

Artículo original

Alteraciones del comportamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo en Bogotá (Colombia)[☆]

Claudia Chimbí-Arias^{a,b,1}, José Manuel Santacruz-Escudero^{b,c,d,*,1},
Diego Andrés Chavarro-Carvajal^{a,e}, Rafael Samper-Ternent^f
y Hernando Santamaría-García^{b,d,g}

^a Unidad de Geriátría, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Centro de Memoria y cognición Intellectus, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

^d Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^e Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^f Departamento de Medicina Interna, División de Geriátría, Sealy Center on Aging, University of Texas Medical Branch, Houston, Texas, Estados Unidos

^g Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de junio de 2018

Aceptado el 16 de octubre de 2018

On-line el 10 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Demencia

Síntomas conductuales

Trastorno neurocognoscitivo

Apatía

R E S U M E N

Introducción: El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de alteraciones conductuales (AC) en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo (TN) valorado por clínica de memoria en un centro de evaluación en Bogotá, Colombia, durante el año 2015.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y de corte retrospectivo de 507 pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo (según criterios del DSM-5), valorados en un centro de referencia en Bogotá en 2015.

Resultados: La media de edad de los sujetos con trastorno neurocognoscitivo leve en el momento del diagnóstico era 71,04 años y la de aquellos con trastorno neurocognoscitivo mayor, 75,32 años ($p < 0,001$). El 62,72% de la muestra son mujeres. La etiología más frecuente del trastorno neurocognoscitivo fue la enfermedad de Alzheimer probable, seguida por la degeneración lobar frontotemporal, variante conductual, y el trastorno neurocognoscitivo debido a múltiples etiologías. Las AC se presentan con mayor frecuencia en TN debido a degeneración frontotemporal variante conductual (100%), enfermedad de Alzheimer (77,29%) y vascular (76,19%). Las AC más prevalentes en el grupo evaluado fueron la apatía (50,75%), la irritabilidad (48,45%), la agresividad (16,6%) y la labilidad emocional (14,76%).

[☆] Trabajo presentado en el XII Congreso Colombiano de Gerontología y Geriátría, Bogotá, Colombia, 21 de mayo de 2016.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.santacruz@javeriana.edu.co (J.M. Santacruz-Escudero).

¹ Los autores Claudia Chimbí-Arias y José Manuel Santacruz-Escudero han contribuido por igual en este trabajo.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.007>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Las AC son prevalentes en pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor. Según la etiología del trastorno neurocognoscitivo mayor, las AC son más prevalentes en la degeneración frontotemporal variante conductual. Apatía, irritabilidad, labilidad emocional y agresividad son las AC más comunes en toda la muestra.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Behavioural Disturbances in Patients with Diagnosis of Neurocognitive Disorder in Bogotá (Colombia)

A B S T R A C T

Keywords:

Dementia
Behavioural symptoms
Neurocognitive disorder
Apathy

Introduction: The main aim of this study is to determine the prevalence of behavioural disturbances (BD) in a group of patients with diagnosis of neurocognitive disorders assessed by a memory clinic in a referral assessment centre in Bogotá, Colombia, in 2015.

Material and methods: This is an observational, retrospective descriptive study of 507 patients with a diagnosis of neurocognitive disorder (according to DSM-5 criteria) evaluated in a referral centre in Bogotá, Colombia, in 2015.

Results: Among the group of patients assessed, analyses reveal mean age for minor neurocognitive disorders of 71.04 years, and 75.32 years for major neurocognitive disorder ($P < 0.001$). A total of 62.72% of the sample were female. The most prevalent aetiology of the neurocognitive disorders was Alzheimer's disease, followed by behavioural variant frontotemporal dementia and neurocognitive disorders due to multiple aetiologies. BD occur more frequently in neurocognitive disorder due to behavioural variant frontotemporal dementia (100%), Alzheimer's disease (77.29%) and vascular disease (76.19%). The most prevalent BD in the group assessed were apathy (50.75%), irritability (48.45%), aggression (16.6%), and emotional lability (14.76%).

Conclusions: BD are highly prevalent in patients with diagnosis of major neurocognitive disorder. BD are more prevalent in behavioural variant frontotemporal dementia than any other group. Apathy, irritability, emotional lability and aggression are the BD that occur with greater prevalence in our sample. We discuss the importance of BD in the clinical progression of neurocognitive disorders.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En 2015 el trastorno neurocognoscitivo mayor (TNM) afectaba a 47 millones de personas en el mundo, y el 60% de ellas vivían en países de bajos y medianos ingresos¹. Se estima que en 2030 más de 75 millones de personas tendrán alguna manifestación de TNM y se cree que esta cifra se habrá triplicado en 2050¹. En general, el trastorno neurocognoscitivo (TN) se divide en leve (TNL) o mayor (TNM); este ha reemplazado el término «demencia» usado en décadas anteriores debido a los nuevos criterios y categorías diagnósticas propuestas por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición de su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)².

Además de las manifestaciones cognoscitivas y funcionales características de los TN, existen las alteraciones conductuales (AC), las cuales también tienen un impacto en la funcionalidad de los pacientes y pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad con un patrón de agrupación muy variable³. Las AC se definen como un grupo heterogéneo de

síntomas que afectan a diversos dominios del funcionamiento psíquico del sujeto, como la esfera afectiva, el pensamiento y la conducta, entre otros⁴. Las AC son comunes en los pacientes con diagnóstico de TN, tanto si se trata de un TNL o un TNM⁵⁻⁷.

Las AC impactan de forma negativa en el paciente y sus cuidadores, mucho más que los síntomas propios del deterioro cognoscitivo⁵. Las AC se asocian con conductas de riesgo⁸, mayor porcentaje de institucionalización, más hospitalizaciones en unidades de salud mental⁹ y mayor utilización y costo de los servicios de salud¹⁰.

A pesar de la importancia de las AC en el seguimiento y el curso de los TN, los diferentes estudios que han explorado su prevalencia reportan datos disímiles y poco concluyentes en las diferentes muestras analizadas⁵⁻⁷. Algunos estudios exponen que las AC pueden encontrarse en cualquier tipo de TN y cualquier estadio de la enfermedad^{11,12}. Los estudios muestran amplias diferencias al describir las prevalencias de AC en los TN. De estos, algunos han señalado que el 59% de los pacientes con TNL pueden presentar AC¹³; otros, que un 50-80% de los pacientes con TN tienen AC durante el curso de

su enfermedad¹¹. Aunque estos reportes proporcionan información importante sobre la presencia de las AC en los TN, su prevalencia en los distintos tipos de TN —incluidos TNL y TNM— está por definirse. Independiente de la prevalencia, el impacto de las AC en la calidad de vida y el cuidado de las personas con TN las hace un tema muy importante en el estudio de la población con esa afección.

El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia y el tipo de AC en un grupo de pacientes con diagnóstico de TN, diferenciando entre TNL y TNM, valorados en el centro de memoria y cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio durante 2015.

Material y métodos

Diseño

Estudio observacional descriptivo de corte retrospectivo.

Población

Se revisaron 859 historias clínicas, y se encontraron 507 pacientes con diagnóstico de TN (TNM y TNL), evaluados en el centro de memoria y cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015. La valoración se realizó de manera interdisciplinaria como se describe a continuación.

Evaluación del grupo de casos en la clínica de memoria

Se trata de una valoración estandarizada de tipo interdisciplinario entre geriatría, psiquiatría, neurología y neuropsicología. En la consulta de geriatría, se realiza una evaluación completa de la situación basal del paciente que incluye multimorbilidad, funcionalidad y situación social. En psiquiatría, se realiza una entrevista semiestructurada para determinar la presencia de AC según la clasificación de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA)⁴ y el DSM-5². Además, durante la entrevista se descarta que las AC sean atribuibles a un trastorno mental independiente. El servicio de neurología profundiza en la historia clínica y los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular, evalúa la presencia de otras enfermedades del sistema nervioso y realiza el examen neurológico. El servicio de neuropsicología se encarga de la aplicación de una batería neuropsicológica completa, que incluye exploración de los diferentes dominios cognoscitivos como memoria, funciones ejecutivas, atención, función visuoespacial, lenguaje y cognición social. Tras las valoraciones mencionadas, se realiza una junta interdisciplinaria de toma de decisiones para llegar a un diagnóstico y recomendaciones por consenso.

Desarrollo del estudio

Se tomaron todas las historias clínicas de pacientes valorados en el centro de memoria y cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio durante el periodo mencionado. Se incluyó a pacientes que tuvieran diagnóstico de TN según los criterios del DSM-5, que divide los TN en mayores y leves

según el deterioro que el déficit cognoscitivo genere en la funcionalidad. El manual incluye como parte del diagnóstico la presencia de alteración del comportamiento, que depende de si el trastorno cognoscitivo se acompaña de una AC clínicamente significativa². Se excluyó a los pacientes con alguna enfermedad mental crónica concomitante con el diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo y a los pacientes con trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumentos

Se midió la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria con la escala de Barthel, creada inicialmente para evaluar la capacidad de autocuidado de las personas con alteraciones neuromusculares y ahora se utiliza como escala para cribar dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Esta escala es de fácil aplicación, además de ser útil para el seguimiento longitudinal de los pacientes¹⁴.

Como medida general de la cognición, se utilizó el test *Mini Mental State Examination* (MMSE), prueba que ha mostrado una alta sensibilidad en el rastreo del funcionamiento cognoscitivo en general y está ampliamente respaldada para el seguimiento inicial de alteraciones de dominios como la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva y la capacidad visuoespacial de las personas con TN^{15,16}.

Se cribó depresión mediante la escala de Yesavage, la cual tiene una alta confiabilidad y validez tanto interna como externa en la detección de depresión en adultos mayores¹⁷. Asimismo, como se trata de pacientes con diagnóstico de TN, se aplicó la escala de depresión en demencia de Cornell, instrumento que consta de 19 ítems, se aplica tanto a los pacientes como a sus cuidadores y tiene alta sensibilidad, validez interna y confiabilidad interobservador¹⁸.

La batería estandarizada de neuropsicología consta de pruebas específicas para cada uno de los dominios cognoscitivos; para el lenguaje se utilizan pruebas de fluidez fonológica y semántica, denominación y comprensión verbal compleja. La atención se evalúa por medio de la prueba de dígito símbolo. El dominio visual espacial se observa con la figura de Rey; las funciones ejecutivas, a través de la interpretación de refranes, series grafomotoras y la prueba de cribado INECO, y la memoria, con la prueba de Grober.

Análisis estadístico

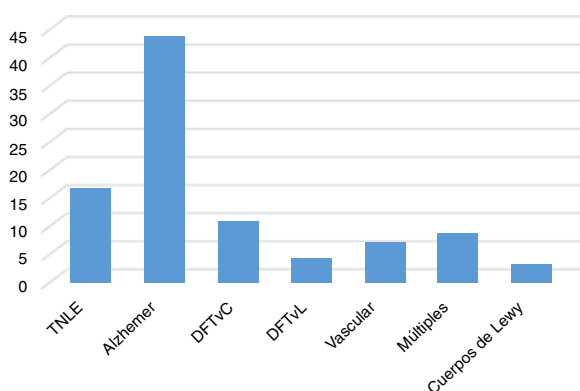
Inicialmente, se utilizó un análisis univariado con el fin de explorar valores extremos y la distribución de la muestra, lo cual permitió ajustar y categorizar las variables. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes, mientras que las medias \pm desviación estándar se utilizan para presentar las variables continuas. Después se analizaron los datos con modelos bivariados para determinar la asociación entre variables dependientes e independientes; se emplearon pruebas de χ^2 para las variables categóricas y pruebas de la *t* de Student para las variables continuas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa STATA (versión 12) para iOS.

Tabla 1 – Descripción de la población (n = 507)

	TNL (n = 79)	TNM (n = 428)	p
Edad (años)	71,64 ± 0,85	75,32 ± 9,36	< 0,001
Sexo			
Varones	34 (43,04)	155 (36,21)	0,249
Mujeres	45 (56,96)	273 (63,79)	
AC			
No	68 (86,08)	121 (28,27)	< 0,01
Sí	11 (13,92)	307 (71,73)	
Barthel	92,34 ± 15,43	83,07 ± 23,05	< 0,01
MMSE	19,48 ± 4,02	14,78 ± 7,00	< 0,01
Yesavage	8,45 ± 4,68	9 ± 8,45	< 0,01
Cornell	14,69 ± 9,68	15,55 ± 9,24	< 0,01

AC: alteraciones de la conducta; MMSE: Mini-mental State Examination; TNL: trastorno neurocognoscitivo leve; TNM: trastorno neurocognoscitivo mayor.

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.

**Figura 1 – Etiología de trastorno neurocognoscitivo.**

DFTvC: degeneración frontotemporal variante conductual;

DFTvL: degeneración frontotemporal variante lingüística;

TNLE: trastorno neurocognoscitivo leve.

Resultados

Se revisaron en total 859 historias clínicas de pacientes valorados por clínica de memoria durante 2015; una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron en total 507 historias clínicas con presencia de TNL y TNM (tabla 1).

La media de edad de las personas con TNL al momento del diagnóstico era 71,04 años y la de aquellos con TNM, 75,32 años ($p < 0,001$). Es mayor el número de mujeres con diagnóstico de TN que el de varones (318 mujeres y 189 varones), diferencia que persiste cuando se estratifica por gravedad (TNL frente a TNM); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,249$).

Al evaluar la etiología del TN, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente, seguida por la degeneración lobar frontotemporal variante conductual (DFTvC), y finalmente por los trastornos debidos a múltiples etiologías y los de etiología vascular (fig. 1).

Los análisis mostraron que hay mayor frecuencia de AC en los pacientes con TNM que con TNL (tabla 1). Cuando se analiza el grupo con TNM, la frecuencia más alta de AC

Tabla 2 – Prevalencia de alteraciones de la conducta por etiología del trastorno neurocognoscitivo

Etiología del TN	Sin AC (n = 182)	Con AC (n = 325)	Prevalencia de AC según la etiología, %
TNL	87 (35,98)	19 (5,84)	17,92
TNM			
Alzheimer	47 (25,82)	160 (49,23)	77,29
DFTvC	0	43 (13,23)	100
DFTvL	8 (4,39)	6 (1,84)	42,85
Vascular	5 (2,74)	16 (4,92)	76,19
Múltiples etiologías	20 (10,98)	57 (17,53)	74,02
Lewy	3 (1,64)	5 (1,53)	62,50
Otra	9 (4,94)	17 (5,23)	65,38
No especificada	3 (1,64)	2 (0,61)	40,00

AC: alteraciones de la conducta; DFTvC: degeneración frontotemporal variante conductual; DFTvL: degeneración frontotemporal variante lingüística; TNL: trastorno neurocognoscitivo leve; TNM: trastorno neurocognoscitivo mayor.

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%).

corresponde a la DFTvC, seguida de la enfermedad de Alzheimer, las vasculares y las de múltiples etiologías (tabla 2).

Apatía, irritabilidad, agresividad y labilidad emocional son las AC más frecuentes, pero existen diferencias según la gravedad. Los sujetos con TNL presentaron más irritabilidad, apatía y agresividad; aquellos con TNM, más apatía, irritabilidad y labilidad emocional. Cuando se analizaron las AC en sujetos con TNM por etiología, en la enfermedad de Alzheimer se observaron las siguientes en orden de frecuencia: irritabilidad, apatía, labilidad emocional, paranoia y agresividad; y en la DFTvC, apatía, irritabilidad y agresividad. En los sujetos con TNM de etiología vascular, apatía, irritabilidad y labilidad emocional son las más comunes; y en el TN debido a múltiples etiologías, lo son apatía, irritabilidad y agresividad (tabla 3).

Discusión

En este estudio se ha explorado la presencia de AC en pacientes diagnosticados de TN (TNL y TNM) en 2015 en un centro especializado en cognición en Bogotá, y se ha hallado que las AC más frecuentes son apatía, irritabilidad, agresividad y labilidad afectiva, mientras que alucinaciones, psicosis y tristeza son las menos observadas.

Se ha encontrado una alta frecuencia de AC en las diferentes etiologías del TN, lo que puede explicarse por la evaluación sistemática de dichas alteraciones por el grupo interdisciplinario.

En nuestro centro, la mayor frecuencia de AC se presenta en los sujetos con DFTvC, seguidos por aquellos con enfermedad de Alzheimer, luego con etiología vascular y por último aquellos con trastornos debidos a múltiples etiologías.

Asimismo se observa hasta un 13,92% de AC en TNL, lo que indica que estas son importantes independientemente de la gravedad y la etiología del TN. Al comparar con estudios previos, se encuentran prevalencias similares¹².

Investigaciones anteriores acerca de la prevalencia de AC en pacientes con diagnóstico de TNM reportaron depresión/disforia, apatía, delirio y ansiedad/agresión como las más frecuentes en la población¹⁹; otros estudios en pacientes

Tabla 3 – Prevalencia de alteraciones de la conducta más frecuentes por etiología del trastorno neurocognoscitivo

AC	TNL (n = 106)	p	TNM (n = 401)	Alzheimer (n = 207)	DFTvC (n = 43)	Múltiples etiologías (n = 77)	Vascular (n = 21)	p
Irritabilidad	12 (11,32)	<0,001	145 (36,15)	85 (41,06)	22 (51,16)	29 (37,66)	4 (19,04)	0,024
Labilidad	2 (1,88)	0,003	45 (11,22)	29 (14)	4 (9,90)	9 (11,68)	4 (19,04)	0,577
Apatía	4 (3,77)	<0,001	159 (39,65)	78 (37,68)	23 (53,48)	32 (41,55)	13 (61,90)	0,436
Paranoia	2 (1,88)	0,003	6 (1,49)	24 (11,59)	10 (23,25)	5 (6,49)	0	0,045
Agresividad	4 (3,77)	0,007	16 (3,99)	24 (11,59)	14 (32,55)	10 (12,98)	2 (9,52)	0,006
Desinhibición	2 (1,88)	0,164	20 (4,98)	3 (1,44)	5 (11,62)	3 (3,89)	3 (14,28)	0,006

AC: alteraciones de la conducta; DFTvC: degeneración frontotemporal variante conductual; TNL: trastorno neurocognoscitivo leve; TNM: trastorno neurocognoscitivo mayor.

Los valores expresan n (%).

institucionalizados con diagnóstico de TNM muestran una prevalencia de AC hasta del 92%²⁰, y las que más se presentan son apatía, irritabilidad, comportamiento motor aberrante y agitación/agresividad²¹. En nuestro estudio, en general la prevalencia de AC es similar que en publicaciones previas, pero difiere de estas en que la labilidad emocional es más prevalente en nuestra población.

Al comparar la prevalencia de AC en estudios que solo han determinado la presencia o ausencia de demencia, se han reportado apatía, irritabilidad, persecución y depresión; en otros también son prevalentes la actividad motora aberrante y la agresividad^{22,23}.

Por otra parte, artículos que han considerado las AC según la etiología del TN señalan una prevalencia en la enfermedad de Alzheimer entre el 66 y el 100%; las más reportadas son apatía, irritabilidad y depresión²⁴. Otros han hallado hasta un 39% de AC, particularmente agresividad, alteración en la actividad y psicosis¹². En el presente estudio, en general, la frecuencia de AC en TNM debido a enfermedad de Alzheimer es similar y solo difiere en que la labilidad emocional es también frecuente en la población estudiada.

Un estudio con 60 pacientes, divididos entre los que tenían demencia multiinfarto y los que tenían enfermedad vascular isquémica subcortical, mostró una prevalencia de AC del 95%, entre estas apatía, alteración en la conducta alimentaria e irritabilidad²⁵, resultados que no difieren de los nuestros, que muestran que las AC en TN de etiología vascular son más del 50% y corresponden a apatía, irritabilidad y labilidad emocional, aunque las alteraciones de la conducta alimentaria no aparecen.

La presencia de AC en pacientes con diagnóstico de TNM contribuye a la institucionalización temprana, deterioro de la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador, sobrecarga de este y aumento de la discapacidad⁴ y los costos que conlleva el cuidado de pacientes con demencia²⁶.

Parece que las AC tienen un papel diagnóstico y de seguimiento para los pacientes con TN. Un grupo de investigaciones previas ha indicado que las AC en pacientes cognoscitivamente normales pueden predecir el deterioro cognoscitivo^{27,28}. De esta manera, se ha llegado a proponer los criterios de trastorno conductual leve como una forma de identificar cambios incipientes tempranos asociados con las enfermedades neurodegenerativas de cualquier etiología²⁹.

Las AC en los TN parecen estar en el núcleo de un grupo de perturbaciones neuropsiquiátricas que incluyen los cambios en procesos cognoscitivos, afectivos y de la interacción

social²⁹. Algunas de las AC, además, parecieran surgir del deterioro en los procesos descritos. En este sentido, por ejemplo, la desinhibición de la conducta podría estar relacionada con cambios en el control inhibitorio y otras funciones ejecutivas, considerando los procesos de regulación emocional. De igual manera se podría describir los cambios afectivos, cognoscitivos y sociales en síntomas como la apatía y la irritabilidad²⁹. La interacción de estas alteraciones, cognoscitivas, afectivas y sociales, sumadas a las AC se asocian con modificaciones en el curso de los TNM.

Por lo anterior, y al considerar que las AC se asocian con los desenlaces adversos descritos^{4,26}, el estudio de estas alteraciones en los TN abre la oportunidad de investigar de qué manera un mejor control de la conducta puede tener un impacto en la respuesta al tratamiento, el seguimiento y el pronóstico de la enfermedad.

Nuevos estudios deberían evaluar la presencia de AC utilizando otros instrumentos estandarizados. También es necesario explorar qué factores demográficos y cognoscitivos se asocian con cambios en la prevalencia de AC en los distintos tipos de TN. Por último, estudios posteriores deberán analizar en qué medida un mayor control de las AC podría modificar el curso progresivo de la enfermedad.

Entre las limitaciones del presente estudio, se encuentra la metodología transversal, que impide inferir causalidad, y el sitio de realización, un centro especializado de referencia nacional para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con sospecha de TN, lo que impide evaluar la prevalencia de las AC en la población general. Otra limitación es el modo en que se evaluó la presencia de las AC, ya que no se utilizó una escala, sino el consenso clínico. Sin embargo, algunas publicaciones exponen que una de las fuentes de información de la presencia de AC es la observación directa por el equipo médico^{4,30}.

Conclusiones

Este estudio ha buscado determinar la frecuencia de AC en un grupo de pacientes con diagnóstico de TN en la población objetivo. Después de evaluar los reportes de las valoraciones interdisciplinarias por clínica de memoria, puede afirmarse que las AC son una manifestación frecuente en los pacientes con TN en general, y resultan prevalentes en TNL y en las distintas etiologías del TNM según otros estudios.

Si bien las AC aparecen primordialmente en el TNM, también se presentan en el TNL, lo cual es relevante dado que se

ha llegado a proponer las AC como una forma de identificar cambios tempranos asociados con las enfermedades neurodegenerativas. La identificación de AC en nuestra población tiene implicaciones valiosas en el desarrollo y la implementación de estrategias de tratamiento específicas para disminuir su impacto en el paciente, el cuidador y el sistema de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. p. 1-196.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: APA; 2013.
3. Areosa Sastre A, Caballero Mora MÁ, Petidier Torregrossa R. Trastornos psicoconductuales en el anciano con demencia. En: *Tratado de Medicina Geriátrica*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 501-506.
4. International Psychogeriatric Association. *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia*. IPA; 2015. Disponible en: www.ipa-online.org.
5. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*. 2012;308:2020-9.
6. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Seow E, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia?: prevalence, symptom groups and their correlates in community-based older adults with dementia in Singapore. *Int Psychogeriatr*. 2017;29:1363-76.
7. Haibo X, Shifu X. Aging and mental health prevalence and severity of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Chinese?: findings from the Shanghai three districts study. *Aging Ment Health*. 2013;17:748-52.
8. Dillon C, Serrano CM, Castro D, Leguizamón PP, Heisecke SL, Taragano FE. Behavioral symptoms related to cognitive impairment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1443-55.
9. Okura T, Langa KM. Caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in older adults with cognitive impairment: The Aging, Demographics, and Memory Study (ADAMS). *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012;25:116-21.
10. Beeri MS, Werner P, Davidson M, Noy S. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:403-8.
11. Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, Dekosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms results from the cardiovascular health study. *JAMA*. 2002;288:1475-83.
12. Van Der Mussele S, Le Bastard N, Vermeiren Y, Saerens J, Somers N, Mariën P, et al. Behavioral symptoms in mild cognitive impairment as compared with Alzheimer's disease and healthy older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:265-75.
13. Feldman H, Scheltens P, Scarpini E, Hermann N, Mesenbrink P, Mancione L, et al. Behavioral symptoms in mild cognitive impairment. *Neurology*. 2004;62:1199-201.
14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
15. 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;12:189-98.
16. Creavin ST, Wisniewski S, Noel Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;13:CD011145.
17. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17:37-49.
18. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23:271-84.
19. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5 year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:170-7.
20. Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, Sandman PO, Winblad B, et al. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016:1-8.
21. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:632-8.
22. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry*. 2009;194:212-9.
23. Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, et al. Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:146-8.
24. García-Alberca JM, Lara Muñoz JP, Berthier Torres M. Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Acta Esp Psiquiatr*. 2010;38:212-22.
25. Gupta M, Dasgupta A, Khwaja GA, Chowdhury D, Patidar Y, Batra A. Behavioural and psychological symptoms in poststroke vascular cognitive impairment. *Behav Neurol*. 2014;2014:430128.
26. Herrmann N, Lanctot KL, Sambrook R, Lesnikova N, Hébert R, McCracken P, et al. The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:972-6.
27. Pietrzak RH, Maruff P, Woodward M, Fredrickson J, Fredrickson A, Krystal JH, et al. Mild worry symptoms predict decline in learning and memory in healthy older adults: a 2-year prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:266-75.
28. Geda YE, Roberts RO, Mielke MM, Knopman DS, Christianson TJ, Pankratz TS, et al. Baseline neuropsychiatric symptoms and the risk of incident mild cognitive impairment: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 2014;171:572-81.
29. Ismail Z, Smith EE, Geda Y, Sultzer D, Brodaty H, Smith G, et al. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's Dement*. 2016;12:195-202.
30. Santamaría-García H, Reyes P, García A, Baez S, Martínez A, Santacruz JM, et al. First symptoms and neurocognitive correlates of behavioral variant frontotemporal dementia. *J Alzheimers Dis*. 2016;54:957-70.