

PARTE II:

Alteraciones del Comportamiento

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

3



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Reconocer las causas más comunes de alteraciones del comportamiento en el adulto mayor.
- 2.** Identificar algunos de los elementos para el diagnóstico diferencial.
- 3.** Aplicar las medidas iniciales farmacológicas y no farmacológicas para el abordaje del adulto mayor con alteraciones del comportamiento.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES, EN SU INMENSA MAYORÍA, CORRESPONDEN A PACIENTES CON DEMENCIAS EN ESTADIOS MODERADOS O MODERADOS-SEVEROS, Y SON UNA CAUSA IMPORTANTE DE AGOBIO FAMILIAR, Y EN PARTICULAR, DEL CUIDADOR PRIMARIO.

Los *ataques físicos o verbales al cuidador* pueden conducir a un abuso recíproco y pueden llegar a constituir la principal razón para la institucionalización. Las alteraciones del comportamiento afectan más a los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados que a aquellos que permanecen en la comunidad. Los pacientes con *demencia* suelen desarrollar alteraciones del comportamiento en algún momento de la evolución del padecimiento.

LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO PUEDEN SER AGRESIVAS O NO AGRESIVAS.

Golpear, patear y empujar, pueden ser manifestaciones de *agresión*. La deambulación incesante; el vestido inapropiado; el movimiento persistente, repetitivo y sin propósito alguno; la manipulación de objetos; la inquietud y la actitud afectada son alteraciones del comportamiento *sin agresión*. Las alteraciones del comportamiento relativas a verbalización o gritos suelen ser muy perturbadoras para el cuidador. Pueden manifestarse como una constante demanda de atención, repetición constante de frases y preguntas, gritos, señalamientos sarcásticos, quejas constantes y maldiciones.

ESTOS TRASTORNOS TIENEN UNA BASE FISIOPATOLÓGICA NO BIEN DEFINIDA, DONDE EL DÉFICIT DE ACETILCOLINA Y 5HT, DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD GABAÉRGICA, ASÍ COMO UN INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD DOPAMINÉRGICA Y NORADRENÉRGICA, SE POSTULAN COMO LOS PRINCIPALES MECANISMOS IMPLICADOS.

De ello puede derivarse una utilización más racional de los recursos farmacológicos.

Reducción del tono DA o NA (NLP: neurolépticos).

Incremento 5HT (agonistas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:ISRS).

Incremento GABAérgico (Ac. valproico, BZD).

Anticolinesterásicos.

ESTOS PACIENTES SON ESPECIALMENTE SENSIBLES A CAMBIOS DE SU MEDIO INTERNO Y EXTERNO.

Posibles desencadenantes del medio interno incluyen: infecciones, alteraciones metabólicas y fármacos. Del medio externo incluyen: cambios de cuidador, de residencia, sobre o infraestimulación. Por lo tanto, es imprescindible identificar estos posibles desencadenantes.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento como síndromes clínicos, no ofrece grandes dificultades diagnósticas. Sin embargo, la búsqueda de la causa etiológica y del factor desencadenante puede ser laboriosa. Es sin embargo imprescindible para un programa de intervención adecuada, tener un diagnóstico del problema.

SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO ALTERADO COMUNES EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS:

Depresión	Agitación, hipocondriasis, quejas continuas.
Ansiedad	Comportamiento agitado, deambulación, preguntas repetitivas.
Desórdenes psicóticos	Susplicacia, delirios (falsas creencias).
Desórdenes de la personalidad	Exacerbación de los síntomas a causa de la desinhibición.

La frecuencia con la que los trastornos del comportamiento se deben a un **estado confusional agudo** es alta; de ahí que la búsqueda de una **causa orgánica** sea en extremo importante, pues solo corrigiendo la misma puede revertirse el cuadro. En un contexto agudo, *aún cuando las alteraciones del comportamiento ocurran en un paciente previamente demenciado*, es necesario descartar una causa orgánica (ver la Guía 6).

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- IDENTIFICAR

- Tipo de trastorno.
- Severidad (repercusión en el paciente, entorno).
- Desencadenantes y frecuencia.
- Respuesta a posibles intervenciones.
- Plantearse un objetivo terapéutico y monitorizar respuesta.

3.2.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

ALUCINACIONES Y DELIRIOS:

Responden muy bien a neurolepticos, siendo éste el tratamiento de elección.

En el manejo agudo, el tratamiento de elección es haloperidol.

En el manejo a más largo plazo: risperidona , olanzapina.

TRASTORNOS DE CONDUCTA:

Los trastornos de conducta responden en menor medida al tratamiento farmacológico, reservando éste para aquellas situaciones en las que el cuadro es muy disruptivo tanto para el paciente como para la familia. En estos casos es importante hacer la referencia a un nivel superior.

La Terapéutica Farmacológica

En general, es indispensable monitorizar el efecto del fármaco, no mantener el tratamiento indefinidamente y modificarlo según respuesta. Duración: 2-3 meses en casos leves, 6 meses en casos graves (pacientes con demencia).

Evitar la politerapia. En caso de no obtener respuesta, cambiar de grupo es preferible a combinar.

Fármacos a utilizar:

- Neurolépticos, con la misma pauta anterior. Evitar los de efecto anticolinérgico.
- ISRS, no sólo como antidepresivos.
- Trazodone, por su efecto sedante. Especialmente indicado en el manejo del trastorno del sueño de pacientes con demencias y en los fenómenos de sundowning¹.
- Benzodiazepinas de vida media corta o intermedia (Ej., Lorazepam).
- Anticonvulsiantes (valproato mejor que carbamazepina), sobretudo en agitación pseudomaníaca (euforia, hiperactividad).

Cuando la **irritabilidad** es un síntoma predominante, las benzodiazepinas de acción corta o intermedia pueden ser ensayadas. Los fármacos con acción serotoninérgica como la buspirona, pueden ser particularmente útiles. Si se sospecha **depresión** (aún si la presentación es atípica), como causa de la alteración del comportamiento (quejas constantes, agitación, llanto, apatía o pérdida de interés), el uso de un antidepresivo es necesario. Los medicamentos serotoninérgicos suelen ser útiles, en particular aquellos con efecto sedante como (paroxetina ó trazodone).

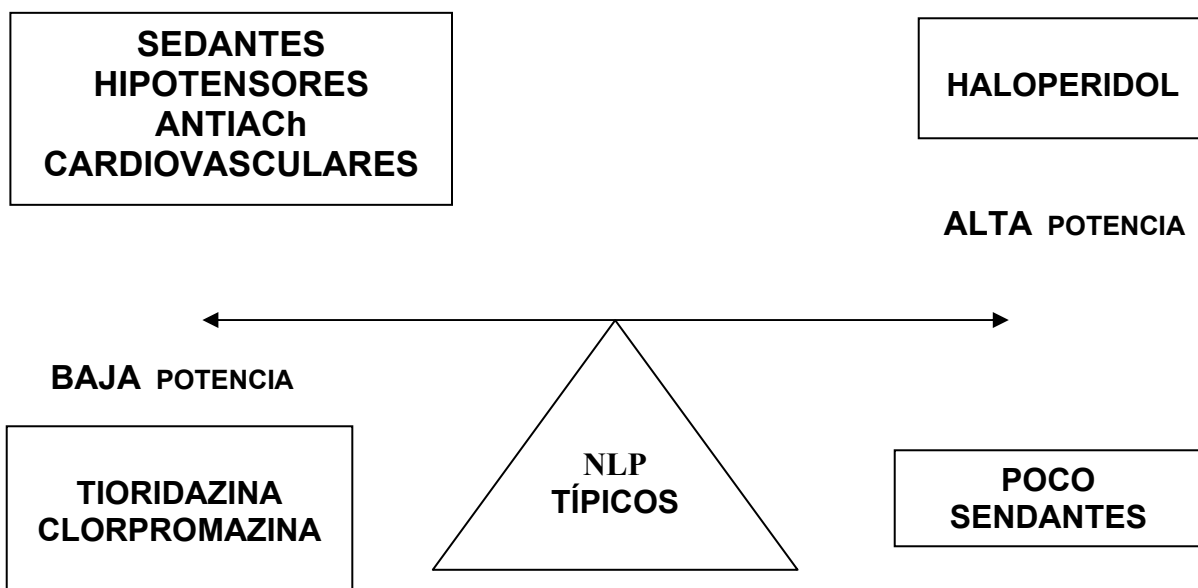
Los medicamentos **antipsicóticos**, deben prescribirse únicamente, cuando la **agitación es suficientemente grave** como para poner en riesgo al paciente mismo o a su entorno, o bien, en presencia de **alucinaciones o delirios asociados**. Al seleccionar un fármaco de éste tipo, tome en consideración no sólo el efecto terapéutico perseguido, sino también los posibles efectos colaterales, los más frecuentes son: **sedación excesiva, alteraciones del movimiento e hipotensión postural**. Las dosis bajas de tioridazina (10 o 25 mg) pueden ser suficientes para mejorar el sueño y controlar la agitación. Los nuevos antipsicóticos como la risperidona o la olanzapina pueden producir menos efectos secundarios, en particular esta última.

¹ “sundowning” es un trastorno conductual asociado a aumento en agitación y confusión que ocurre en horas de la noche.

Tratamiento del comportamiento agitado en personas con demencia²

	Dosis inicial	Dosis media	Dosis máxima
HALOPERIDOL RISPERIDONA OLANZAPINA QUETIAPINA	0,5 – 1,0 (5-10gt) 0,5 2,5 – 5 25 - 50	1,5 – 2,0 0,5 – 1,5 5,0 – 7 75 - 100	5 – 7 mg/d 2 – 4 mg/d 7 – 15 mg/d 100-150 mg/d
TRAZODONE SERTRALINE BUSPIRONA	25 – 50 25 – 50 10	50 – 100 50 – 75 15	250 – 300 mg/d 75 – 100 mg/d 45 mg/d
CARBAMAZEPINA VALPROATO GABAPENTINA	100 – 200 100 - 300	300 15 – 20 mg/Kg/d	400 – 600 mg/d 300 mg tid (3v/d)
LORAZEPAM	0,5 – 1,5	1,5 – 2,5	3 – 5 mg/d

NLP Típicos y Sus Efectos Secundarios Más Frecuentes



² The Expert Consensus Guidelline Series. Treatment of Agitation in Older Persons with Dementia. www.psychguides.com
Alteraciones del comportamiento

TERAPÉUTICA NO FARMACOLÓGICA

Desarme psicológicamente al paciente amenazante, a través de la verbalización de la causa de la ansiedad. El cuidador deberá ser animado a dirigirse al paciente diciéndole: "Señor Pedro se le vé muy enojado, soy Rosa su enfermera y quiero ayudarle". Cuando las interacciones se mantienen en el nivel verbal y se toman en serio, la tensión suele disminuir a corto plazo.

- *Atraiga la atención del adulto mayor perturbado.* En momentos de estrés, el adulto mayor (quizás confundido en razón de alguna afección orgánica), no puede distinguir entre una variedad de estímulos que percibe a partir de su entorno. Sólo una persona a la vez (de las que viven con él o se hacen cargo del paciente), debe hablarle , funcionando como la única fuente de comunicación y estímulo. Repitiendo frecuentemente el nombre del paciente, el comportamiento suele ser mejor controlado.
- *Dé instrucciones precisas, aún para las acciones más simples.* El adulto mayor agitado tiene dificultad para la toma de decisiones y para adoptar un comportamiento adaptativo. Por lo tanto, el clínico deberá dirigirse al paciente diciendo, por ejemplo: "Señor Pedro, suelte mi brazo, ahora siéntese en la silla, muy bien, ahora vamos a hablar."
- *Comuníquese de manera clara y concisa.* Las afirmaciones cortas y simples permiten al adulto mayor, que sufre de dificultad para recibir y organizar la información, procesar los estímulos verbales y devolver una respuesta apropiada.
- *Evite discutir o justificarse.* Cuando un adulto mayor suspicaz, cree haber asustado o irritado a su cuidador, aumenta su ansiedad y adopta un comportamiento defensivo.
- *Evite un lenguaje corporal amenazante.* En situaciones muy tensas el cuidador se ve tentado a cerrar los puños o cruzar los brazos sobre el pecho al tiempo que realiza movimientos bruscos y rápidos. Por el contrario, el cuidador debe moverse con lentitud y *servir como modelo del comportamiento* que se pretende que el paciente adopte.
- *Respete el espacio personal del paciente.* No debe de acercarse mucho al adulto mayor agresivo. Guarde su distancia, de ser posible, hasta que el paciente se haya calmado.
- Lleve a cabo con el paciente una rutina diaria de actividad física para minimizar la deambulación incesante y el vagabundeo.

- Señale las salidas del edificio o domicilio con señales claras de “alto”, para desalentar las tentativas de fuga. A la par, haga disponible un espacio para la deambulación donde pueda ser supervisado y sea seguro.
- Proponga actividades grupales de canto o grupos de reminiscencia para disminuir las conductas repetitivas.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Las dificultades para llegar a el diagnóstico etiológico o para identificar la causa desencadenante, así como el cuadro clínico agudo en sí, pueden requerir referencia al segundo nivel de atención (especialista).

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Es necesario *buscar sistemáticamente* la causa de los trastornos del comportamiento y en particular de la agitación psicomotriz.
- El abordaje terapéutico inicial, usualmente debe hacerse con medidas no farmacológicas.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of Alzheimer's disease and other dementias of later life. American J Psychiatry. 1997; 154 (5suppl):1-39.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), 1994, published by the American Psychiatric Association: Washington, DC.

Abrams, William B.; Mark H. Beers; and R. Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition. Published by Merck Research Laboratories. 1995.

Class C, Schneider L, Farlow M. Optimal Management of Behavioral Disorders Associated with Dementia. Drugs & Aging 1997; 10 (2): 95-106.

Lindenmayer, JP. The pathophysiology of Agitation. J Clin Psychiatry 2000; 61 (14): 5-10.

Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001, 56: 1154-1166.

Schneider LS, Sobin PS, Non neuroleptic treatment of behavioral symptoms and agitation in Alzheimer's disease and other dementia. *Psychopharmacol Bull.* 1992, 28(1): 71-79.

Smail G, Rabins P, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA*, 1997; 278: 1363-71.

The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Agitation in Older Persons with Dementia. *Postgraduate Medicine*; McGraw-Hill, 1998. www.psychguides.com.