

*SERVICIOS DE*  
**salud mental**

aspectos  
psiquiátricos  
DELASDEMENCIAS



acepta  
comprende  
atiende

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Julio Frenk Mora  
SECRETARÍODESALUD

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
SUBSECRETARÍODEINNOVACIÓN Y CALIDAD

Dr. Roberto Tapia Conyer  
SUBSECRETARÍODEPREVENCIÓN Y PROTECCIÓNDELSALUD

Dr. Roberto Castañón Romo  
SUBSECRETARÍODERELACIONESINSTITUCIONALES

Lic. María Eugenia de León-May  
SUBSECRETARÍADEADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dr. Guido Belsasso  
COMISIONADODELCONSEJONACIONALCONTRALASADICCIONES

Dr. Misael Uribe Esquivel  
COORDINADORGENERALDELOSINSTITUTOSNACIONALESDESALUD

Dr. Eduardo González Pier  
COORDINADORGENERALDEPLANEACIÓNESTRATÉGICA

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo  
DIRECTORGENERALDECOMUNICACIÓNSOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Dr. Salvador González Gutiérrez  
DIRECTORGENERAL

Dra. Martha Díaz Santos

PROGRAMA ESPECÍFICODE DEMENCIAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

VOCALEJECUTIVO: Dr. David Resnikoff

VOCALEJECUTIVOADJUNTO: Dr. Luis Miguel Gutiérrez

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Periférico Sur N° 2905, Col. San Jerónimo Lídice

Delegación Magdalena Contreras. C.P. 10200 México, D.F.

sersame@salud.gob.mx

[www.salud.gob.mx/unidades/conadic](http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic)

Agradecemos la oportunidad de reproducir imágenes de las publicaciones de la Federación Mexicana de Alzheimer.

# aspectos psiquiátricos DE LAS DEMENCIAS

## CONTENIDO

Introducción	1
1. La enfermedad de Alzheimer	2
1.1 Alteraciones en la personalidad	3
1.2 Delirios	3
1.3 Alucinaciones	4
1.4 Disofia y depresión	4
1.5 Euforia, elación, ansiedad y enojo	5
1.6 Conductas agitadas	5
2.6 Examen clínico	5
2. Demencias fronto-temporales (DFT)	5
3. Demencias por cuerpos de Lewy (DCL)	6
4. Demencias vasculares (DVA)	7
Conclusiones	7
Bibliografía	8

# aspectos psiquiátricos DE LAS DEMENCIAS

Dr. David Resnikoff F.

## INTRODUCCIÓN

Esta publicación desglosa los aspectos comunes de los padecimientos demenciales más frecuentes, entre ellos: las demencias fronto-temporales, por cuerpos de Lewy, las vasculares y la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Se ha puesto especial énfasis en los aspectos psiquiátricos de este tipo de patologías, mismos que en ciertos casos no sólo conducen a un diagnóstico diferencial, sino que en ocasiones pueden anteceder a los trastornos de memoria.

Los problemas no cognoscitivos que aparecen en los cuadros demenciales se presentan en 6 formas diferentes:

- A. Cambios en la personalidad.** La personalidad consiste en las tendencias adaptativas, temperamento y rasgos de carácter que son importantes para las relaciones interpersonales y sociales.
- B. Delirios.** Los delirios son ideas fijas y falsas, de naturaleza mórbida, que no son modificables con el entendimiento y la razón y que se mantienen firmemente aun con evidencia de su falsedad.
- C. Alucinaciones.** Estas experiencias son fenómenos perceptuales en cualquier modalidad sensitiva que el sujeto experimenta, sin que exista un estímulo apropiado y con el mismo impacto de una percepción real.
- D. Alteraciones del ánimo.** El ánimo constituye el conjunto de experiencias internas y subjetivas del mundo emotivo de cada individuo, las cuales se acompañan de un predeterminado comportamiento particular. Incluyen alteraciones de tipo ansioso y depresivo como las formas más frecuentes.
- E. Alteraciones neurovegetativas.** Entre las funciones neurovegetativas, el sueño, el apetito y la sexualidad, son las funciones que frecuentemente se alteran en los síndromes demenciales.
- F. Comportamientos con agitación.** La conducta agitada, incluye la porción psicomotora, los comportamientos repetitivos, la deambulación sin un propósito u objetivo claro, la tendencia a salir de un lugar cerrado sin una causa explicable y la tendencia a escaparse, entre otras.

No se ha previsto abordar en esta publicación el tratamiento de estas alteraciones.

**TABLA 1**  
**Cambios conductuales**  
**y psiquiátricos observados**  
**en las demencias**

**Cambios en la Personalidad**

- Apatía
- Desinhibición
- Falta de contacto con su mundo de relación

**Delirios**

- Robo (alguien le está robando cosas)
- Persecución o peligro (Alguien quiere hacerme daño, estoy en peligro)
- Infidelidad (Celos mórbidos de sexualidad de la pareja con un extraño)
- Mi casa no es mi casa
- Abandono (me han abandonado o lo harán)
- Síndrome de Capgras (Mi pareja o cuidador ha sido suplantado por un impostor)
- Síndrome de Clerambault (Alguien famoso está enamorado de mí)
- Parasitosis (estoy infestado por algún ser microscópico)
- Residente Fantasma (Alguien más vive en esta casa)
- Signo del espejo (El reflejo es un ser real)

**Alucinaciones**

- Visuales
- Auditivas
- Gustativas
- Olfatoria
- Somáticas

**Trastornos del afecto**

- Depresión
- Hipomanía o manía
- Ansiedad
- Enojo
- Reacciones catastróficas
- Irritabilidad
- Inestabilidad afectiva
- Afecto inapropiado

**Trastornos neurovegetativos**

- Trastornos del sueño
- Trastornos en el apetito
- Trastornos en la sexualidad

**Conductas agitadas**

- Agitación o retardo psicomotor
- Deambulación sin propósito
- Conductas estereotípicas y/o repetitivas
- Agitación
- Violencia

En este contexto, la Tabla 1 presenta las conductas psiquiátricas y conductuales más frecuentes en los síndromes demenciales.

Las conductas agitadas se han clasificado de diversas maneras, una forma sencilla es la descrita por Mansfield y sus colaboradores (Tabla 2)

## 1. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA).

En la EA los síntomas conductuales y psiquiátricos son, sin duda alguna, componentes fundamentales de la presentación clínica, apareciendo alguno de ellos hasta en un 90% de todos los pacientes (Tariot *et al*, 1995).

Estos síntomas no sólo causan dificultades y tensión para la familia del enfermo (Rabins *et al*, 1982), sino contribuyen a la decisión de institucionalizar al paciente en muchos países (O'Donnell *et al*, 1992), e inclusive influyen en el curso y pronóstico del cuadro (Mortimer *et al*, 1992).

**TABLA 2**  
Subtipos de agitación

**Comportamiento físico no agresivo**

- Inquietud general
- Manierismo repetitivo
- Apego
- Tratar de llegar a otro lugar
- Manejo inapropiado de las cosas
- Vestir o desvestir inadecuado

**Comportamiento físico agresivo**

- Golpear
- Empujar
- Arañar y morder
- Arrebatarse objetos

**Comportamiento verbal no agresivo**

- Pesimismo
- No le gusta nada
- Demanda constante de atención
- Ordenes verbales
- Quejarse o compadecerse
- Interrupciones irrelevantes
- Oraciones repetitivas

**Comportamiento verbal agresivo**

- Gritar
- Maldecir
- Desabruptos de temperamento
- Hacer ruidos extraños

Modificado por Mansfield.

## 1.1 Alteraciones en la personalidad

Las alteraciones de personalidad inicialmente son poco perceptibles, sin embargo, son los síntomas conductuales más tempranos, y pueden preceder a las alteraciones de memoria (Patterson *et al*, 1990).

Diversos estudios observaron que los pacientes con EA inicialmente tendían a ser más indiferentes a su medio y a manifestar comportamiento social inapropiado (desinhibición) (Perry *et al*, 1989) (Rabins *et al*, 1987).

Usando un instrumento de detección de psicopatología el Neuropsychiatric Inventory (NPI), Mega y colaboradores (1996), encontraron en servicios de consulta externa que el síntoma psiquiátrico manifestado más frecuente en pacientes con EA fue apatía en un 72%, irritabilidad 42% y desinhibición 36%.

Es común en la práctica clínica cotidiana con este tipo de pacientes que los familiares expresen que el enfermo ya no es como era antes, que ha cambiado, que su comportamiento y su esencia es otra.

## 1.2 Delirios

Existen muchos estudios de prevalencia, en los cuales se ha establecido que las manifestaciones delirantes son muy frecuentes en la EA. En una recopilación de 24 estudios realizada por Molchen (1995), la prevalencia de delirios variaba entre 11% y 73%. Estudios anteriores encontraron un término medio de aproximadamente 50% (Wrass y Jeste, 1989).

Los delirios aparentemente son más comunes en las etapas intermedias de la enfermedad, sin embargo, si consideramos las grandes dificultades que los pacientes tienen para comunicarse con su mundo en etapas posteriores, es imposible establecer si éstos persisten por largo tiempo.

Comparando la fenomenología, los delirios en la EA son menos sistematizados y bizarros como sucede en otros procesos psicóticos, como puede ser la esquizofrenia. Los temas delirantes incluyen temores a que les roben pertenencias, que el cónyuge es infiel, algunos con ideas de daño y perjuicio personal, así como ideas persistentes e ilógicas de que el paciente será abandonado (Burns *et al*, 1990).

Aunque los delirios con interpretaciones erróneas también son comunes, Burns (1992) describe la existencia de 4 tipos en esta categoría:

- Identidad errónea de otras personas (Síndrome de Capgras), constituye el 12% de todos los tipos diferentes de delirios.
- Creencia de que gente extraña vive en casa (Huéspedes Fantasma), participan con un 17%.
- Los eventos en la televisión son interpretados como parte de la realidad física y ambiental del paciente 6%.
- El reflejo de uno mismo en el espejo corresponde a otra persona, en un 4%.

Este tipo de experiencias son más comunes en la EA que en otros tipos de enfermedad demencial con excepción de la demencia asociada a cuerpos de Lewy (DCL).

La posible explicación fisiopatológica consiste en la disfunción fronto-temporo-parietal (Cummings, 1985), existiendo una mayor presencia en cortes cerebrales de placas seniles y marañas neurofibrilares en la corteza frontal, cuando existe esta fenomenología (Zubenko *et al*, 1991).

Cuando existen experiencias delirantes, hay evidencia que el pronóstico es peor que en aquellos pacientes con EA que no los tienen. Agitación, agresividad y violencia son más comunes en pacientes que experimentan fenómenos delirantes (Flynn *et al*, 1991) así como un deterioro más acelerado (Rosen y Zubenko, 1991).

### 1.3 Alucinaciones

Este tipo de experiencias ocurren en aproximadamente un 20% de los casos con EA, y ocasionalmente son el síntoma inicial del proceso patológico (Cristal *et al*, 1980).

Sin lugar a dudas, los fenómenos alucinatorios en la modalidad visual son los más frecuentes (Wragg y Jeste, 1989) y ocurren concomitantemente con las experiencias delirantes.

Los pacientes que experimentan este tipo de fenómenos, exhiben más síntomas conductuales, lo que sin duda afecta el manejo cotidiano. Se ha establecido, que cuando existen alucinaciones, éstas predicen una declinación cognoscitiva más rápida (Burns *et al*, 1990).

### 1.4 Disforia y Depresión

Los síntomas depresivos son extremadamente comunes en la EA. Se calcula que hasta un 50% de los afectados los presentan (Burns *et al*, 1990). Si se considera ya un cuadro clínico de enfermedad depresiva, la prevalencia es de 10% a 30% (Teri *et al*, 1991). Cuando un cuadro depresivo en la edad avanzada, precede la aparición de deterioro cognoscitivo, entre un 40% y un 91% desarrollan posteriormente un cuadro demencial tipo Alzheimer, entre 4 y 8 años después (Kral y Emery, 1989). No obstante, este punto –todavía controvertido– tiene cada día más peso, por ello, cualquier paciente con un episodio inicial de depresión en la edad adulta mayor, debe mantenerse observado.

La disforia, como un síntoma del complejo depresivo, es un indicador más consistente de enfermedad depresiva en un cuadro existente de EA (Teri *et al*, 1991).

Los cambios neuropatológicos y neuroquímicos contribuyen a aumentar los síntomas depresivos, prueba de ello, es el aumento del volumen ventricular (Dolan *et al*, 1985), la pérdida neuronal en el *Locus Ceruleus* y *Sustancia Nigra* (Zubenko *et al*, 1991), así como el aumento en la actividad de la Monoaminoxidasa (MAO) en forma generalizada (Alexopolous *et al*, 1984).

### 1.5 Euforia, Elación, Ansiedad y Enojo

La sensación conjunta de elación y euforia en estos pacientes no llega a constituir una verdadera manía. Es relativamente común en la EA de un 3% a 17% (Wragg y Jeste, 1989). Su frecuencia disminuye con el avance de la enfermedad.

Un 50% de los pacientes experimentan ansiedad, aún en etapas tardías (Maga *et al*, 1996). Para algunos autores la ansiedad y la agitación son términos intercambiables en la EA (Bolger *et al*, 1994).

Sin duda, la ansiedad se asocia a la anticipación de eventos, a la inseguridad de sentirse o estar sólo, así como a la presencia de delirios paranoides.

El enojo es muy común y una tercera parte de los pacientes experimentan en algún momento esta sensación (Reisberg *et al*, 1987).

### 1.6 Conductas Agitadas

La prevalencia en la EA varía entre el 20% y 60% (Méndez *et al*, 1990), dependiendo de las clasificaciones de agitación.

Si consideramos únicamente como signo de agitación la deambulación persistente sin propósito, probablemente relacionada con disfunción visuo-espacial, el porcentaje se ha calculado entre 10% y 61% (Teri *et al*, 1988). En el paciente, se ha asociado a la búsqueda de una meta inapropiada, a la alteración de la memoria y a la desorientación en los espacios (Henderson *et al*, 1989).

Esta alteración conductual es extremadamente demandante para la familia que lo cuida o para otros cuidadores y se asocia con aumento de mortalidad y caídas. (Walsh *et al*, 1990).

Cohen-Mansfield y Billings (1986) definen la agitación como un acto inapropiado, verbal, vocal y motor que no tiene su origen en la confusión.

La agitación tiene un pico de aparición en las etapas moderadas a inicialmente severas (Reisberg *et al*, 1989), y se correlaciona con alteraciones perceptuales, ansiedad, desinhibición, así como la presencia de síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones (Mega *et al*, 1996).

La disminución de las actividades de la vida diaria, se han correlacionado con la presencia de agitación, con su porción de agresividad, especialmente cuando el paciente ya no es capaz de vestirse o bañarse sólo (Mega *et al*, 1996).

La presencia de enfermedad física concomitante, dolor, baja calidad en el cuidado del paciente, precipitan la agitación y agresividad en este tipo de pacientes.

Una forma particular de agitación se presenta en las reacciones catastróficas, que consisten en respuestas motoras y verbales excesivas y abruptas, relacionadas con fallas en ciertas actividades propositivas. Cuando se le demanda al paciente realizarlas y éste ya no es capaz de hacerlas, pueden tener un componente de violencia.

## 2. DEMENCIAS FRONTO-TEMPORALES (DFT).

Los aspectos prominentes de las Demencias Fronto-Temporales (DFT) son los trastornos conductuales, caracterizados por una profunda alteración de la personalidad y la conducta social. Los pacientes pueden presentar desinhibición, hiperactividad o apatía y una dramática alteración de la conducta afectiva. Puede manifestarse con risa incoherente, lenguaje con rimas constantes, canto y baile inapropiados y, en ocasiones, conductas estereotípicas repetitivas.



- Generalmente el comportamiento se torna impulsivo perdiendo la gracia y el tacto social, con tendencia a conductas sexuales absolutamente inapropiadas. Algunos otros pacientes con DFT mantienen conductas totalmente opuestas: apatía extrema, pérdida de la iniciativa y una franca disminución de respuesta a los estímulos de su entorno. Los pacientes que inicialmente muestran desinhibición se vuelven apáticos e inactivos cuando la enfermedad progresa.
- Los pacientes con estas patologías presentan hiperoralidad, manifestando hábitos alimenticios bizarros y exploración oral de objetos no comestibles. En términos prácticos, los pacientes con estas patologías pueden exhibir total o parcialmente el síndrome de Kluver-Bucy (Hiperoralidad, hipersexualidad, agnosia, disminución de la respuesta emocional e hipermetamorfosis).
- Desde el punto de vista afectivo, los pacientes pueden, por momentos, experimentar euforia, ansiedad, depresión e ideación suicida, así como tendencia a un mal aliño y descuido personal.

Neary (1995) apunta que en las DFT's existen variaciones en la patología cerebral que explican las diversas perturbaciones. Por ello, los pacientes hiperactivos y desinhibidos, presentan una disfunción orbitomedial de los lóbulos frontales y los enfermos con signos de apatía presentan atrofia severa de la porción dorsolateral frontal con involucración de estructuras subcorticales. Las manifestaciones estereotípicas tienen involucración de los cuerpos estriados y los lóbulos temporales.

Con la progresión de la enfermedad, todas estas estructuras se van afectando, ya sea por atrofia o desafrentación neuronal.

En estudios comparativos de la conducta entre la EA y las DFT's, fue altamente significativo que los síntomas descritos para las DFT's son mucho más prevalentes (Levy *et al*, 1996), estipulándose que con base en la observación conductual, es posible realizar el diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

### 3. DEMENCIAS POR CUERPOS DE LEWY (DCL)

Los síntomas conductuales y psicológicos que caracterizan a las Demencias por Cuerpos de Lewy, se manifiestan por la aparición predominante de alucinaciones visuales, delirios y depresión. Inclusive estos signos forman parte de los criterios diagnósticos estipulados recientemente para estas enfermedades, elaborados por Mc Keith (1996).

Las alucinaciones visuales constituyen el punto clínico más importante en esta entidad. Las experiencias alucinatorias son típicamente recurrentes, bien formadas y con amplio detalle (ej: niños jugando junto a la cama). No obstante sus características específicas, éstas tienden a intercalarse con síndromes de interpretaciones erróneas de su entorno y con agnosias visuales (Ballard *et al*, 1996).

En el paciente, estas experiencias pueden producir miedo, risa o indiferencia. En el diagnóstico diferencial, la presencia de estas alteraciones perceptuales discriminan ampliamente entre esta entidad, la EA y las demencias vasculares. (Ballard *et al*, 1996).

- Los fenómenos delirantes, también son frecuentes, y generalmente están asociados con las percepciones visuales anómalas, y a diferencia de otras entidades demenciales, están bien integradas.
- Los otros eventos significativamente particulares de estas enfermedades, se refieren a la presencia de cuadros clínicos completos compatibles con depresión, que de acuerdo con Klatka y colaboradores (1996), llegan a tener una prevalencia de un 50%, comparativamente mayor al 13.8% en la EA.



## 4. DEMENCIAS VASCULARES (DVa).

En el grupo de padecimientos demenciales de origen vascular, destacan los siguientes síntomas psiquiátricos:

- a) **Cambios de personalidad.** En los pacientes con DV, respecto a la variedad de demencia por Infartos Múltiple (DIM), Dolan y colaboradores (1990) encontraron que al practicar pruebas de personalidad, 12 de 18 parámetros del estudio estaban alteradas en estos enfermos. Predominaba la apatía, falta de energía, insensatez e inseguridad. En contraste con quienes presentan EA, los pacientes con DVa preferían la compañía de otros, mientras los enfermos con Alzheimer no siempre la requerían.
- b) **Eventos psicóticos.** En los padecimientos demenciales vasculares, la prevalencia de delirios aparece de 40% a 50% de los casos. La temática delirante es muy similar a la que se encuentra en casos de EA. (Cummings *et al*, 1987), sin embargo, la frecuencia de fenómenos alucinatorios es probablemente mayor debido al daño vascular en zonas límbicas subcorticales (Davison y Bagley, 1969).
- c) **Trastornos afectivos.** En la DVa la enfermedad depresiva es muy común, 60% de los pacientes con MID comparados con 17% de pacientes con EA y 45% en DVa en general contra los mismos 17% en EA, de acuerdo con Ballard y colaboradores (1996).

La vulnerabilidad física de tener una enfermedad vascular generalizada, con un importante componente cerebral, probablemente explica la discrepancia entre DVa y EA.

Cuando el componente demencial vascular se tipifica como Enfermedad de Binswagner, la depresión es aún más prevalente (Janota, 1981).

En este tipo de patología, existe una correlación amplia entre el daño en la materia blanca y la severidad neuropsiquiátrica, así como en la localización anatómica del daño. Los infartos cerebrales frontales y en el hemisferio derecho producen más síntomas afectivos (Robinson y Chait, 1985)

### CONCLUSIONES

Está plenamente demostrado que los trastornos demenciales afectan la cognición. Por ello, esta revisión aborda los aspectos psiquiátricos que caracterizan este tipo de patologías, y que en ciertos casos no sólo conducen a un diagnóstico diferencial, sino que en ocasiones pueden anteceder a los trastornos de memoria.

Los trastornos no cognoscitivos, conductuales y psicológicos, tienen implicaciones en tres facetas del cuidado de los pacientes con demencias.

Primero, el diagnóstico preciso de la patología demencial se facilita considerando la combinación de las alteraciones cognoscitivas y no cognoscitivas; segundo, el tratamiento de las alteraciones conductuales y psicológicas generalmente es efectivo y puede tanto mejorar la funcionalidad en la vida del paciente en cuanto a las actividades cotidianas, como reducir la morbilidad y mortalidad asociadas, y disminuir la posibilidad de institucionalización prematura.

Finalmente, el conocimiento y entendimiento de esta faceta biológica de los padecimientos demenciales, podrá abrir puertas a un conocimiento más preciso que nos brinde mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexopoulos, G.S., Lieberman, K.W., Young, R.C., *et al* (1984). Platelet MAO activity in primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* **141** 97-9
- Ballard, C. Harrison, R.S.W., Lowery, K, and McKeith, I.G., (1996). Noncognitive symptoms in Lewy body dementia. En: Perry, R.H., McKeith, I.G. and Perry, E.K. (Eds), *Dementia with Lewy Bodies*. New York: Cambridge University Press, 67-84
- Bolger, J.P., Carpenter, B.D., and Strauss, M.E., (1994). Behavior and affect in Alzheimer's disease. *Clinics in Geriatric Medicine* **10**, 315-37
- Burns, A, Jacoby R. and Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's Disease. HIV: disorders of behavior. *British Journal of Psychiatry* **157**, 72-94.
- Cohen-Mansfield, J. and Billig, N. (1986) Agitated behaviors in the elderly: a conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society* **34**, 711-21
- Cummings, J.L., (1985). *Clinical Neuropsychiatry*. New York: Grune and Stratton.
- Cummings, J.L., Miller, B., Hill, M.A., and Neshkes, R. (1987) Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology* **44**, 389-93
- Davison, K. and Bagley, C.R., (1969) Schizophrenia like psychoses associated with organic disorders of the central nervous system: a review of the literature. En: Herrington R.N. (Eds) *Current Problems in Neuropsychiatry*. *British Journal of Psychiatry. Publicación especial no. 4* 113-184.
- Dolan, R.J., Calloway, S.P. and Mann, A.H. (1985) Cerebral ventricular size in depressed subjects. *Psychological Medicine* **15**, 873-8.
- Gottlieb, G.L. (1990) Sleep disorders and their management. Special consideration in the elderly. *American Journal of Medicine* **88**, 298-338
- Janota, I. (1981) Dementia, deep white matter damage and hypertension: Binswagner's disease. *Psychological Medicine* **11**, 39-48
- Kral, V.A. and Emery, O.B. (1989) Long term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Canadian Journal of Psychiatry* **34**, 445-6
- Levy, M.L., Miller, B.L., Cummings, J.L., *et al*. (1986) Alzheimer disease and frontotemporal dementias. Behavioral distinctions. *Archives of Neurology* **53**, 687-90
- McKeith, I.G., Galasko, D., Kosaka, K., *et al*. (1996) Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* **47**, 113-24
- Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T and Goebel, J. (1996) The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* **46**, 130-5
- Mendez, M.F., Martin, R., Smyth, K.A., and Whitehouse, P.J. (1990) Psychiatric symptoms associated with Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* **2**, 28-33
- Merriam, A.E., Aronson, M.K., Gaston, P. *et al* (1988) The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of the geriatrics Society* **36**, 7-12.
- Molchan, S.E., Little, J.T., Cantillon, M. and Sunderland, T. Psychosis. En: Lawlor (ed), *Behavioral complications of Alzheimer's Disease*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 55-76
- Mortimer, J.A., Ebbitt, B, Jun, S.P., and Finch, M.D. (1990) Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's Disease. *Neurology* **42**, 1689-96.
- O'Donnell, B.F., Drachman, D.A., Barnes, H.J. *et al*. (1992) Incontinence and troublesome behavior predict institutionalisation in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **5**, 45-52
- Patterson, M.B., Schnell, A.H., Martin, R.J. *et al* (1990) Assessment of behavioral and affective symptoms in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **3**, 21-30.
- Petry, S., Cummings, J.L., Hill, M.A. and Shapira, J. (1989) Personality alterations in dementia of the Alzheimer type: a three year follow-up study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **2**, 203-7
- Rabins P.V., Mace N.L. and Lucas, M.J. (1982) The impact of dementia on the family. *Journal of the American Medical Association* **248**, 333-5
- Reisberg, B. Borenstein, J, Salob, S.P. *et al* (1987) Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. **48(supl. 5)** , 9.-15
- Reisberg, B., Franssen, E. Sclan, S.G. *et al* (1989) Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease. *Bulletin of Clinical Neuroscience* **54**, 85-112
- Reynolds, C.F., Hoch, C.C., Stack, J. and Campbell, D. (1988) The nature and management of sleep/wake disturbances in Alzheimer's dementia. *Psychopharmacology Bulletin* **24**, 43-8
- Robinson, R.G. and Chai. R.M. (1985) Emotional correlates of structural brain injury with particular emphasis on post-stroke mood disorders. *Critical Reviews in Clinical Neurobiology* **1**, 285-318
- Rosen, J. and Zubenko, G.S. (1991) Emergence of Psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry* **29**, 224-32
- Rubin, E.H., Morris, J.C. and Berg, L. (1987) The progression of personality changes in patients with mild senile dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American geriatric Society* **35**, 721-5
- Tariot, P.N., Mack, J.L., Patterson, M.B. *et al* (1995) The Behavior Rating Scale for dementia of the Consortium to Establish a Registry for dementia of Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry* **152**, 1349-57
- Teri, L. Larson, E.B. and Reifler, B.V. (1988) Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatric Society* **36**, 1-6
- Teri, L. Baer, L.C. and Reifler, B.V. (1991) Depression in Alzheimer's patients: investigation of symptom patterns and frequency. *Clinical gerontologist* **11**, 47-57
- Walsh, J.S, Welch, H.G. and Larson, E.B. (1990) Survival of outpatients with Alzheimer-type dementia. *Annals of Internal Medicine* **113**, 429-34
- Wragg, R.E. and Jeste, D.V. (1989) Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* **146**, 577-87
- Zubenko, G.S., Moosy, J., Martinez, A.J. *et al* (1991) Neuropathological and neurochemical correlates of psychosis in primary dementia. *Archives of Neurology* **48**, 619-24