatía/Indiferenza	25,7%	26,8%	,167
Delirios	22,9%		,317
Axitación/Agresividade	17,1%	29,3%	,758
Irritabilidade/Labilidade		26,8%	,209
Depresión		26,8%	,600

* $p < 0,05$

No que respecta aos homes (Táboa 28) que con asiduidade acoden ao CD, os SPCD de maior frecuencia foron: Conduta Motora Aberrante (50%), Apatía/Indiferenza (30%), Axitación/Agresividade (20%), Ansiedade (20%) e Irritabilidade/Labilidade (15%); no caso de R os máis frecuentes foron: Depresión (21,4%), Axitación/Agresividade, Apatía/Indiferenza e Irritabilidade/Labilidade (14,3%). En relación ao tipo de estadia e o NPI non se atopou ningunha relación estatisticamente significativa.

Táboa 28. SPCD máis frecuentes en homes segundo o NPI			
	Centro de Día	Residencia	p
	%	%	
Conduta Motora Aberrante	50,0%		,548
Apatía/Indiferenza	30,0%	14,3%	,706
Axitación/Agresividade	20,0%	14,3%	,609
Ansiedade	20,0%		,205
Irritabilidade/Labilidade	15,0%	14,3%	,576
Depresión		21,4%	,431

* $p < 0,05$

No caso da puntuación total obtida no NPI (Táboa 29), non se atoparon en función do tipo de estadía e os SPCD incluídos no NPI.

Táboa 29. Diferenzas en canto ao sexo no NPI en CD e R												
	N				Mulleres				Homes			
	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p	N	\bar{X}	DT	p
CD	55	25,0	23,4	,254	35	24,8	23,5	,266	20	25,5	24,0	,800
R	55	23,8	34,2		41	26,7	36,5		14	15,4	25,6	

* $p < 0,05$

Mediante a análise de correlacións en CD (Táboa 30) atopamos correlacións significativas para todos os test empregados para a avaliación, obténdose correlación negativa de todos os tests co MMSE, a menor puntuación no MMSE maior puntuación no GDS ($r = -,915$, $p < ,001$), ADAS NoCog ($r = -,626$, $p < ,001$), BEHAVE-AD ($r = -,619$, $p < ,001$) e NPI ($r = -,502$, $p < ,001$). O GDS correlacionou positivamente co ADAS NoCog ($r = ,651$, $p < ,001$), o BEHAVE-AD ($r = ,584$, $p < ,001$) e o NPI ($r = ,502$, $p < ,001$). O ADAS NoCog correlacionou ademais co BEHAVE-AD ($r = ,457$, $p < ,001$) e o NPI ($r = ,693$, $p < ,001$). Finalmente, a maior puntuación no BEHAVE-AD, maior puntuación no NPI ($r = ,538$, $p < ,001$).

Táboa 30. Matriz de correlacións dos diferentes test en CD					
	1	2	3	4	5
1. MMSE					
2. GDS	-,915*				
3. ADAS NoCog	-,626*	,651*			
4. BEHAVE-AD	-,619*	,584*	,457*		
5. NPI	-,502*	,502*	,693*	,538*	

* $p < 0,05$

Resultados

Mediante a análise de correlacións en R (Táboa 31) atopamos correlacións significativas para todos os test empregados para a avaliación excepto no caso do NPI, que non correlacionou co MMMSE nin co GDS. Obtivéronse correlacións negativas entre o MMSE e o GDS ($r = -,918$, $p < ,001$), o ADAS NoCog ($r = -,514$, $p < ,001$) e o BEHAVE-AD ($r = -,373$, $p = ,005$). O GDS correlacionou positivamente co ADAS NoCog ($r = ,429$, $p = ,001$) e o BEHAVE-AD ($r = ,323$, $p = ,016$). O ADAS NoCog correlacionou ademais co BEHAVE-AD ($r = ,676$, $p < ,001$) e o NPI ($r = ,687$, $p < ,001$). Finalmente, a maior puntuación no BEHAVE-AD, maior puntuación no NPI ($r = ,592$, $p < ,001$).

Táboa 31. Matriz de correlacións dos diferentes test en R					
	1	2	3	4	5
1. MMSE					
2. GDS	-,918*				
3. ADAS NoCog	-,514*	,429*			
4. BEHAVE-AD	-,373*	,323*	,676*		
5. NPI	-,266	,189	,687*	,592*	

* $p < 0,05$

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Mediante a análise dos datos non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas en canto á idade e o tipo de estadía; sendo os usuarios da R os que amosaron unha idade máis avanzada (85,1 anos, DT=7,7). No que se refire ás diferenzas de xénero tampouco se atoparon diferenzas a salientar significativamente, sendo as mulleres usuarias de R as que amosaron unha maior idade (85,2 anos, DT=7,5); datos semellantes aos atopados noutros estudos¹⁸⁰⁻¹⁸³.

Para a avaliación do estado cognitivo empregouse o MMSE, obtendo que as mulleres de R presentan un maior deterioro cognitivo, tanto moderado (48,5%) como grave (22,9%); namentres as porcentaxes referidas a un deterioro cognitivo severo, amósanse semellantes en ambos tipos de estadías (30% en CD e 21,4% en R). A pesar de observar unha tendencia nas mulleres a presentar maior deterioro cognitivo, amósase a prevalencia de deterioro nos homes, tal e como refiren algúns autores¹⁸⁴. No caso dos homes, amosan unha porcentaxe maior de Ausencia de Deterioro no caso de R (28,6%) estando as porcentaxes do deterioro cognitivo moi parellas en canto á severidade (30% en CD e 28,6-21,4% en R).

Nun estudo levado a cabo neste ano e realizado no mesmo centro, atopáronse resultados moi parellos en canto á existencia de deterioro cognitivo, onde o 90% dos usuarios de CD presentaron deterioro cognitivo, fronte ao 78,3% en R¹⁸⁵; no presente estudo atopouse que en CD o 92,7% presentaron deterioro cognitivo fronte ao 85,5% en R. Pola contra, uns anos antes, nun estudo¹⁸⁶ realizado en poboación non institucionalizada,

atopouse que o 12,6% dos participantes amosaron deterioro cognitivo e o 5,2% presentaban deterioro cognitivo acompañado de sintomatoloxía depresiva, mentres que os suxeitos de maior idade (≥ 85 anos) presentaban deterioro cognitivo no 29,4% dos casos e o 22,1% amosaron deterioro cognitivo maila sintomatoloxía depresiva. Os datos sinalados nesta tese son semellantes aos atopados nun estudo levado a cabo en Francia¹⁸⁰ onde o 25,4% dos usuarios presentaban deterioro cognitivo grave, o 50,2% deterioro cognitivo moderado e o 24,4% deterioro cognitivo leve; así como noutro máis recente¹⁸⁴ onde o 95,0% dos participantes amosaron deterioro cognitivo en diferentes graos. Estes resultados permítenos salientar a elevada frecuencia de deterioro cognitivo tanto nos usuarios de CD como nos usuarios de R.

Mediante o emprego da proba GDS volvemos observar como as mulleres amosan unhas estadiaxes maiores en canto ao deterioro cognitivo, estadiaxes que se moven entre o GDS6-Defecto Cognitivo Grave e o GDS7-Defecto Cognitivo moi Grave no caso das mulleres de R, e entre o GDS4-Defecto Cognitivo Moderado e GDS5-Defecto Cognitivo Moderado/Grave no caso das mulleres que acoden ao CD. Os homes que acoden ao CD presentan estadiaxes maiores, GDS4-Defecto Cognitivo Moderado e GDS7-Defecto Cognitivo moi Grave, mentres que os homes de R atópanse entre os estadiaxes GDS1-Ausencia de Deterioro, GDS6-Defecto Cognitivo Grave e GDS3-Defecto Cognitivo Leve.

Estes resultados concordan cos que outros autores¹⁸⁷ atoparon levando a cabo estudos da mesma índole; observando que máis da metade dos usuarios, o 51,7%, presentaron estadiaxes no GDS6-Demencia

Moderada/Grave e no 35,6% GDS7-Demencia Moi Grave. Noutros traballos algo máis recentes¹⁸⁸ tamén atopamos datos semellantes aos do noso estudo, no cal, cunha mostra superior aos 100 usuarios, atoparon que as estadiaxes máis frecuentes presentadas na mostra oscilaron desde o GDS4-Deterioro Cognitivo Moderado, GDS5-Deterioro Cognitivo Moderado-Grave, GDS6-Deterioro Cognitivo Moderadamente Grave e o GDS7-Deterioro Cognitivo Moi Grave. Noutro estudo aínda máis recente¹⁸⁹, conclúen que as estadiaxes máis frecuentes son o GDS5- Deterioro Cognitivo Moderado-Grave e o GDS6- Deterioro Cognitivo Moderadamente Grave.

De acordo con estes resultados, podemos afirmar que as estadiaxes máis frecuentes na escala GDS presentadas por persoas maiores oscilan desde o GDS 4 ao GDS7. Sen embargo, ao mesmo xeito existen datos que apuntan algunhas diferenzas en canto ás estadiaxes máis frecuentes, situando os mesmos entre o GDS 3-4 (Defecto Cognitivo Leve e Defecto Cognitivo Moderado) e o GDS 5-6 (Defecto Cognitivo Moderado-Grave e Defecto Cognitivo Grave)¹⁹⁰.

Na avaliación dos síntomas psicolóxicos e condutuais a través do ADAS NoCog atopamos que na nosa mostra, tanto en CD como en R, os máis frecuentes foron os Problemas de Concentración e Distraibilidade e a Falta de Cooperación nos Test; presentándose a maiores dos anteriores, Depresión e Tremores tan só nos usuarios de R. Se nos centramos nas diferenzas a razón do sexo, observamos que nas mulleres, tanto de CD como de R, os SPCD presentados con maior frecuencia foron: os Problemas de Concentración e Distraibilidade, Falta de Cooperación nos Test e Ideas Delirantes. A maiores destes síntomas, as mulleres de CD amosaron tamén

Discusión

a presenza frecuente de Deambulación, mentres que nas mulleres de R amosaron a maiores Depresión e Problemas de Incremento ou Detrimento do Apetito. Se falamos dos homes, os SPCD presentados con maior frecuencia, tanto en CD como en R, foron os Problemas de Concentración e Distraibilidade e a Falta de Cooperación nos test (ao igual que nas mulleres); mentres que ademais dos comentados, nos homes de CD observouse, Deambulación (como nas mulleres) e nos homes de R Tremores.

Os nosos resultados son semellantes aos que podemos observar en diversos estudos, observando que os SPCD que se presentaban con máis frecuencia son a Falta de Cooperación nos Test, Tremores, Rixidez, Ideas Delirantes, Problemas de Concentración e Tremores^{160,191-193}. Así mesmo, nun estudo realizado en Galicia¹⁹⁴, atopouse que o 35,1% dos 173 residentes, presentaban Delirios, incrementándose a prevalencia nos usuarios que puntuaban en deterioro cognitivo leve e severo; mentres que as Alucinacións estaban presentes no 18,1% dos residentes, variando entre o 6,7% e o 43,8% en función da severidade do estado cognitivo. Este incremento das manifestacións psicóticas ía parello a un incremento doutros síntomas psicolóxicos, como a ansiedade e a depresión, e das manifestacións de índole condutual, como son a agresividade ou a conduta motora aberrante.

Mediante o uso do ADAS NoCog podemos realizar unha avaliación dos SPCD que se presentan na mostra a avaliar, ao ser un instrumento que non require dun adestramento especial e na súa aplicación o tempo empregado é relativamente curto.

Ademais do ADAS NoCog empregamos o BEHAVE-AD para avaliar os SPCD, atopando que os máis frecuentes en ambos recursos xerontolóxicos, foron a Abulia Cognitiva, a Conduta de Deambulación e Fuxidas, Actividade Inadecuada, Axitación, Agresividade Verbal e Outras formas de Ansiedade. No caso de R atopáronse seis SPCD a maiores: Ameaza Física e Violencia, Ideas Delirantes de "A xente róubame cousas", Suspiciacia/Paranoia, Trastornos Día/Noite, Choros e Alucinacións Visuais. Ficando nas diferenzas en canto ao sexo, as mulleres amosan SPCD maiores que os homes. As mulleres, tanto en CD como en R, amosan que os SPCD máis frecuentes foron Abulia Cognitiva, Conduta de Deambulación e Fuxidas, Outras formas de Ansiedade, Actividade Inadecuada e Agresividade Verbal; a maiores destes SPCD, nas mulleres de CD observouse tamén Axitación e nas mulleres de R observouse Ideación Paranoide de "A xente róubame cousas", Ameaza Física e Violencia, Suspiciacia/Paranoia, Choros, Outras formas de Ansiedade, Alucinacións Visuais e Trastornos Día/Noite. En canto aos SPCD máis frecuentes nos homes de CD, foron a Abulia Cognitiva, Actividade Inadecuada, Agresividade Verbal, Axitación e Conduta de Deambulación; sendo nos homes de R a Axitación e os Trastornos Día/Noite os SPCD presentados con maior frecuencia.

Nos diferentes estudos analizados nos que se emprega o mesmo instrumento para a deteccións do SPCD máis frecuentes, obtéñense diversos resultados por mor da ampla variedade de síntomas que mide o BEHAVE-AD. Nos mesmos atopamos que os SPCD máis frecuentes foron^{174,195-197}: Actividade Inadecuada, Agresión, Ansiedade, Delirios, Actividade Motora Inadecuada, Fobias, Alucinacións, Trastornos Afectivos,

Paranoia e Ideas Delirantes, Trastornos Día/Noite, Axitación e Trastornos do Sono.

O emprego deste instrumento resulta de interese á hora de analizar os SPCD máis frecuentes nesta poboación, como son os Trastornos Día/Noite, incluíndo cambios no ritmo sono/vixilia, espertares nocturnos repetitivos ao longo da noite, os cales poden resultar bastante disruptivos para os cuidadores. Este síntoma non soe aparecer no inicio da enfermidade, sen embargo cando aparece soe ser persistente. O mesmo acontece coa Agresión, síntoma moi frecuente nas persoas maiores, a cal aparece diferenciada en agresividade física e verbal no BEHAVE-AD.

O último test empregado para a avaliación dos SPCD no estudo foi o NPI, segundo o cal os máis frecuentes tanto en CD como en R foron: Apatía/Indiferenza e a Axitación/Agresividade. A maiores os usuarios de CD presentaron Conduta Motora Aberrante, Ansiedade e Delirios; mentres que os usuarios de R amosaron a maiores, Axitación/Agresión, Depresión e Irritabilidade/Labilidade. Segundo as diferenzas en canto ao sexo, os SPCD máis frecuentes nas mulleres foron Apatía/Indiferenza e Axitación/Agresividade; ademais no CD observouse que as mulleres tamén presentaban con frecuencia Conduta Motora Aberrante, Ansiedade e Delirios, mentres que en R as mulleres amosaban a maiores Irritabilidade/Labilidade e Depresión. No que se refire aos homes de CD presentaron como SPCD máis frecuentes a Conduta Motora Aberrante e a Ansiedade, mentres que en R os homes amosaban con máis asiduidade Depresión.

Son numerosos os estudos que amosan resultados parellos aos que atopamos no noso estudo, en concreto, estudos levados a cabo no eido europeo^{180,190,198,199}; nos que concluíron que os SPCD máis frecuentes foron: Apatía, Depresión, Irritabilidade, Ansiedade, Comportamento Motor Aberrante, Delirios, Axitación, Trastornos do Apetito, Desinhibición, Problemas do Sono e Alucinacións. Comparando os resultados con estudos estranxeiros^{200,201} podemos ollar a ausencia ou a baixa frecuencia de Alucinacións, Desinhibición, Euforia e Problemas de Apetito. Así mesmo, se comparamos os resultados con pacientes con demencia, ollamos que a Ansiedade, a Irritabilidade e o Trastorno Depresivo amosan frecuencias similares no deterioro cognitivo leve e a demencia, aumentando co devir da enfermidade outros síntomas como son a Apatía, o Delirio, a Axitación ou a Conduta Motora Aberrante. Todo isto deriva nunha alta probabilidade da aparición dos trastornos condutuais e psicolóxicos en pacientes con DCL; podendo empregarse este concepto como un factor de cara ao diagnóstico predictivo nun ulterior desenvolvemento demencial.

A pesares dos numerosos estudos que amosan resultados parellos, existen tamén estudos onde os resultados, en canto á prevalencia dos SPCD, son á inversa dos datos acadados no noso estudo, sendo os de menos frecuencia os Delirios e as Alucinacións, con porcentaxes inferiores ao 10%²⁰², fronte a outras investigacións que avalan as nosas achegas²⁰³⁻²⁰⁷.

En canto ás diferenzas por xénero, nun estudo levado a cabo en Valencia⁴⁷ observaron que non existían diferenzas segundo o sexo pois os trastornos condutuais estaban presentes no 62% das mulleres e no 64% dos homes, sendo os máis prevalentes: Depresión, Irritabilidade, Ansiedade e Apatía; e

Discusión

os menos frecuentes, pero presentes, Axitación, Actividade Motora Aberrante e Delirio. Analizando a prevalencia e a caracterización dos SPCD no marco español¹⁵⁹, obsérvase a presenza dos mesmos en aproximadamente dous terzos dos pacientes; resultados concordantes con outros levados a cabo noutros países, oscilando as cifras da prevalencia entre o 60% e o 90%²⁰⁸⁻²¹⁰.

A existencia de SPCD é común en pacientes usuarios de recursos xerontolóxicos. O proceso de identificación dos diferentes síntomas psicolóxicos e comportamentais nesta poboación axudaría de maneira importante ao posterior desenvolvemento dun tratamento específico, ademais de axudar a minimizar os efectos adversos que causan estes síntomas nos coidadores, e mellorar a calidade de vida de ambos. Debido á súa alta prevalencia, é importante a realización dunha correcta avaliación dos mesmos. No noso estudo, dos tres instrumentos empregados para dita avaliación concluímos que no caso do centro de día poderíamos empregar os tres indistintamente, ADAS NoCog, BEHAVE-AD ou NPI, pois non se atoparon diferenzas salientables en canto ao instrumento e os SPCD; sen embargo, en residencia si se atopou relación estatisticamente significativa cos SPCD e o ADAS NoCog e o BEHAVE-AD, polo que serían os máis axeitados para levar a cabo a valoración. Recentemente levouse a cabo a valoración e a estandarización dos instrumentos máis axeitados para os SPCD, instrumentos que empregamos neste estudo, NPI, BEHAVE-AD e ADAS NoCog^{160,211}; sendo tamén os instrumentos máis empregados nos estudos analizados, e polo tanto os máis idóneos para a valoración dos SPCD.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN S

Dos resultados obtidos podemos extraer as seguintes conclusión s:

- ✓ En residencias conviven persoas de maior idade a diferenza dos centros de día; sendo as mulleres as que presentan idades maiores, tanto en residencia como en centro día, así como un maior deterioro cognitivo, aínda que estas diferenzas non son significativas.
- ✓ Os SPCD máis frecuentes tanto en centro de día como en residencia son: problemas de concentración e distraibilidade, e falta de cooperación nos test.
- ✓ Os usuarios de CD presentan a maiores abulia cognitiva, conduta de deambulación e fuxida, conduta motora aberrante e apatía ou indiferenza.
- ✓ No caso de residencia ademais dos dous SPCD comúns, presentan axitación, agresividade verbal e depresión.
- ✓ Os SPCD máis frecuentes en mulleres que acoden ao centro de día son: concentración/distraibilidade, falta de cooperación nos test, abulia cognitiva, deambulación/fuxidas, conduta motora aberrantes e ansiedade. Os máis frecuentes en mulleres que viven en residencia son: falta de cooperación nos test, concentración/distraibilidade, ideación paranoide, agresividade verbal, axitación e depresión.
- ✓ No caso dos homes, os SPCD máis frecuentes naqueles que acoden ao centro de día son: concentración/distraibilidade, deambulación, abulia cognitiva, actividade inadecuada, conduta motora aberrante e apatía/indiferenza. En residencia son: falta de cooperación nos test,

Conclusións

tremores, axitación, trastornos día/noite, depresión, apatía/indiferenza e irritabilidade.

- ✓ Para a avaliación dos SPCD en usuarios de centro de día poderíamos empregar indistintamente o ADAS NoCog, o BEHAVE-AD ou o NPI; sen embargo en residencia os instrumentos máis axeitados para dita valoración serían o ADAS NoCog ou o BEHAVE-AD debido a que foron os que amosaron unha mellor correlación.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallagher M, Colantuoni C, Eichenbaum H, Haberman RP, Rapp PR, Tanila H, et al. Individual differences in neurocognitive aging of the medial temporal lobe. *AGE*. 2006;28:221-233.
2. Comisión Europea. 2005. Green Paper "Confronting demographic change: a new solidarity between generations". Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0637es01.pdf
3. Alzheimer Disease International. 2010. World Alzheimer Report. Disponible en <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
4. Maestú F. Papel del neuropsicólogo en el diagnóstico y tratamiento de la demencia. *Infocop*. 2010; 53:6-8.
5. Carrillo-Alcalá ME, Bermejo-Pareja F. Demencia en nonagenarios. Revisión sistemática de estudios poblacionales con datos de España. *Rev Neurol*. 2008;47:347-354.
6. van der Roest HG, Meiland FJ, Comijs HC, Derksen E, Jansen AP, van Hout HP, et al. What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *Int Psychogeriatr*. 2009;21:949-965.
7. Abarca JC, Chino BN, Llacho ML, Gonzalez K, Mucho K, Vázquez R, et al. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista NNN*. 2008;8:1-8.

Bibliografía

8. Montellanes B, Diaz U, Montero JM. El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: Evaluación e Intervención biopsicosocial. Bilbao: Deusto publicaciones; 2010.
9. Longo VD, Finch CE. Genetics of aging and diseases. From rare mutations and model systems to disease prevention. Arch Neurol. 2002;11:1706-1708.
10. Bergado-Rosado JA, Almaguer-Melián W. Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. Rev Neurol. 2000;31:1074-1095.
11. Román F, Sánchez JP. Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. An Psicol. 1998;14:27-43.
12. Mohs CV. Neuroendocrinology of aging. En Schneider EL, Rowe JW. Handbook of the biology of aging. London: Academic Press; 2006. p.234-282.
13. Harman SM, Blackman MR. Hormones and supplements: do they work? Use of growth hormone for prevention or treatment of effects of aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59:652-658.
14. Escobar A. Envejecimiento cerebral normal. Rev Mex Neuroci. 2001;2:197-202.
15. Papalia DE. Desarrollo humano. México: McGraw-Hill; 2012.
16. Urretavizcaya M. Psiquiatría del anciano. En Vallejo Ruilloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. España: Masson; 2011. p.585-618.

17. Groth KE, Allen PA. Visual attention and aging. *Front Biosci.* 2000;5:284-297.
18. Whitbourne SK. Adult development & aging. Biopsychosocial perspectives. Nueva York: John Wiley & Sons; 2001.
19. Stuart-Hamilton H. The psychology of aging. An introduction. Londres: Jessica Kingsley; 2000.
20. Chao LL, Knight RT. Prefrontal deficits in attention and inhibitory control with aging. *Cereb Cortex.* 1997;7:63-69.
21. Light LL. Memory changes in adulthood. En Qualls SH, Abeles N. *Psychology and the aging revolution. How we adapt to longer life.* Washington: American Psychological Association; 2000. p.73-97.
22. Junqué C. Amnesias y alteraciones de la memoria. En Junqué C, Barroso J. *Manual de Neuropsicología.* Madrid: Síntesis; 2009. p.97-123.
23. Muñoz J. Envejecimiento cognitivo: inteligencia y memoria. En: Muñoz J. *Psicología del envejecimiento.* Madrid: Pirámide; 2002. p.55-78.
24. Yanguas JJ, Leturia FJ, Leturia M, Uriate A. *Intervención psicosocial en gerontología.* Madrid: Cáritas; 1998.
25. American Association of Retired People. 2003. Foundation. *Staying sharp. Current advances in brain research. Memory loss and aging.* Disponible en: http://www.dana.org/uploadedFiles/The_Dana_Alliances/European_Dana_Alliance_for_the_Brain/memoryloss_en.pdf

Bibliografía

26. Junqué C, Jurado MA. Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos. En Junqué C, Barroso J. Manual de Neuropsicología. Madrid: Síntesis; 2009. p.225-252.
27. Schulz R, Ewen RB. Adult development and aging: myths and emerging realities. Nueva York: Macmillan; 1993.
28. Aymamí MN. Psicopatología de la inteligencia. En Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2011. p.830-857.
29. Ramos F, Manga D. Psicopatología del Lenguaje. En Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw Hill; 2009. p.251-289.
30. Buiza C. 2001. Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buiza-trastornosleguaje-01.pdf>
31. Blázquez-Alisente JL, Paúl-Lapedriza N, Muñoz-Céspedes JM. Atención y funcionamiento ejecutivo en la rehabilitación neuropsicológica de los procesos visuoespaciales. Rev Neurol. 2004;38:487-495.
32. De Vega M. Introducción a la psicología cognitiva. Madrid: Alianza; 1995.
33. Fernández-Brañas S, Almuiña M, Alonso O, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cuba Hig Epidemiol. 2001;39:77-81.

34. Muñoz CA. Envejecimiento social. En: Muñoz J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Pirámide; 2002. p.95-110.
35. Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, Gonzalez JL, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez-Roca; 2009.
36. Pires. Manual PIREs Clínica. Valencia: PIREs; 2013.
37. Stott J, Spector A. A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *Int Psychogeriatr.* 2011;23:526-538.
38. López OL, Becker JT. Factores que modifican el curso natural de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol.* 2003;37:149-155.
39. Lisso J. Deterioro Cognitivo Leve (MCI). Una nueva entidad nosológica. *Rev Hosp Priv Com.* 2004;7:64-68.
40. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. Trastornos de la memoria asociados con la edad en la atención médica básica. Aspectos conceptuales y epidemiológicos. *Rev Neurol.* 2004;38:57-61.
41. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2001;58:1985-1992.
42. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.

Bibliografía

43. Petersen RC. Normal aging, mild cognitive impairment, and early Alzheimer´s disease. *Neurologist*. 1995;1:326-344.
44. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:197-201.
45. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
46. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO; 1992.
47. Baquero M, Blasco R, Campos-García A, Garcés M, Fages EM, Andreu-Catalá M. Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*. 2004;38:323-326.
48. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*. 1999;56:303-308.
49. Tierney MC, Szalai JP, Snow WG, Fisher RH, Nores A, Nadon G, et al. Prediction of probable Alzheimer's disease in memory-impaired patients: A prospective longitudinal study. *Neurology*. 1996;46:661-665.
50. Migliacci ML, Scharovsky D, Gonorazky SE. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Rev Neurol*. 2009;48:237-241.

51. Petersen R. Mild cognitive impairment, aging to Alzheimer's disease. Nueva York: Oxford University Press New York; 2003.
52. Feldman H, Scheltens P, Scarpini E, Hermann N, Mesenbrink P, Mancione L, et al. Behavioral symptoms in mild cognitive impairment. *Neurology*. 2004;62:1199-1201.
53. Palmer K, Berger AK, Monastero R, Winblad B, Bäckman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*. 2007;68:1596-1602.
54. Robert PH, Berr C, Volteau M, Bertogliati C, Benoit M, Sarazin M, et al. Apathy in patients with mild cognitive impairment and the risk of developing dementia of Alzheimer's disease: a one-year follow-up study. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108:733-736.
55. Fischer P, Jungwirth S, Zehetmayer S, Weissgram S, Hoenigschnabl S, Gelpi E, et al. Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology*. 2007;68:288-291.
56. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Barcelona: Médica Panamerica; 2014.
57. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *J Amer Med Assoc*. 2002;288:1475-1483.
58. Rozzini L, Vicini Chilovi B, Conti M, Delrio I, Borroni B, Trabucchi M, et al. Neuropsychiatric symptoms in amnesic and nonamnesic mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;25:32-36.

Bibliografía

59. Benetó A. Trastornos del sueño en el anciano. *Epidemiología. Rev Neurol.* 2000;30:581-586.
60. Wetherell JL, Thorp SR, Patterson TL, Golshan S, Jeste DV, Gatz M. Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *J Psychiatr Res.* 2004;38:305-312.
61. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Aging.* 2001;30:13-17.
62. Faison WE, Steffens DC. Prevalence and treatment of depression in the elderly. *Clin Geriatr.* 2001;9:46-52.
63. Muñoz J. Depresión en personas mayores. En Muñoz J. *Psicología del envejecimiento.* Madrid: Pirámide; 2002. p.151-165.
64. Lantz MS. Depression in the elderly. Recognition and treatment. *Clin Geriatr.* 2002;10:18-21.
65. Campos J, Ardanaz J, Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:232-239.
66. Patten SB. Personality and mood adaptivity with aging. *Geriatr Aging.* 2002;5:14-17.
67. Wattis J. Defeating depression. *Age Aging.* 2000;29:473-474.
68. Vilalta-Franch J, Llinás-Regla J, López-Pousa S. Depresión y demencias: estudio caso-control. *Rev Neurol.* 1999;29:599-603.

69. Harvey PO, Le Bastard G, Pochon JB, Levy R, Allilaire JF, Dubois B, et al. Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depression. *J Psychiatr Res.* 2004; 38:567-576.
70. Salinas D, Muñoz J. El suicidio en personas mayores. En Muñoz J. *Psicología del envejecimiento.* Madrid: Pirámide; 2002. p.167-176.
71. Pérez-Barrero SA. 2004. Factores de riesgo suicida en el anciano. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD075.pdf>
72. Holder-Perkins H. Wise TN, Williams DE. Hypochondriacal concerns: management through understanding. *J Clin Psychiatric.* 2000;2:117-121.
73. Blasco-Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el Sistema Sanitario. *Inform Terap Sist Nac Salud.* 2005;29:152-162.
74. Buendía J, Fernández B, Ramos F, Riquelme A. Trastornos asociados a la vejez. En Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología.* Madrid: McGraw Hill; 2009. p.593-618.
75. Spar JE, La Rue A. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatric.* Washintong DC: American Publishing Inc.; 2006.
76. Terán A. *Manual básico de psiquiatría geriátrica.* Valladolid: Universidad de Valladolid; 2006.
77. Peña-Casanova J. *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia. Conceptos y hechos.* Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.

Bibliografía

78. Marañón G, Balcells A. Diccionario Espasa: síntomas y síndromes. Manual de diagnóstico etiológico. Madrid: Espasa; 2002.
79. Cayton H, Graham N, Warner J. Dementia: Alzheimer's and other dementias: the "at your fingertips" guide". Londres: Class; 2002.
80. Bulbena A, Cervilla J. Demencias. En Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson; 1998. p.593-622.
81. Agüera LF. Demencia. Una aproximación práctica. Barcelona: Masson; 1998.
82. Ochoa EF. La enfermedad de Alzheimer. Madrid: Aguilar; 1996.
83. López A, Mendioroz M. Síntomas conductuales y psicológicos en la demencia: aspectos clínicos y etiológicos. Conferencia de Consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA); 2001. p.1-9. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-sintomas-01.pdf>
84. Reese HW, Rodeheaver D. Problem solving and complex decision making. En Birren JE, Schaie KW. Handbook of the psychology of aging, 2ª ed. Nueva York: Van Nostrand Reinhold; 1985. p.474-499.
85. Ulatowska HK, Chapman SB, Highley AP, Prince J. Discourse in healthy old-elderly adults: a longitudinal study. Aphasiology 1998;12: 619-633.
86. Weiner MF. Diagnóstico clínico de la disfunción cognitiva y la demencia. En Weiner MF, Lipton AM. Demencias: investigación, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 2005. p.1-49.

87. Bolla KI, Lindgreen KN, Bonaccorsy C, Bleecker ML. Memory complains in older adults. *Arch Neurol.* 1991;48:61-64.
88. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet.* 2005; 366:2112-2117.
89. Fernández de Moya EA. Demencia e imagen: lo básico. *Radiología.* 2010;52:4-17.
90. Bermejo-Pareja F, Bentio-León J, Vega S, Medrano MJ, Román GC. Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *J Neurol Sci.* 2008;264:63-72.
91. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Ramón JM, Manubens JM, et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON study. *Neuroepidemiology.* 2007;17:265-268.
92. Goulding MR, Rogers ME, Smith SM. Public health and aging: trends in aging-United States and worldwide. *J Amer Med Assoc.* 2003;289:1371-1373.
93. Chapman DP, Williams SM, Strine TW, Anda RF, Moore MJ. Dementia and its implications for public health. *Prev Chronic Dis.* 2006;124:606-612.
94. Millán-Calenti JC, Maseda A, Balo García A, González Abrales I. Cuidar y acompañar a la persona con demencia. Madrid: Médica Panamericana, 2010.

Bibliografía

95. González-Mas R. Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación. Barcelona: Masson; 2000.
96. Xie J, Brayne C, Matthews FE. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *Brit Med J*. 2008;336:258-262.
97. Senties-Madrid H, Estañol-Vidal B. Demencias reversibles y demencias tratables. *Rev Neurol*. 2006;43:101-112.
98. Guehne U, Angermeyer MC, Riedel-Heller S. Is mortality increased in mildly cognitively impaired individuals? A systematic literature review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;21:403-410.
99. Jaworski T, Dewachter I, Seymour CM, Borghgraef P, Devijver H, Kügler S, et al. Alzheimer´s disease: old problem, new views from transgenic and viral models. *Biochim Biophys Acta*. 2010;1802:808-818.
100. Bolla LR, Filley CM, Palmer RM. Dementia DDx. Office diagnosis of the four major types of dementia. *Geriatrics*. 2000;55:34-46.
101. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer´s disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer´s Association, and the American Geriatrics Society. *J Amer Med Assoc*. 1997;278:1363-1371.
102. Fedman H, Kandiah N. Early identification of Alzheimer´s disease: what have we learned from mild cognitive impairment? *CNS Spectr*. 2008;13:4-7.

103. Morris JC, Storandt M, Miller JP, McKeel DW, Price JL, Rubin EH, et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol.* 2001;58:397-405.
104. Aggarwal NT, Wilson RS, Beck TL, Bienias JL, Bennett DA. Mild cognitive impairment in different functional domains and incident Alzheimer´s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76:1479-1484.
105. Dickerson BC, Sperling RA, Hyman BT, Albert MS, Blacker D. Clinical prediction of Alzheimer disease dementia across the spectrum of mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:1443-1450.
106. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Aging, memory and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr.* 1997;9:65-69.
107. Bowen J, Teri L, Kukull W, McCormick W, McCurry SM, Larson EB. Progression to dementia in patients with isolated memory loss. *Lancet.* 1997;349:763-765.
108. Burns A, Jacoby R, Levy R. Behavioral abnormalities and psychiatric symptoms in Alzheimer´s disease: Preliminary findings. *Int Psychogeriatr.* 1990;2:25-36.
109. Teri L, Logsdon R. Assessment of behavioral disturbance in older adults. En Lawton MP, Teresi JA. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics.* Nueva York: Springer; 1994. p.107-124.
110. Teri L, Montorio I, Izal I. Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En Montorio I, Izal I.

- Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis; 2000. p.177-201.
111. Maurer K, Volk S, Gerblado H, Auguste D. The history of Alzheimer´s first case. En Withehouse PJ, Maurer K, Ballenger JC, eds. Concepts of Alzheimer´s disease. Baltimor: Johns Hopkins; 2000. p.5-29.
112. Drevets WC, Rubin EH. Psychotic symptoms and the longitudinal course of senile dementia of the Alzheimer type. Biol Psychiatry. 1989;10:426-432.
113. Rosen J, Zubenko GS. Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer´s disease. Biol Psychiatry. 1991;29:224-232.
114. Vitiello MV, Bliwise DL, Prinz PN. Sleep in Alzheimer´s disease and the sundown syndrome. Neurology. 1992;42:83-94.
115. Mace NL. The management of problem behaviors. En Mace NL. Dementia Care. Patient, Family & Comunity. Baltimore: John Hopkins University Press; 1990.
116. Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para familiares y cuidadores. Madrid: IMSERSO; 1997.
117. Hussian RA. Behavior therapy in geriatrics. En Abrahams JP, Crooks V. Geriatric Mental Health. Nueva York: Grune & Straton; 1984. p.109-122.

118. Hussian RA, Davis RL. Responsive care: Behavioral interventions with elderly patients. Champaign: Research Press; 1985.
119. Cohen G. Memory and aging. En Davies GM, Logie RH. Memory in everyday life. North-Holland: Elsevier Science Publishers BV; 1993.
120. Colerick EJ, George LK. Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's Disease. J Am Geriatr Soc. 1986;34:493-498.
121. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. J Gerontol. 1989;44:77-84.
122. Caamaño J. Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2003.
123. Bolger JP, Carpenter BD, Strauss ME. Behaviour and affect in Alzheimer's disease. Clin Geriatr Med. 1994;10:315-337.
124. Calcedo Barba A. Aspectos básicos del tratamiento de las demencias. En Alberca R (director). Demencias, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 1998. p.95-118.
125. Hope T, Keene J, Gedling K, Cooper S, Fairburn C, Jacoby R. Behaviour changes in dementia 1: point of entry data of a prospective study. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12:1062-1073.
126. Hope T, Keene J, Fairburn C, McShane R, Jacoby R. Behaviour changes in dementia 2: are there behavioural syndromes? Int J Geriatr Psychiatr. 1997;1074-1078.

Bibliografía

127. Vera Vera J. ABC de los problemas de pérdida de memoria y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Lab. Esteve; 1998.
128. Finke 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;8:497-500.
129. Reisberg B, Burns A, Brodaty H, Eastwood R, Rossor M, Sartorius N, et al. Diagnosis of Alzheimer's disease. Report of an International Psychogeriatric Association Special Meeting Work Group under the cosponsorship of Alzheimer's Disease International, the European Federation of Neurological Societies, the World Health Organization, and the World Psychiatric Association. *Int Psychogeriatr.* 1997;9:11-38.
130. Reyes-Figueroa JC, Rosich-Estragó M, Bordas-Buera E, Gaviria-Gómez AM, Vilella-Cuadrada E, Labad-Alquézar A. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol.* 2010;50:653-660.
131. Lyketos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JCS. Mental and behavioural disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry.* 2000;157:708-714.
132. Lyketsos CG, Breitner JC, Rabins PV. An evidence based proposal for the classification of neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:1037-1042.

133. Ellison JM, Harper DG, Berlow Y, Zeranski L. Beyond the "C" in MCI: noncognitive symptoms in amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment. *CNS Spectr.* 2008;13:66-72.
134. Rodríguez P. Evolución de las residencias y otros alojamientos en el contexto internacional. En Rodríguez P. *Residencias y otros alojamientos para personas mayores.* Madrid: Médica Panamericana; 2007. p.3-26.
135. Rodríguez P. Evolución de las residencias en el contexto internacional. En Rodríguez P. *Residencias para personas mayores.* Madrid: Médica Panamericana; 1999. p.21-42.
136. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Las personas mayores en España. Informe 2004.* Madrid: IMSERSO; 2005.
137. González H, Ramos F. Las demencias seniles. En Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología.* Madrid: McGraw Hill; 2004. p.769-790.
138. Informe Gaur. *La situación del anciano en España.* Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros; 1975.
139. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Situación social de la tercera edad. Los usuarios de residencia de la Seguridad Social, Doc. Técnico nº9/81.* Madrid: IMSERSO; 1982.
140. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Servicios sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento del Observatorio de Personas Mayores.* Madrid: IMSERSO; 2006.

Bibliografía

141. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Long-term care for older people. París: OCDE; 2005.
142. Gómez J, Sepúlveda D, Isaac M. Reducción de la dependencia en el anciano. Madrid: Servicio de Geriátría de la Cruz Roja; 2003.
143. Organización Mundial de la Salud (OMS). Active Ageing. Ginebra: OMS; 2002.
144. Sancho MT. Centro de día: conceptualización. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España). Centros de día para personas mayores dependientes. Guía Práctica. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1997. p.53-66.
145. Rodríguez P. La residencia, concepto, destinatarios y objetivos generales. En Rodríguez P. Residencias para personas mayores. Madrid: Médica Panamericana; 1999. p.43-67.
146. Rodríguez P. Conceptualización de los alojamientos para personas mayores. En Rodríguez P. Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Médica Panamericana; 2007. p.47-75.
147. Martínez JM, Martín S, Behórquez A, Gómez P. Criterios de organización y gestión asistencial. En Martínez JM, Martín S, Behórquez A, Gómez P. Gestión asistencial de residencias para mayores. Barcelona: Ars Medicina; 2002. p.1-38.
148. Gil Montalbo M. El Usuario del centro de día. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centros de día para personas mayores dependientes. Guía Práctica. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1997. p.67-78.

149. Trinidad D. Recursos Humanos. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centros de día para personas mayores dependientes. Guía Práctica. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1997. p.79-90.
150. Rodríguez G, Rodríguez P, Marbán V. Los centros de día. Aproximación a la experiencia internacional y española. Madrid: Fundación Pfizer; 2006.
151. Ortiz Fernández, JA. Recomendaciones arquitectónicas y de equipamiento. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centros de día para personas mayores dependientes. Guía Práctica. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1997. p.335-354.
152. Martínez T. Conceptualización de los recursos de atención diurna. En Martínez T. Centros de Atención Diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p.1-22.
153. Davis LL, Buckawalter K, Burgio LD. Measuring problem behaviours in dementia: developing a methodological agenda. *Adv Nurs Sci*. 1997;20:40-55.
154. Miller B, Townsend A, Carpenter E, Montgomery RV, Stull D, Young RF. Social support and caregiver distress: a replication analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56:249-256.
155. Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, et al. Grouping for behavioral and psychological aspects. Consensus paper of

- the European Alzheimer's Disease Consortium. *Eur Psychiatry*. 2005;20:490-496.
156. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, et al. Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. *Neuropsicología*. 2001;39:1150-1157.
157. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-198.
158. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, et al. Mini-examen del estado mental. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología basada en evidencias*. Barcelona: Masson; 2004. p.31-35.
159. López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Neurol*. 2007;45:683-688.
160. Fernández M, Gobartt AL, Balañá M. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurol*. 2010;10:87.
161. Peña Casanova J, Gramunt Fombuena N, Gich Fullá J. *Test neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias*. 1º ed. Barcelona: Masson; 2004.

162. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1136-1139.
163. Scalan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer´s Disease: reliability, validity and ordinality. *Int. Psychogeriatr*. 1992;4:55-59.
164. Gómez MJ, Vinagre D, Caamaño J, Cacabelos R. Diagnóstico de la Demencia. Evaluación neuropsicológica y funcional. Estadiaje de la enfermedad. Libro de ponencias del 7º Curso de Geriatria "Ciudad de San Sebastián". San Sebastián: Arriola E y Genua MI Eds; 1995.
165. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer´s Disease. *Am J Psychiatry*. 1984;141:1356-1364.
166. Mohs RC, Rosen WG, Davis KL. The Alzheimer´s disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacol Bull*. 1983;19:448-450.
167. de Medeiros K, Robert P, Gauthier S, Stella F, Politis A, Leoutsakos J, et al. The Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity of a revised assessment of neuropsychiatric symptoms in dementia. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:984-994.
168. Manzano JM, Llorca G, Ledesma A, Lopez-Ibor JJ. Spanish adaptation of the Alzheimer´s disease assessment scale (ADAS). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1994;22:64-70.
169. Peña-Casanova J, Aguilar M, Santacruz P, Beltran-Serra I, Hernandez G, Sol JM. Adaptation and normalization of the Alzheimer´s disease

- Assessment Scale for Spain (NORMACODEM). *Neurologia*. 1997;12:69-77.
170. Gómez MJ, Caamaño J, Cacabelos R. Alzheimer´s disease assessment scale in senile dementia and geriatric patients without cognitive impairment. *Ann Psychiatr*. 1994;4:69-81.
171. Grupo de trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina. La escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer en la Argentina: instrucciones para su administración. *Rev Neurol Arg*. 1999;24:139-145.
172. González-Abraldes I, Balo A, Gómez MJ. Psicología del envejecimiento. En Millán-Calenti JC. *Principios de Geriatría*. Madrid: McGraw-Hill; 2006. p.141-172.
173. 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;48:9-15.
174. Ito T, Meguro K, Akanuma K, Meguro M, Lee E, Kasuya M, et al. Behavioral and psychological symptoms assessed with the BEHAVE-AD-FW are differentially associated with cognitive dysfunction in Alzheimer's disease. *J Clin Neurosci*. 2007;14:850-855.
175. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-2314.
176. Vilalta-Franch J, Lozano Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinás-Reglá J, López-Pousa S, López OL. El inventario neuropsiquiátrico:

- propiedades psicométricas de su adaptación al castellano. *Rev Neurol.* 1999;29:15-19.
177. Boada M, Cejudo JC, Tárraga L, López OL, Kaufer D. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología.* 2002;17:317-327.
178. Cummings JL. The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology.* 1997;48:10-16.
179. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, et al. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2000;8:75-83.
180. Prado-Jean A, Couratier P, Druet-Cabanac M, Nubukpo P, Bernard-Bourzeix L, Thomas P, et al. Specific psychological and behavioural symptoms of depression in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25:1065-1072.
181. Brodaty H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, et al. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:504-512.
182. Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Kaup B, Loreck D, Itkin Zimmerman S, et al. Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:139-146.

183. León-Salas B, Olazarán J, Cruz-Orduña I, Agüera-Ortiz L, Dobato JL, Valentí-Soler M, et al. Quality of life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;57:257-262.
184. Margari F, Siculo M, Spinelli L, Mastroianni F, Pastore A, Craig F, et al. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012;8:347–353.
185. Maseda A, Balo A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging.* 2014;9:887-894.
186. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vázquez GA, Sánchez A, Lorenzo T. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26:1071-1079.
187. Wu HZ, Low LF, Xiao S, Brodaty H. A pilot study of differences in behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing home residents in Sydney and Shanghai. *Int Psychogeriatr.* 2009;21:476-484.
188. León-Salas B, Logsdon RG, Olazarán J, Martínez-Martín P, The Msu-Adru. Psychometric properties of the Spanish QoL-AD with institutionalized dementia patients and their family caregivers in Spain. *Aging Ment Health.* 2011;15:775-783.

189. Rockwood JKH, Richard M, Garden K, Hominick K, Mitnitski A, Rockwood K. Precipitating and predisposing events and symptoms for admission to assisted living or nursing home care. *Can Geriatr J.* 2013;17:16-21.
190. Aalten P, de Vugt ME, Lousberg R, Korten E, Jaspers N, Senden B, et al. Behavioral problems in dementia: a factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2003;15:99-105.
191. Marin DB, Green CR, Schmeidler J, Harvey PD, Lawlor BA, Ryan TM, et al. Noncognitive disturbances in Alzheimer's disease: frequency, longitudinal course, and relationship to cognitive symptoms. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:1331-8.
192. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 2005;162:2086-93.
193. Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, et al. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 2003;160:857-66.
194. Gómez MJ, Caamaño J, Vinagre D, Granco-Maside A, Álvarez XA, Fernández-Novoa L, et al. Non cognitive profiles in patients with senile dementia. *Ann Psychiatry.* 1995;5:31-40.

Bibliografía

195. Moran M, Walsh C, Lynch A, Coen RF, Coakley D, Lawlor BA. Syndromes of behavioural and psychological symptoms in mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:359-364.
196. Eustace A, Coen R, Walsh C, Cunningham CJ, Walsh JB, Coakley D, et al. A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:968-973.
197. Van der Musselle S, Bekelaar K, Le Bastard N, Vermeiren Y, Saerens J, Somers N, et al. Prevalence and associated behavioral symptoms of depression in mild cognitive impairment and dementia due to Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:947-58.
198. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. Symptommes comportementaux et psychologiques dan la maladie d´Alzheimer. Résultats de l´étude REAL. *FR. Rev Méd Interne*. 2003;319-324.
199. Hsieh CJ, Chang CC, Lin CC. Neuropsychiatric profiles of patients with Alzheimer´s disease and Vascular Dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:570-577.
200. Slachevsky Andrea OF. Las demencias: Historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. En Labos E. *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia; 2008.
201. Toyota Y, Ikeda M, Shinagawa S, Matsumoto T, Matsumoto N, Hokoishi K, et al. Comparison of behavioral and psychological symptoms

- in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:896-901.
202. Hwang TJ, Masterman DL, Ortiz F, Fairbanks LA, Cummings JL. Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18:17-21.
203. Senanarong V, Pongvarin N, Jamjumras P, Sriboonroung A, Danchaivijit C, Udomphanthuruk S, et al. Neuropsychiatric symptoms, functional impairment and executive ability in Thai patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2005;17:81-90.
204. Cravello L, Palmer K, de Girolamo G, Caltagirone C, Spalletta G. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in institutionalized elderly people without dementia. *Int Psychogeriatr*. 2011;23:425-434.
205. Steinberg M, Sheppard JM, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC, et al. The incidence of mental and behavioral disturbances in dementia: the cache county study. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15:340-345.
206. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FR. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:523-530.
207. Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, Vanhanen M, Välimäki T, Martikainen J, et al. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:473-482.

Bibliografía

208. 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;22:632-638.
209. De Toledo M, Bermejo-Pareja F, Vega-Quiroga S, Muñoz-García D. Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Datos de un estudio poblacional. *Rev Neurol*. 2004;38:901-905.
210. Artaso-Irigoyen B, Goñi-Sarriés A, Gómez-Martínez AR. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. *Rev Neurol*. 2004;38:506-510.
211. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012;3:73.

ANEXOS

ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: "Prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales asociados al envejecimiento: centro de día vs. residencia"

Yo, [nombre y apellidos], o mi representante legal [nombre y apellidos]

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pud conversar con **José Carlos Millán Calenti** y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos y/o muestras detallada en la hoja de información al participante,

- NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio
- Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio
- SI accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas,

- DESEO conocer los resultados de mis pruebas
- NO DESEO conocer los resultados de mis pruebas

El/la participante, (o su representante legal)

El/la investigador/a,

[Firma del/a participante o representante legal]

[Firma del/a investigador/a]

Fdo.: [nombre y apellidos del/a participante o representante legal]

Fdo.: [nombre y apellidos del/a investigador/a]

Fecha: [fecha de la firma del/a participante]

Fecha: [fecha de la firma del/a investigador/a]

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales asociados al envejecimiento: centro de día vs residencia.

INVESTIGADOR: José Carlos Millán Calenti. Director del Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando como proyecto de campo de una tesis doctoral, realizada en el Grupo de Investigación en Gerontología y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de A Coruña.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si participa o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Vd. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Vd. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es establecer, en el caso de existir, una relación entre los trastornos psicológicos y conductuales y el deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años, al mismo tiempo que si existen diferencias entre los usuarios que acuden a un centro de día y los institucionalizados que viven en residencia; información válida para los profesionales, que de contar con ella pueden poner en marcha las herramientas necesarias para que dichos comportamientos no lleguen a alterar al propio individuo que los padece así como a la convivencia con el resto de personas.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a formar parte se basa en unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá al interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios.

Como referencia se espera la participación de un número máximo de 137 personas en este estudio.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación en este estudio consistirá en responder a una serie de cuestionarios mediante los cuales recogeremos una serie de datos personales, así como una evaluación cognitiva, comportamental y del estado clínico de demencia en el caso de estar diagnosticado como tal.

Una vez realizada la valoración los datos serán guardados y analizados por el investigador.

Su participación en las evaluaciones tendrá una duración total estimada de 3 horas. El investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Debido a que el estudio es meramente observacional, no se incluyen riesgos físicos, molestias o inconvenientes durante su participación, ya que usted tan sólo se centrará en responder las preguntas de los cuestionarios.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

A efectos inmediatos no se puede contemplar beneficios, tan sólo la satisfacción de formar parte de un proyecto de investigación, y en el caso de la obtención de resultados satisfactorios saber que usted contribuyó con su colaboración a conocer algo más el proceso de envejecimiento así como el estudio para la mejora de las alteraciones producidas a lo largo del mismo.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán enviados a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, los representantes del promotor y las autoridades sanitarias, que tienen la obligación de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con los datos obtenidos?

Sus datos serán guardados de forma **codificada**, que quiere decir que poseen un código que se puede relacionar, mediante una información, con la identificación de la persona valorada. Esta información está a cargo del investigador principal y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador, representantes del promotor del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

El responsable de la custodia de los datos es José Carlos Millán Calenti, y serán almacenados en formato digital en el servidor que el Grupo de Investigación en Gerontología tiene ubicado en el Edificio Universitario de Oza, Universidad de A Coruña. Dicho servidor tiene el acceso restringido, y solamente se puede acceder a la información almacenada con la clave. Todos los documentos en formato papel serán guardados bajo llave en el archivo del Complejo Gerontológico La Milagrosa, donde se realizarán las valoraciones, durante el tiempo necesario para la finalización del estudio.

Al finalizar el estudio, sus datos y valoraciones serán conservados de forma codificada. Si Vd. da su autorización, estos datos serán conservados para futuros estudios de investigación relacionados con el presente, con el mismo responsable y lugar, durante dos años más y de manera codificada. Estos estudios también deberán ser aprobados por un Comité de Ética de la Investigación oficialmente acreditado para poder ser realizados.

¿Qué ocurrirá si hay alguna consecuencia negativa de la participación?

No se prevé que exista ninguna consecuencia negativa derivada de su participación.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación está promovida por José Carlos Millán Calenti.

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Vd. no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con José Carlos Millán Calenti en el teléfono 981167000.Ext 5865 para más información.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 2: MMSE

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) Versión NORMACODEM	PUNTOS
1. ORIENTACIÓN TEMPORAL A) Año..... B) Estación del año..... C) Día del mes..... D) Día de la semana..... E) Mes del año.....	.....(5)
2. ORIENTACIÓN ESPACIAL A) País..... B) Provincia..... C) Ciudad..... D) Lugar..... E) Piso/Planta.....	.....(5)
3. FIJACIÓN Repita estas 3 palabras: BICICLETA, CUCHARA, MANZANA (Repetir a intervalos de 1 s hasta que las aprenda). Nº de intentos (máx. 5) _____	.....(3)
4. ATENCIÓN Y CÁLCULO A. Series de 7. Reste desde 100 de 7 en 7 B. Deletree al revés la palabra MUNDO (Parar después de 5 respuestas y puntuar la mejor de las dos opciones)	.....(5)
5. MEMORIA ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? BICICLETA, CUCHARA, MANZANA	.....(3)
6. LENGUAJE (Nominación) Señalar un LÁPIZ y un RELOJ y hacer que los denomine	.....(2)
7. LENGUAJE (Repetición) Repita esta frase: "NI SÍ, NI NO, NI PEROS"	.....(1)
8. LENGUAJE (Comprensión de órdenes) COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO	.....(3)
9. LECTURA Lea esto y haga lo siguiente: CIERRE LOS OJOS	.....(1)
10. ESCRITURA Escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar faltas de ortografía	.....(1)
11. DIBUJO (Praxis constructiva) Copie el dibujo (dos pentágonos en intersección)	.....(1)
Puntuación TOTAL (Máximo 30)	.....
Corrección por edad y escolaridad	.....
Puntuación AJUSTADA	.....

ANEXO 3: GDS

GDS 1 Ausencia de alteración cognitiva	
<p>Ausencia de quejas subjetivas</p> <p>Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica</p>	
GDS 2 Disminución cognitiva muy leve	
<p>Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Olvido de dónde ha colocado objetos familiares ▪ Olvido de nombres previamente bien conocidos <p>No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico</p> <p>No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales</p> <p>Hay pleno conocimiento y valoración de los síntomas</p>	
GDS 3 Defecto cognitivo leve	
<p>Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar ▪ Los compañeros detectan poco rendimiento laboral ▪ Las personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres ▪ Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material ▪ Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido ▪ Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor ▪ En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración <p>Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva</p> <p>Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes</p> <p>La negación de los defectos se hace manifiesta en el paciente</p> <p>Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada</p>	

GDS 4 Defecto cognitivo moderado	
<p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes▪ El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal▪ Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes▪ Capacidad disminuida para viajes, finanzas... <p>Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Orientación en tiempo y persona▪ Reconocimiento en personas y caras familiares▪ Capacidad de desplazarse a lugares familiares <p>Incapacidad para realizar tareas complejas</p> <p>La negación es el mecanismo de defensa dominante</p> <p>Disminución del afecto y abandono en las situación más exigentes</p>	
GDS 5 Defecto cognitivo moderado-grave	
<p>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia</p> <p>No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc</p> <p>Es frecuente cierta desorientación en el tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc) o en el espacio (lugar)</p> <p>Una persona con educación normal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos</p> <p>Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros</p> <p>Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos</p> <p>No requiere asistencia ni en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados</p>	

GDS 6 Disminución cognitiva muy grave	
<p>Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la pareja, de la cual, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir</p> <p>Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida</p> <p>Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario</p> <p>Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.</p> <p>Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás y a veces hacia delante</p> <p>Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares</p> <p>El ritmo diurno está frecuentemente alterado</p> <p>Casi siempre recuerda su nombre.</p> <p>Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno</p> <p>Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo ▪ Síntomas obsesivos, como actividades repetidas de limpieza ▪ Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente <p>Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo</p>	
GDS 7 Defecto cognitivo muy grave	
<p>Pérdida de origen de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas: en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos</p> <p>Incontinencia orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación</p> <p>Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación</p> <p>El cerebro no transmite el cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales</p>	

ANEXO 4: ADAS NO-COG

Trastorno	Frecuencia					
	0	1 Muy leve	2 Leve	3 Moderada	4 Moderadamente grave	5 Grave
Lloros Se le pregunta al paciente o al cuidador sobre la frecuencia de los lloros	Ausente	Una vez por semana o durante la sesión de test	2 o 3 veces durante la semana antes de la evaluación		Ratos frecuentes de lloros casi cada día	Ratos frecuentes de lloros cada día
Depresión Se le pregunta al informador si el paciente se encuentra triste, desanimado o con el ánimo decaído. Si la respuesta es afirmativa, se debe interrogar sobre la severidad y frecuencia, pérdida de intereses o placer en las actividades y reactividad a los acontecimientos del entorno. El entrevistador puede además evaluar al paciente por fracciones depresivas y por la habilidad en responder a los ánimos y bromas	Ausente	Sentimientos ligeramente disfóricos, significantes clínicamente	Apariencia y explicación de humor ligeramente disfórico, existe reactividad, cierta pérdida de interés	Frecuentes sentimientos moderadamente disfóricos	Sentimientos disfóricos la mayoría del tiempo con pérdida considerable de reactividad e interés	Grado profundo de humor disfórico, pérdida total de reactividad, importante pérdida de interés o placer
Concentración Distractibilidad Evalúa la frecuencia con la que el paciente se distrae con estímulos irrelevantes y/o tiene que ser redirigido a la tarea que estaba haciendo, la pérdida del curso del pensamiento o la frecuencia con la que el paciente pierde su propio pensamiento	Ausente	Una ocasión de concentración pobre	2 o 3 ocasiones de pérdida de concentración		Pobre concentración	Ausente
Falta de cooperación en los test Evalúa el grado con que el paciente coopera durante la entrevista	Ausente	Falta o ausencia de colaboración en una ocasión			Necesita constante estimulación para completar la entrevista	Se niega a continuar la entrevista

Trastorno	Frecuencia					
	0	1 Muy leve	2 Leve	3 Moderada	4 Moderadamente grave	5 Grave
Ideas delirantes (delusiones) Evalúa la importancia y convicción de ciertas ideas del paciente, ideas que casi con toda seguridad no son ciertas. Para evaluar la gravedad hay que tener en cuenta la convicción sobre estas ideas, preocupación y efecto que tienen sobre las acciones del paciente	Ausente	Un episodio transitorio delirante	Delirios definitivamente presentes a pesar de que el paciente se lo cuestiona	El paciente está convencido de su delirio, pero no afecta a su comportamiento	El delirio afecta a su conducta	Acciones significativas basadas en los delirios
Alucinaciones Preguntar si hay alucinaciones visuales, auditivas o táctiles. Se evalúa también la frecuencia y grado de irrealidad de las alucinaciones	Ausente	Siente una voz que le dice una palabra, presencia una única vez de alucinación visual		Alucinaciones frecuentes durante el día, que interfieren en el funcionamiento normal del paciente		Alucinaciones constantes que interfieren totalmente con la vida cotidiana del paciente
Deambulación La puntuación tiene que distinguir entre la actividad física normal y una excesiva deambulación	Sin cambios	Pasa muy raras veces		Deambula frecuentemente durante todo el día		No puede estar sentado y deambula excesivamente
Incremento de la actividad motora Se evalúa comparando el nivel previo de actividad motora normal con el actual	Sin cambios	Incremento muy ligero		Incremento significativo en relación al movimiento		El paciente se mueve muy constantemente, raramente permanece sentado

Trastorno	Frecuencia					
	0	1 Muy leve	2 Leve	3 Moderada	4 Moderadamente grave	5 Grave
Temblores Se pide al paciente que estire las dos manos y extienda los dedos; tiene que mantener esta posición durante 10" aproximadamente	No hay temblor	Temblor leve, casi imperceptible	Temblor perceptible			Movimiento muy rápido con desplazamientos importantes
Incremento / decremento del apetito Se incluye debido a que puede darse un cambio en el apetito asociado con una depresión y porque las observaciones clínicas de algunos pacientes con EA demuestran tanto aumentos como disminuciones del apetito. Se tiene que evaluar en función del apetito anterior	Sin cambios	Cambio sutil, probablemente insignificante clínicamente	Perceptible, el paciente come sin que se le diga	Marcado cambio, el paciente necesita que se le inste a comer, o bien el paciente solicita más comida		El paciente no come y se le tiene que forzar a hacerlo, el paciente dice constantemente que tiene que pasar hambre a pesar de que ingiere suficientes cantidades
PUNTUACIÓN TOTAL						

ANEXO 5: BEHAVE-AD

PARTE I: SINTOMATOLOGÍA

A) Ideación delirante y paranoide	
1. Delirio de “La gente me roba cosas”	0 Ausente
	1 La gente oculta objetos
	2 La gente entra en casa y esconde o roba objetos
	3 Habla y escucha a gente que entra en casa
PUNTUACIÓN	
2. Delirio de “Esta no es mi casa”	0 Ausente
	1 Convencimiento de que el lugar en el que vive no es su hogar (p.e. hacer las maletas para irse de su casa; quejas mientras está en su casa, de “quiero irme a mi casa”)
	2 Intentos de huida del domicilio por querer volver al suyo
	3 Violencia en respuesta a los intentos de retenerle en su propio hogar
PUNTUACIÓN	
3. Delirio de “El cónyuge (u otro cuidador) es un impostor”	0 Ausente
	1 Convicción de que el cónyuge (u otro cuidador) es un impostor
	2 Ira o cólera contra el cónyuge (u otro cuidador) por ser un impostor
	3 Violencia contra el cónyuge (u otro cuidador) por ser un impostor
PUNTUACIÓN	
4. “Delirio de abandono” (p.e. en una institución)	0 Ausente
	1 Sospecha que el cuidador tiene un complot para abandonarlo o institucionalizarlo (p.e. por teléfono)
	2 Acusación de una conspiración para abandonarlo o institucionalizarlo
	3 Acusación de la amenaza inminente de abandono o institucionalización
PUNTUACIÓN	
5. “Delirio de infidelidad” (social y/o sexual infidelidad)	0 Ausente
	1 Convicción de que el cónyuge y/o hijos y/otros cuidadores le son infieles
	2 Ira contra el cónyuge, pariente u otro cuidador por su infidelidad
	3 Violencia contra el cónyuge, pariente u otro cuidador por su supuesta infidelidad

PUNTUACIÓN	
6. "Susplicacia / paranoia" (diferentes de 1-5)	0 Ausente
	1 Susplicacia (p.e. esconder objetos que después él/ella no será capaz de encontrar)
	2 Paranoia (p.e. convencimiento respecto a las sospechas y/o ira como resultado de las sospechas)
	3 Violencia como resultado de las sospechas. ¿No ha sido identificado?. Describir:
PUNTUACIÓN	
7. "Delirios" (diferentes de 1-5)	0 Ausentes
	1 Estado delusional
	2 Manifestaciones verbales o emocionales como resultado del estado delirante
	3 Acciones físicas o violencia como resultado de las ideas delirantes ¿No ha sido identificado?. Describir:
PUNTUACIÓN	

B) Alucinaciones	
8. Alucinaciones visuales	0 Ausentes
	1 Vagas, no definidas claramente
	2 Alucinaciones definidas claramente de objetos o personas (p.e. ve otras personas en la mesa)
	3 Acciones físicas o verbales o respuestas emocionales de las alucinaciones
PUNTUACIÓN	
9. Alucinaciones auditivas	0 Ausentes
	1 Vagas o indefinidas
	2 Alucinaciones claramente definidas de palabras o frases
	3 Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones
PUNTUACIÓN	
10. Alucinaciones olfatorias	0 Ausentes
	1 Vagas o indefinidas
	2 Claramente definidas
	3 Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones
PUNTUACIÓN	
11. Alucinaciones somáticas o táctiles	0 Ausentes
	1 Vagas o indefinidas
	2 Claramente definidas

	3 Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones
PUNTUACIÓN	
12. Otras alucinaciones	0 Ausentes
	1 Vagas o indefinidas
	2 Claramente definidas
	3 Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones
	¿No han sido especificadas?. Describir:
PUNTUACIÓN	

C) Actividad anómala

13. Conducta de deambulación y huidas	0 Ausente
	1 Algunas veces, pero no suficiente para necesitar sujeción
	2 Frecuente, suficiente para necesitar sujeción
	3 Acciones verbales, físicas o respuestas emocionales a los intentos de prevenir la deambulación
	PUNTUACIÓN
14. Actividad sin objetivo (abulia cognitiva)	0 Ausente
	1 Actividad repetitiva sin objetivo (p.e. abrir y cerrar cajones, abrir y cerrar el monedero, poner y sacar la ropa, abrir y cerrar puertas, repetición insistente de demandas y preguntas)
	2 Deambulación u otra actividad sin objetivo suficiente para necesitar sujeción
	3 Autolesiones como resultado de la actividad sin objetivo
	PUNTUACIÓN
15. Actividad inadecuada	0 Ausente
	1 Actividades inapropiadas (p.e. guardar u ocultar objetos en lugares inadecuados, como tirar la ropa a la basura o colocar los platos vacíos en el horno; conductas sexuales inapropiadas como el exhibicionismo)
	2 Presencia de conductas inapropiadas que requieren contención
	3 Presencia de conductas inapropiadas que requieren contención, y acompañadas de ira o violencia ante la contención
	PUNTUACIÓN

D) Agresividad

16. Agresividad verbal	0 Ausente
	1 Presente (incluyendo uso no habitual en él/ella de lenguaje abusivo)
	2 Presente, acompañada de ira
	3 Presente, suficiente para necesitar contención, acompañada de

	ira y dirigida a personas concretas
PUNTUACIÓN	
17. Amenaza física y violencia	0 Ausente
	1 Conducta amenazante
	2 Violencia física
	3 Violencia física con vehemencia
PUNTUACIÓN	
18. Agitación (diferente de 16-17)	0 Ausente
	1 Presente
	2 Presente con componente emocional
	3 Presente con componente emocional y físico
PUNTUACIÓN	

E) Trastornos de los ritmos diurnos

19. Trastornos día/noche	0 Ausente
	1 Despertar nocturno repetitivo durante la noche
	2 De un 50% a un 75% de ciclo del sueño durante la noche
	3 Alteración completa del ritmo diurno (p.e. menos de un 50% del ciclo del sueño durante la noche)
PUNTUACIÓN	

F) Trastornos afectivos

20. Llanto	0 Ausente
	1 Presente
	2 Presente, acompañado de un claro componente afectivo
	3 Presente, acompañado de un claro componente afectivo y físico (con gestos)
PUNTUACIÓN	
21. Humor depresivo	0 Ausente
	1 Presente (p.e. afirmaciones ocasionales como "desearía estar muerto/a")
	2 Presente con ideas de muerte
	3 Presente con componente emocional y físico (p.e. actos suicidas)
PUNTUACIÓN	

G) Ansiedad y fobias

22. Ansiedad relacionada con eventos programados (Síndrome de Godot)	0 Ausente
	1 Presente: repetidas quejas y/u otras actividades próximas con citas y/o eventos programados
	2 Presente y perturbadora para los cuidadores
	3 Presente e intolerable para los cuidadores

PUNTUACIÓN	
23. Otras formas de ansiedad	0 Ausente
	1 Presente
	2 Presente y perturbadora para los cuidadores
	3 Presente e intolerable para los cuidadores
PUNTUACIÓN	
24. Miedo a ser dejado solo	0 Ausente
	1 Presente: vocalización del miedo a estar solo
	2 Presente y vocalizado, suficiente para requerir atención específica por parte del cuidador
	3 Vocalizado y suficiente para que el paciente deba estar acompañado a todas horas
PUNTUACIÓN	
25. Otras fobias	0 Ausente
	1 Presente
	2 Presente y de suficiente magnitud para requerir acción específica por parte del cuidador
	3 Presentes y suficientes para que la actividad del paciente necesite ser prevenida
PUNTUACIÓN	

PARTE II: EVALUACIÓN GLOBAL

Respecto a los síntomas reseñados de 1 a 25, son de la suficiente magnitud como para ser considerados	0 No altera a la vida de la familia no son peligrosos para el paciente
	1 Alteran ligeramente la vida de la familia o de los cuidadores y son ligeramente peligrosos para el enfermo
	2 Alteran moderadamente la vida de la familia y son peligrosos para el enfermo
	3 Son muy problemáticos o intolerables para la familia y gravemente peligrosos para el enfermo
PUNTUACIÓN	

ANEXO 6: NPI

A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su familiar. Usted tiene que contestar si las conductas que yo le diga han estado o no presentes durante el último mes. En caso afirmativo profundizaremos un poco más

A. Ideas delirantes	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>-¿El paciente tiene ideas que usted sabe que no son ciertas? Por ejemplo, insiste en que la gente está tratando de hacerle daño o le están robando sus cosas</p> <p>-¿Ha dicho que algún miembro de su familia no es quien dice ser o que su casa no es su casa? No me refiero a meras suspicacias, estoy interesada en saber si el paciente está convencido de que estas cosas realmente le están sucediendo</p>																	
				<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree que está en peligro, que alguien está planeando hacerle daño? 2. ¿Cree que alguien le roba sus pertenencias? 3. ¿Cree que su cónyuge le es infiel? 4. ¿Cree que personas no invitadas viven en su casa? 5. ¿Cree que su cónyuge u otra persona no es quien dice ser? 6. ¿Cree que su casa no es su casa? 7. ¿Cree que miembros de su familia están planeando abandonarlo? 8. ¿Cree que los personajes o las imágenes de la TV o de las revistas son sucesos reales o están realmente dentro de casa?. ¿Ha intentado hablar o interactuar con ellos? 9. ¿Cree que hay alguna cosa inusual que yo no le haya preguntado antes? 													

B. Alucinaciones	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>-¿Tiene alucinaciones como visiones o voces falsas?</p> <p>-¿Parece ver, oír o sentir cosas que no están presentes?. Con esta pregunta no solo me refiero a creencias erróneas tales como pensar que alguien ya fallecido siga vivo, más bien le pregunto si de hecho su familiar ha presentado sensaciones visuales o auditivas anormales</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>1. ¿Menciona oír voces o actúa como si de hecho las oyese?</p> <p>2. ¿Habla con personas que no están?</p> <p>3. ¿Describe que ve cosas que nadie más puede ver o se comporta como si estuviese viendo cosas que nadie más puede ver (personas, animales, luces, ...)?</p> <p>4. ¿Refiere notar olores que otros no notan?</p> <p>5. ¿Nota cosas sobre su piel o actúa como si notase cosas que tocaran o se arrastraran sobre su piel?</p> <p>6. ¿Dice notar sabores sin causa aparente?</p> <p>7. ¿Describe alguna otra experiencia sensorial rara?</p>																	
C. Agitación/agresión				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Tiene periodos en los que se niega a cooperar o no acepta la ayuda de otra persona?</p> <p>- ¿Es difícil de llevar o manejar?</p> <p>- ¿Se ha comportado de forma agresiva verbal o físicamente, desde el inicio de la enfermedad? (más que antes)</p>																	
<p>1. ¿Se molesta o enfada con sus cuidadores o se resiste a actividades como bañarse y cambiarse la ropa?</p> <p>2. ¿Es testarudo o terco, teniendo que hacer las cosas a su manera?. ¿Se muestra poco cooperador, se resiste a recibir ayuda de otros?</p> <p>3. ¿Tiene otras conductas que lo hacen difícil de manejar? ¿Grita o insulta airadamente?</p> <p>4. ¿Da portazos, golpea muebles o lanza cosas por los aires?</p> <p>5. ¿Ha intentado herir o golpear a otros?</p> <p>6. ¿Tiene otras conductas agresivas o de agitación?</p>																	

D. Depresión/disforia	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Parece su familiar triste o deprimido?</p> <p>- ¿Dice que se siente triste o deprimido?</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Está su familiar muy nervioso, preocupado o atemorizado sin razón aparente?</p> <p>- ¿Parece muy tenso o inquieto?</p> <p>- ¿Tiene miedo de estar alejado de usted, a quedarse solo?</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5

F. Euforia/alegría	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Parece demasiado alegre o contento sin motivo aparente?. No me refiero a la alegría normal al ver amigos, recibir regalos o estar con la familia. Le pregunto si su familiar tiene de forma persistente y anormal buen humor o hay situaciones que le parecen cómicas cuando a otros no se lo parecen</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿Ha perdido interés por lo que le rodea?, ¿ha perdido interés por hacer cosas o ha perdido motivación para empezar actividades nuevas?</p> <p>- ¿Tiene más dificultad para participar en una conversación o en tareas domésticas?</p> <p>- ¿Está apático o indiferente?</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5

H. Desinhibición	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés						
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5	
<p>- ¿Parece actuar de forma impulsiva, sin pensar?</p> <p>- ¿Hace o dice cosas que generalmente no se hacen ni dicen en público?</p> <p>- ¿Hace cosas que resultan embarazosas para usted u otras personas?</p>																		
<p>1. ¿Actúa de forma impulsiva, aparentemente sin tener en cuenta las consecuencias?</p> <p>2. ¿Habla con desconocidos como si los conociera?</p> <p>3. ¿Dice cosas inconvenientes que pueden herir los sentimientos de las personas con las que habla?</p> <p>4. ¿Usa expresiones ordinarias o hace comentarios sexuales que antes no hacía?</p> <p>5. ¿Habla abiertamente sobre temas muy personales o privados que habitualmente no se comentan en público?</p> <p>6. ¿Se toma ciertas libertades, toca o abraza a los demás de una forma que no va de acuerdo con su carácter?</p> <p>7. ¿Muestra otros signos de pérdida de control de sus impulsos?</p>																		
I. Irritabilidad/labilidad																		
<p>- ¿Se irrita o se enfada con facilidad?</p> <p>- ¿Cambia de humor muy fácilmente?</p> <p>- ¿Es anormalmente impaciente o intolerante?. Me refiero a su reacción de frustración frente a sus fallos de memoria o su incapacidad para efectuar tareas comunes. Me interesa saber si su familiar se muestra anormalmente irritable, impaciente o con cambios rápidos de humor en relación a su forma de ser previa</p>																		
<p>1. ¿Tiene mal genio, con reacciones “fuera de tono” por pequeñas cosas?</p> <p>2. ¿Cambia de humor de forma rápida, encontrándose bien en un momento y enfadado al minuto siguiente?</p> <p>3. ¿Tiene accesos bruscos de cólera?</p> <p>4. ¿Es impaciente, con problemas para adaptarse a retrasos o esperas en las actividades previstas?</p> <p>5. ¿Es maniático e irritable? ¿Discute con frecuencia y es difícil llevarse con él?</p> <p>6. ¿Muestra cualquier otro signo de irritabilidad?</p>																		

J. Conducta motora aberrante	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Pasea de un lado a otro, hace cosas una y otra vez tales como abrir armarios o cajones, o repetidamente recoge cosas o enreda hilos o cordones?</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
				<p>1. ¿Camina por dentro de casa sin motivo aparente?</p> <p>2. ¿Actúa como si buscara algo, removiéndolo todo, abriendo y vaciando cajones o armarios?</p> <p>3. ¿Se quita o pone ropa repetidamente?</p> <p>4. ¿Efectúa actividades repetitivas o "hábitos" que lleva a cabo una y otra vez?</p> <p>5. ¿Efectúa actividades repetitivas tales como tocar botones, recoger cosas, enredar hilo,...?</p> <p>6. ¿Se mueve nerviosamente y en exceso, parece incapaz de estar quieto, hace rebotar el pie o golpea con los dedos de forma casi continua?</p> <p>7. ¿Hace alguna otra actividad de forma repetida?</p>													
K. Sueño				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Tiene dificultades para dormir?. No se considera si su familiar se levanta simplemente 1 o 2 veces por la noche para ir al baño y vuelve a quedarse dormido inmediatamente</p> <p>- ¿Está levantado por la noche?</p> <p>- ¿Pasea de un lado a otro por la noche, se viste o le molesta para dormir?</p>																	
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
				<p>1. ¿Tiene dificultades para quedarse dormido?</p> <p>2. ¿Se levanta durante la noche?. (No considerar como tal si simplemente se levanta 1 o 2 veces para ir al baño y vuelve a quedarse dormido inmediatamente)</p> <p>3. ¿Pasea de un lado a otro sin propósito durante la noche o efectúa actividades inadecuadas durante la noche?</p> <p>4. ¿Le despierta durante la noche?. ¿Se despierta durante la noche, se viste y planea salir de casa pensando que es por la mañana y momento de empezar el día?</p> <p>5. ¿Se levanta demasiado pronto por la mañana? (Más temprano de lo habitual)</p> <p>6. ¿Duerme en exceso durante el día?</p> <p>7. ¿Tiene alguna otra conducta nocturna que le preocupe a usted y no hayamos comentado?</p>													

L. Apetito y alimentación	NO	SÍ	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Distrés					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>- ¿Ha tenido algún cambio en el apetito, peso o hábitos alimentarios?</p> <p>- ¿Ha habido algún cambio en el tipo de comida que prefiere?</p>																	
				<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha perdido el apetito? 2. ¿Ha tenido un aumento de apetito? 3. ¿Ha perdido peso? 4. ¿Ha aumentado de peso? 5. ¿Ha habido cambios en su conducta alimentaria tales como ponerse demasiada comida en la boca a la vez? 6. ¿Ha habido un cambio en la clase de comida que le gusta tal como comer demasiados dulces u otros tipos específicos de comidas? 7. ¿Ha desarrollado conductas alimentarias tales como comer exactamente el mismo tipo de comida cada día o comer la comida exactamente en el mismo orden? 8. ¿Ha habido cualquier otro cambio en el apetito o comida? 													

ANEXO 7: INFORME FAVORABLE DO COMITÉ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN



CE 22/2012

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC), reunido en sesión ordinaria de 30 de mayo de 2012, una vez estudiada la documentación presentada por Don José Carlos Millán Calenti, Investigador Principal del Estudio de Investigación “*Prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales asociados al envejecimiento: Centro de día versus residencia*”, estima que el mencionado Estudio respeta las exigencias y los principios éticos y la normativa jurídica aplicables.


Por todo lo anterior, acordó por unanimidad, en el ámbito de sus competencias,

INFORMAR FAVORABLEMENTE

La viabilidad del Estudio de Investigación presentado por el investigador Don José Carlos Millán Calenti.

El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña velará por el respeto de las exigencias y los principios éticos y la normativa jurídica aplicables durante el desarrollo del Estudio de Investigación.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma el presente informe en A Coruña, a 30 de mayo de 2012.


Comité de Ética
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Fdo.: Rafael Colina Garea
Presidente del CE-UDC

