



DETERIORO COGNITIVO LEVE

## Deterioro comportamental leve: un nuevo concepto para las fases prodrómicas de la demencia

Luis Agüera Ortiz\* y Jorge López Álvarez

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

RESUMEN

Palabras clave:

Demencia  
Deterioro comportamental leve  
Deterioro cognitivo leve  
Enfermedad de Alzheimer  
Síntomas neuropsiquiátricos

En las demencias aparecen con frecuencia síntomas neuropsiquiátricos. Estos síntomas también aparecen en pacientes con deterioro cognitivo leve, e incluso pueden ser las primeras manifestaciones de un proceso neurodegenerativo, anticipándose a la aparición de síntomas cognitivos. La presencia de síntomas neuropsiquiátricos se relaciona con mayores tasas de conversión a demencia en personas sanas y en pacientes con deterioro cognitivo leve. Reconociendo la importancia de los síntomas neuropsiquiátricos, la Alzheimer Association creó un grupo de trabajo que ha diseñado los criterios ISTAART de deterioro comportamental leve, que incluyen las siguientes áreas de evaluación: motivación, afecto, control de impulsos, adecuación social y percepciones/contenido del pensamiento. Los criterios ISTAART de deterioro comportamental leve permiten identificar los síntomas neuropsiquiátricos para valorar prospectivamente el riesgo de desarrollo de demencia. Posteriormente se ha desarrollado la escala Mild Behavioral Impairment-Checklist (MBI-C), que permite operativizar el concepto de deterioro comportamental leve cuantificando los distintos síntomas para mejorar su utilidad en la práctica clínica y en investigación.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Mild behavioral impairment: a new concept for the prodromic phases of dementia

ABSTRACT

Keywords:

Dementia  
Mild behavioral impairment  
Mild cognitive impairment  
Alzheimer disease  
Neuropsychiatric symptoms

Neuropsychiatric symptoms (NPS) are frequent in dementia. These symptoms are also present in patients with mild cognitive impairment (MCI) and can even constitute the first manifestations of a neurodegenerative process, preceding the development of cognitive symptoms. The presence of NPS is associated with higher rates of conversion to dementia in healthy persons and patients with MCI. Recognizing the importance of NPS, the Alzheimer Association created a working group that has designed the ISTAART criteria for mild behavioral impairment (MBI), including the following areas of assessment: motivation, affect, impulse control, social appropriateness and thoughts/perception. The ISTAART criteria allow identification of NPS to prospectively assess the risk of a person developing dementia. The Mild Behavioral Impairment-Checklist (MBI-C) has subsequently been developed, which allows the MBI construct to be specifically assessed by quantifying the distinct symptoms, thus enhancing the clinical utility of this construct in clinical practice and research.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.aguera@salud.madrid.org (L. Agüera Ortiz).

## Introducción

Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) de la demencia fueron descritos por Alois Alzheimer ya en el informe inicial de la enfermedad que ahora lleva su nombre<sup>1</sup>. Son comunes a todas las demencias pero, a diferencia de los síntomas cognitivos, tienen un curso más variable e impredecible.

En el deterioro cognitivo previo a los estados demenciales propiamente dichos, denominado deterioro cognitivo leve (DCL), se encuentran más SNP que en la población cognitivamente sana, pero menos que en la demencia establecida, alcanzando incluso al 60% de pacientes con DCL<sup>2</sup>.

La necesidad de un diagnóstico precoz ha generado recientemente un notable interés en los estadios predemenciales o prodrómicos de las diferentes enfermedades que causan demencia. Así, se desarrolló el concepto de DCL, estado transicional entre la normalidad y la demencia<sup>3</sup>, que ha ido perfeccionando su caracterización clínica<sup>4</sup>. Hasta ahora no se habían logrado consensuar unos criterios referentes a los SNP como síntomas previos a la demencia. Es más, es frecuente que pacientes con SNP durante etapas no demenciales recibieran diagnósticos psiquiátricos y no de un proceso neurodegenerativo.

## Síntomas neuropsiquiátricos como manifestaciones precoces de demencia

Existe evidencia y cada vez más consenso acerca de que los SNP pueden ser manifestaciones precoces de demencia en sujetos cognitivamente asintomáticos o con DCL, como fue puesto de manifiesto por la comunicación original de Taragano et al en 2003<sup>5</sup>. Estudios en población general<sup>6</sup> y en cohortes clínicas apoyan la idea de que los SNP en el DCL aumentan el riesgo de demencia incidente. Se estima un ritmo de progresión anual del 25% en el DCL con SNP<sup>7</sup>, frente a una conversión general anual del 10-15% en pacientes con DCL pero sin SNP<sup>8</sup>. Asimismo, la presencia de SNP en personas mayores cognitivamente normales incrementa también la progresión a demencia, como es señalado por diferentes estudios como el Alzheimer's Disease Cooperative Study<sup>9</sup>, el Alzheimer's Disease Research Center<sup>10</sup>, estudios con datos del DPCR (Danish Psychiatric Central Register) y el DNHR (Danish National Hospital Register)<sup>11</sup>, el Mayo Clinic Study of Aging<sup>12</sup>, el Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study<sup>13</sup> y el estudio del National Alzheimer's Coordinating Center<sup>14,15</sup>. Todo ello debería conllevar que, aun en ausencia de síntomas cognitivos, la aparición de SNP en población anciana obligara a valorar periódicamente la ulterior aparición de una enfermedad neurodegenerativa.

## Desarrollo del concepto de deterioro comportamental leve

La evidencia creciente de la presencia de los SNP en pacientes con DCL e incluso en personas cognitivamente sanas, así como la constatación de un mayor riesgo de demencia en esta población que presenta SNP, han demostrado la necesidad de una mejor categorización de estos síntomas.

La idea de que hay cuadros de SNP que pueden anteceder a la demencia fue señalada por Taragano et al<sup>5,16</sup>, definiendo el concepto de *mild behavioral impairment* (MBI) como un cuadro con alteraciones de conducta de reciente aparición asociado a un DCL. Empleando estos criterios, la conversión a demencia era el doble en pacientes con MBI que con DCL<sup>17</sup>.

Recientemente, la International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART) de la Alzheimer's Association ha planteado la presencia de SNP de inicio en la edad tardía como un estado "de riesgo de deterioro cognitivo y demencia". Se creó un grupo de trabajo internacional que ha consensuado unos criterios diagnósticos para el deterioro comportamental leve (DCoL)<sup>18</sup>, que

pretenden una aplicación más generalizada que los propuestos con anterioridad.

Los criterios ISTAART de DCoL (tabla 1) se organizan en 5 áreas: motivación, afecto, control de impulsos, adecuación social y percepciones/contenido del pensamiento. Estos criterios se basan en la asunción de que la neurodegeneración puede manifestarse en forma de cambios de personalidad, problemas de conducta o síntomas psiquiátricos. Los criterios requieren la presencia de una alteración funcional, aunque sea mínima, atribuible a los SNP y no al declinar cognitivo. La presencia de DCL no se requiere para establecer el diagnóstico de DCoL, pero es posible su coexistencia.

## Medición del deterioro comportamental leve

La exploración de los SNP en demencias se ha realizado habitualmente mediante instrumentos específicamente diseñados para este grupo de trastornos, que valoran los síntomas individualmente o en su conjunto, como es el caso del NPI (Neuropsychiatric Inventory)<sup>19</sup>. Se ha extendido el empleo de instrumentos validados en demencias para explorar los SNP en personas sanas o con DCL<sup>20</sup>, ante la ausencia de escalas específicas de personas sin demencia. Esto supone a nuestro entender un importante error metodológico, ya que estas escalas no capturan adecuadamente los SNP que padecen los sujetos cognitivamente normales o con DCL, que son de distinta naturaleza o más sutiles y, por el contrario, los síntomas que sí exploran (p. ej., agitación, delirios, alucinaciones, etc.) rara vez aparecen o lo hacen con mucha menor intensidad en la población no demenciada.

**Tabla 1**

Criterios ISTAART de deterioro comportamental leve (DCoL)

1. Cambios en la personalidad o en las conductas observadas por el paciente, el informante o el clínico, de inicio tardío (por encima de los 50 años) y que persisten, al menos de forma intermitente, por un período de 6 o más meses. Este cuadro representa un cambio evidente con respecto a la personalidad o conductas habituales de la persona, y se evidencia en al menos uno de los siguientes apartados:
  - a) Disminución de la motivación (p. ej., apatía, pérdida de espontaneidad o indiferencia)
  - b) Disregulación afectiva (p. ej., ansiedad, disforia, labilidad emocional, euforia o irritabilidad)
  - c) Pérdida del control de impulsos (p. ej., agitación, desinhibición, juego patológico, obsesividad, conductas perseverantes o vinculación excesiva a determinados estímulos)
  - d) Inadecuación social (p. ej., ausencia de empatía, pérdida de *insight*, pérdida de habilidades sociales o de tacto, psicorrigidez o exageración de los rasgos previos de personalidad)
  - e) Percepciones anómalas o alteración del contenido del pensamiento (p. ej., alucinaciones o delirios)
2. Las conductas son de la suficiente gravedad como para producir al menos una disfunción mínima en al menos una de las áreas siguientes:
  - a) Relaciones interpersonales
  - b) Otros aspectos del funcionamiento social
  - c) Habilidad para desenvolverse en su puesto de trabajo

El paciente generalmente debe mantener su independencia en el funcionamiento en su vida diaria, con ayuda o asistencia mínima
3. Aunque puedan estar presentes condiciones comórbidas, los cambios en la personalidad o en las conductas no son atribuibles a otro trastorno psiquiátrico actual (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, trastornos maníacos o psicóticos) o a un origen médico, traumático o debido a los efectos fisiológicos de una medicación o sustancia
4. Los pacientes no cumplen criterios de un síndrome demencial (p. ej., EA, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular u otras demencias)  
El DCoL puede ser diagnosticado simultáneamente al DCL

DCL: deterioro cognitivo leve; EA: enfermedad de Alzheimer; ISTAART: International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment

Con el objetivo de resolver esta situación, tras la publicación de los criterios ISTAART de DCoL, un panel de 18 expertos de 4 países y 13 instituciones diferentes, incluido el primer autor de este trabajo, han desarrollado recientemente el cuestionario Mild Behavioral Impairment-Checklist (MBI-C)<sup>21</sup>. En el anexo se presenta la versión española de la escala MBI-C.

Su objetivo es operativizar el concepto de DCoL permitiendo la medición de SNP para que ayude a identificar formas prodrómicas o preclínicas de demencia y la predicción del riesgo de demencia.

La escala consta de 34 ítems repartidos en los 5 dominios delineados por los criterios de DCoL antes citados. Para facilitar la cumplimentación, los ítems son, en primer lugar, dicotómicos y se debe señalar si el síntoma está presente o no lo está. En caso de que el síntoma esté presente, este se puntúa en función de la gravedad (leve, moderado, grave). Los síntomas explorados han debido estar presentes de forma continuada o intermitente durante los 6 meses previos a la evaluación. La escala ha sido diseñada para ser aplicada a un familiar o un informador que conozca bien al paciente.

La versión española de la MBI-C, junto a otra información relevante, puede obtenerse en el sitio web <http://www.mbitest.org/>. En el momento actual se están llevando a cabo los estudios pertinentes para precisar la validez de constructo, la validez de criterio y la fiabilidad test-retest de la MBI-C.

La escala MBI-C se ha desarrollado con la finalidad de mejorar la descripción y medición de los síntomas mentales que se incluyen en el DCoL. La meta de la escala MBI-C es la detección de casos, planteándose su empleo tanto en encuadres clínicos como de investigación, con la finalidad de detectar SNP y monitorizar sus cambios en el tiempo.

Como consecuencia de ello, con la difusión del concepto de DCoL y la herramienta desarrollada para su exploración, se podrá previsiblemente detectar un número superior de casos incidentes o de pacientes en riesgo de desarrollar demencia que con los métodos precedentes, basados solo en los déficits cognitivos. Estos casos podrían recibir tratamiento más precozmente y también participar en futuros estudios de investigación.

## Conclusión

Los SNP son frecuentes en los pacientes con demencia o con DCL y en personas sanas con riesgo de demencia. Estos síntomas pueden confundirse con los trastornos psiquiátricos primarios de la edad avanzada. Distinguirlos es importante, dado que los SNP estarían relacionados con un mayor riesgo de demencia. La adecuada categorización de estos SNP puede permitir detectar a personas con riesgo de demencia en fases tempranas, facilitando los tratamientos precoces. Hasta ahora no existían criterios bien definidos acerca de los SNP en los estadios precoces de los procesos neurodegenerativos que conlleven demencia. La existencia de los criterios ISTAART permitirá a clínicos e investigadores mejorar la detección de casos y categorizarlos convenientemente.

La MBI-C es una escala desarrollada a partir de los nuevos criterios ISTAART de DCoL. Su utilidad potencial es la valoración de los principales SNP que pueden preceder a la demencia y la medición de cambios a lo largo del tiempo o tras intervenciones terapéuticas, así

como la detección precoz de personas sin demencia en riesgo de desarrollar este trastorno en el futuro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Alzheimer A. Über eine eigenartige erkrankung der hirnrinde. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychiatrisch-Gerichtliche Medizin*. 1907;64:146-8.
2. 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.
3. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangalos EG. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997;9 Suppl 1:65-9.
4. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:270-9.
5. Taragano FE, Allegri R. Mild Behavioral Impairment. The Early Diagnosis. Proceedings of the Eleventh Congress of the International Psychogeriatric Association. Chicago, IL; 2003.
6. Peters ME, Rosenberg PB, Steinberg M, Norton MC, Welsh-Bohmer KA, Hayden KM, et al. Neuropsychiatric symptoms as risk factors for progression from CIND to dementia: the Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:1116-24.
7. Rosenberg PB, Mielke MM, Appleby BS, Oh ES, Geda YE, Lyketsos CG. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:685-95.
8. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1133-42.
9. Banks SJ, Raman R, He F, Salmon DP, Ferris S, Aisen P, et al. The Alzheimer's disease cooperative study prevention instrument project: longitudinal outcome of behavioral measures as predictors of cognitive decline. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2014;4:509-16.
10. Donovan NJ, Amariglio RE, Zoller AS, Rudel RK, Gomez-Isla T, Blacker D, et al. Subjective cognitive concerns and neuropsychiatric predictors of progression to the early clinical stages of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22:1642-51.
11. Korner A, Lopez AG, Lauritzen L, Andersen PK, Kessing LV. Acute and transient psychosis in old age and the subsequent risk of dementia: a nationwide register-based study. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9:62-8.
12. Geda YE, Roberts RO, Mielke MM, Knopman DS, Christianson TJ, Pankratz VS, et al. Baseline neuropsychiatric symptoms and the risk of incident mild cognitive impairment: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 2014;171:572-81.
13. Kohler S, Allardyce J, Verhey FR, McKeith IG, Matthews F, Brayne C, et al. Cognitive decline and dementia risk in older adults with psychotic symptoms: a prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:119-28.
14. Leoutsakos JM, Forrester SN, Lyketsos CG, Smith GS. Latent Classes of Neuropsychiatric Symptoms in NACC Controls and Conversion to Mild Cognitive Impairment or Dementia. *J Alzheimers Dis*. 2015;48:483-93.
15. Masters MC, Morris JC, Roe CM. "Noncognitive" symptoms of early Alzheimer disease: a longitudinal analysis. *Neurology*. 2015;84:617-22.
16. Taragano E, Allegri RF, Lyketsos C. Mild behavioral impairment. A prodromal stage of dementia. *Dement Neuropsychol*. 2008;2:256-60.
17. Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, Sarasola DR, Serrano CM, Lon L, et al. Mild behavioral impairment and risk of dementia: a prospective cohort study of 358 patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:584-92.
18. 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. *Alzheimers Dement*. 2016;12:195-202.
19. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14.
20. Geda YE, Schneider LS, Gitlin LN, Miller DS, Smith GS, Bell J, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: past progress and anticipation of the future. *Alzheimers Dement*. 2013;9:602-8.
21. Ismail Z, Agüera-Ortiz L, Brodaty H, Cieslak A, Cummings J, Fischer CE, et al. The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): A Rating Scale for Neuropsychiatric Symptoms in Pre-Dementia Populations. *J Alzheimers Dis*. 2017;56:929-38.

## Anexo

**Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C)**  
**(Cuestionario de Deterioro Comportamental Leve)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Evaluado por:  Clínico  Informador  SujetoÁmbito:  Clínico  Investigación

Etiqueta

Marque "Sí" **solo** si el comportamiento ha estado presente durante al menos **6 meses** (continuamente o a intervalos) y supone un **cambio** en el patrón de comportamiento que exhibió siempre. En caso contrario marque "NO"

Por favor evalúe la gravedad: **1 = Leve** (un cambio perceptible pero no significativo); **2 = Moderado** (un cambio significativo pero no drástico); **3 = Grave** (un cambio marcado, prominente o drástico). Si hay más de un ítem en una pregunta, evalúe la más grave.

	SÍ	NO	GRAVEDAD
<b>Esta área describe el interés, la motivación y el impulso</b>			
¿La persona ha perdido interés en los amigos, la familia o en las actividades caseras?	SÍ	NO	1 2 3
¿Carece de curiosidad en temas que antes le atraían?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho menos espontánea y activa? Por ejemplo, ¿tiene menos a iniciar o mantener una conversación?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha perdido la motivación para realizar sus obligaciones o intereses?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona es menos afectuosa y/o carente de emociones en comparación a como era habitualmente?	SÍ	NO	1 2 3
¿A esta persona ya no le importa nada?	SÍ	NO	1 2 3
<b>Esta área describe los síntomas afectivos y de ansiedad</b>			
¿La persona ha desarrollado tristeza o parece baja de ánimo? ¿Tiene episodios de llanto?	SÍ	NO	1 2 3
¿Es menos capaz de experimentar placer?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha desanimado respecto a su futuro o siente que es un fracaso?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ve a sí misma como una carga para la familia?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho más ansiosa o preocupada por cosas rutinarias (ej. acontecimientos, visitas, etc.)?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se siente muy tensa, ha desarrollado incapacidad para relajarse, está inquieta o tiene síntomas de angustia?	SÍ	NO	1 2 3
<b>Esta área describe la capacidad de demorar la gratificación y controlar el comportamiento, los impulsos, la ingesta oral y/o cambios en la recompensa</b>			
¿La persona se agita, se ha hecho agresiva, irritable o temperamental?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho irrazonablemente o atípicamente discutiadora?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho más impulsiva y parece que actúa sin tomar en consideración las cosas?	SÍ	NO	1 2 3
¿Muestra un comportamiento sexualmente desinhibido o invasivo, como tocar (a sí mismo o a otros), abrazar, tentar, etc. de una manera que no le es característica o que puede ofender?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho más fácilmente frustrada o impaciente? ¿Tiene problemas para sobrellevar los retrasos, esperar sucesos o que le llegue su turno?	SÍ	NO	1 2 3
¿Muestra ahora imprudencia o falta de juicio al conducir (ej. dar acelerones, virajes erráticos, cambios de carril bruscos, etc.)?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona se ha hecho más tozuda o rígida, ej. insiste inusualmente en llevar razón o es incapaz de ver/escuchar los puntos de vista de los demás?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha habido un cambio en su comportamiento alimentario (ej. comer en exceso, con la boca demasiado llena, insistir en comer solo determinadas comidas, o comer la comida exactamente en el mismo orden)	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha dejado de encontrar sabrosa la comida o de disfrutar de ella? ¿Está comiendo menos?	SÍ	NO	1 2 3
¿Acumula objetos como no lo hacía antes?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha desarrollado comportamientos repetitivos simples o compulsiones?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha desarrollado recientemente dificultades para controlar el consumo de tabaco, de alcohol, de fármacos o drogas, problemas con el juego o ha empezado a robar en tiendas?	SÍ	NO	1 2 3
<b>Esta área describe la capacidad de seguir las normas sociales, tener tacto y empatía</b>			
¿La persona se preocupa menos de cómo sus palabras o acciones afectan a los demás? ¿Se ha hecho insensible a los sentimientos de los demás?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha empezado a hablar abiertamente de asuntos muy personales o privados que habitualmente no se discuten en público?	SÍ	NO	1 2 3
¿Dice cosas maleducadas o vulgares o hace comentarios sexuales obscenos que nunca hubiera dicho antes?	SÍ	NO	1 2 3
¿La persona parece falta del juicio social que antes tenía acerca de qué decir o cómo comportarse en público o en privado?	SÍ	NO	1 2 3
¿Habla ahora con extraños como si fueran conocidos o invade sus actividades?	SÍ	NO	1 2 3
<b>Esta área describe creencias mantenidas con firmeza y experiencias sensoriales</b>			
¿La persona ha desarrollado creencias de que está en peligro o que otros están planeando hacerle daño o robar sus pertenencias?	SÍ	NO	1 2 3
¿Ha desarrollado suspicacia respecto a las intenciones o motivaciones de otra gente?	SÍ	NO	1 2 3
¿Tiene creencias no realistas acerca de su poder, riqueza o capacidades?	SÍ	NO	1 2 3
¿Refiere escuchar voces o habla a personas imaginarias o "espíritus"?	SÍ	NO	1 2 3
¿Refiere, se queja o se comporta como si viera cosas (ej. gente, animales o insectos) que no están presentes, es decir, que son imaginarios para los demás?	SÍ	NO	1 2 3