

# SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN LAS DEMENCIAS (SCPD)

Baldomero Álvarez-Fernández  
Especialista en Geriatria

Servicio de Medicina Interna  
Hospital Regional Unversitario de Málaga. España

**Abstract**— Behavioral and psychological disorders are symptoms that occur at one time or another in the evolution of most patients with Alzheimer's disease and other dementias. The appearance of these symptoms pose a great burden for patients and their caregivers, increased consumption of resources and a key risk factor for institutionalization. Ultimately determine the quality of life of patient and caregiver. This forces us to their evaluation if we face the care of patients with dementia. This assessment is difficult because the same behavioral symptoms may be caused by alterations of the psychotic sphere and / or mood sphere, so analyze the symptom trigger has serious difficulties. Comorbidity is another characteristics of patients that we complicate the diagnosis and management of these symptoms. Non-pharmacological treatment is obliged in all patients and the drug, especially the use of antipsychotics be relegated to patients with symptoms very disruptive, with risk to the patient or their caregivers. Are five the drug group implicate in the treatment of these symptoms: Cholinesterase inhibitors, memantine, antipsychotics, anticonvulsant mood stabilizers and antidepressants. The benzodiazepines are not recommended for their sedative effects, confusion, risk falls and paradoxical effect.

**Keywords**— Antipsychotics, Alzheimer disease, Behavioral symptoms, BPSD, Dementia, Neuroleptics, Neuropsychiatric symptoms,

**Resumen**— los síntomas conductuales y psicológicos aparecen en un momento u otro de la evolución de la mayoría de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Su aparición determina una gran sobrecarga para los pacientes y sus cuidadores, incrementa el consumo de recursos y es un factor de riesgo clave para la institucionalización. En definitiva, son

determinantes para la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, lo que nos obliga a su evaluación a la hora de abordar la asistencia de un paciente con demencia. Pero esta evaluación tiene mucha dificultad ya que el mismo síntoma conductual puede estar ocasionado por alteración de la esfera psicótica y/o anímica del paciente, con lo que determinar el síntoma desencadenante de la conducta es complejo. La comorbilidad es otra característica de estos pacientes que nos complica el diagnóstico y su manejo. El tratamiento no farmacológico es obligado en todos los casos y el uso de drogas, especialmente los antipsicóticos serán relegados a pacientes con síntomas muy disruptivos o que supongan un riesgo para el paciente o sus cuidadores. Son cinco los grupos farmacológicos implicados en el tratamiento de los SCPD: inhibidores de la colinesterasa, memantina, antipsicóticos, anticonvulsivantes estabilizadores del ánimo y antidepressivos. Las benzodiazepinas no se recomiendan por sus efectos sedativos, confusión, riesgo de caídas y efectos paradójicos.

**Índices**— Antipsicóticos, Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Neurolepticos, SCPD, Síntomas conductuales, Síntomas neuropsiquiátricos.

## I. INTRODUCCIÓN

El grupo de consenso para el estudio de los SCPD de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) los define como “*las alteraciones de percepción, del contenido del pensamiento, estado de ánimo y conducta de los pacientes con demencia*” [1]. Estos síntomas son parte de la propia enfermedad, de ahí, que aparezcan en un momento u otro de la evolución en la práctica totalidad de los pacientes con demencia [2]. En un estudio transversal en el ámbito



residencial se detectó una prevalencia de SCPD del 84.4% [3]. Pero además, son los síntomas que van a determinar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Producen un aumento de los gastos económicos, de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias; además de ser uno de los factores determinantes en la institucionalización del paciente [4] [5]. Un dato a tener muy en cuenta es que, si bien los síntomas cognitivos tienen poco tratamiento, los SCPD en muchos casos son controlables, por ello, es fundamental su evaluación en este tipo de pacientes.

## II. CLÍNICA

La IPA clasifica estos síntomas en tres grupos, el grupo I, donde incluyen los síntomas más frecuentes y más disruptivos, hasta el grupo III, donde incluye los menos frecuentes y más soportables. Esta clasificación desde un punto de vista práctico a la hora de enfrentarnos a un paciente con este tipo de problemas nos parece poco útil por tres razones: 1° la frecuencia es interesante desde un punto de vista académico, epidemiológico, estudio de recursos y necesidades, pero no desde un punto de vista asistencial a un paciente concreto, ya que si presenta un síntoma determinado que debemos controlar, tanto para nosotros en ese momento, como para el paciente, la frecuencia es del 100%. 2° El grado de soportabilidad de un síntoma no depende de una clasificación, sino de las condiciones culturales, sociales, económicas, medioambientales, físicas, y psíquicas del paciente y del cuidador. La deambulación errática no tiene el mismo dramatismo en una casa amplia con jardín que en una poblada vivienda social de espacio reducido. 3° Esta clasificación no es útil a la hora de decidir el tratamiento, ya que no se percibe en ella la relación existente entre distintos síntomas, soslaya el concepto de racimo o *clusters*, concepto que trata de explicar la relación existente entre los diversos síntomas que pueden aparecer en un determinado paciente, donde si no identificamos el síntoma primario que origina los demás, difícilmente tendremos éxito en el tratamiento. Volviendo al síntoma anterior de la deambulación errática, puede estar ocasionado por un error de identificación (síntoma primario o inicial), donde el paciente no reconoce la estancia donde se encuentra como su casa, con lo que inicia un peregrinar tratando de encontrar un lugar que

le resulte familiar. Pero este mismo síntoma conductual de deambulación puede estar ocasionado por una fobia a estar sólo que le hace ir continuamente persiguiendo al cuidador. En ambos casos el tratamiento será distinto. [6]

Para tratar de organizar de alguna forma la exposición de los SCPD, propondremos la afectación de tres esferas: esfera **psicótica**, esfera **ánimica** y esfera **conductual (fig.1)**. Estas esferas no son independientes una de otra, sino que como hemos visto, en muchos casos, los síntomas de una esfera pueden ser consecuencia de los síntomas de otra.

FIGURA 1  
CLASIFICACIÓN DE LOS SCPD



### A. Esfera Psicótica

En la esfera **psicótica**, los síntomas más frecuentes son: las *alucinaciones*, *ideas delirantes* y *errores de identificación*.

#### 1) - Alucinaciones

Las *alucinaciones* son experiencias sensoriales falsas. Las visuales son las más frecuentes, lo que las distinguen de las que aparecen en la psicosis que suelen ser auditivas. Ver personas, niños jugando o animales que en realidad no están presentes son algunas de ellas. En la demencia Cuerpos de Lewy son muy precoces y



aparecen hasta en el 80% de los casos [7], en el caso de la enfermedad de Alzheimer su frecuencia es directamente proporcional al grado de deterioro cognitivo y funcional del paciente [8]; el consumo de ansiolíticos y las caídas, también se asocian a este síntoma [9]. Las alucinaciones, a veces, no genera sufrimiento ni estrés en el paciente; en estos casos no será necesario tratarlas.

## 2) - Ideas delirantes

Las *ideas delirantes*, suelen ser ideas paranoicas basadas en déficit cognitivos (memoria) o/y en errores de identificación. Una de las más frecuentes es la idea de robo, creer que hay un intruso en casa que le está robando. Ideas que están en relación con los trastornos de memoria; el paciente no recuerda donde pone las cosas, y al no dar con ellas, delira con la creencia del robo de las mismas. Ideas de abandono o infidelidad, el paciente a veces tiene la suficiente lucidez para tener conciencia de su situación y la carga que puede representar, con la consiguiente idea paranoica de que existen una intención de abandono por parte del cónyuge o la familia. Los celos o ideas de infidelidad, son menos frecuentes, pero generan un sufrimiento muy importante en el paciente y la familia. Por razones obvias, las ideas delirantes son muy predictivas de agresividad.

## 3) - Errores de identificación

Los *errores de identificación* son trastornos de la percepción de estímulos externos y que además se suelen sostener de forma delirante.

El **síndrome de Capgras**, donde el paciente cree que alguien, normalmente el cuidador, ha sido sustituido por otra persona idéntica, o el **síndrome de Fregoli** en que el paciente piensa que las personas se disfrazan y se hacen pasar por otros para afectarle a él; son unos buenos ejemplos de errores de identificación. En otros casos, el paciente no identifica su casa como la propia, no reconoce la propia imagen en el espejo, o no reconoce lo que está viendo en la televisión como algo que se está produciendo fuera de su espacio, con lo que frecuentemente hablan con los personajes, los saludan o se enfadan con ellos como si estuvieran en la misma habitación.

Tanto en el caso de las alucinaciones como en los

errores de identificación el hacer una valoración de la percepción visual del paciente, así como una iluminación adecuada pueden ser muy útiles a la hora de abordar estos síntomas.

## B. Esfera Anímica

En la **esfera anímica** podemos encontrarnos: *depresión, apatía, ansiedad e insomnio*.

### 1) - Depresión

Los *síntomas depresivos* pueden aparecer hasta en un 50-80% de los pacientes con demencia y los síndromes depresivos completos, en torno al 20%. Parece que es un cuadro más frecuente en la demencia vascular. Son trastornos que, como en los ancianos en general, tienden a recidivar.

Aunque en principio, es lógico pensar que los cuadros anímicos sean más frecuentes en los estadios iniciales de la demencia, donde aún el paciente puede tener conciencia de su situación, así como los síntomas psicóticos, pueden aparecer más en las fases moderadas y graves, lo cierto es que no debe identificarse un síntoma con una fase determinada de la enfermedad.

Con la depresión, tenemos el problema de que si aparece en las fases iniciales de la demencia debemos hacer un diagnóstico diferencial, no sea el caso de que estemos ante una pseudodemencia, depresión donde aparecen trastornos cognitivos. El paciente anciano depresivo suele puntuar bajo en las escalas neuropsicológicas de valoración cognitiva ya que tienen dificultad de concentración y atención. En los cuadros de pseudodemencias, la aparición suele ser más brusca, por lo menos es más identificable el momento de aparición y tiene una evolución más rápida, el paciente suele exagerar los síntomas quejándose intensamente de los trastornos de memoria y los déficit que tiene, sin embargo, el enfermo de Alzheimer los minimiza, no los reconoce o los oculta, el paciente con pseudodemencia se queja de tristeza y presenta un sufrimiento intenso, mientras el EA la tristeza es implícita y el paciente está poco interesado o preocupado. A veces es ciertamente complicado ya que en ocasiones, una depresión es el inicio de un cuadro de demencia, e incluso, casos de demencias en los que al instaurar un



tratamiento antidepressivo mejoran los síntomas cognitivos.

Van der Musselle demuestra que en pacientes con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer con síntomas depresivos, los síntomas conductuales son más frecuentes y más graves que en los pacientes sin síntomas de depresión [10]. Esto nos puede llevar a la conclusión de que los síntomas depresivos en el paciente con demencia deben ser tomados como tales y en consecuencia debemos tratarlos.

En los casos de depresiones en estadios más avanzados de la demencia, nos encontramos para el diagnóstico con las dificultades de comunicación y la aparición de síntomas propios de la demencia que pueden inducirnos a error: pérdida de peso, anorexia, apatía, disminución de la actividad motora, menor participación etc. En estos casos nos tendremos que basar en antecedentes del paciente, en la presencia de actitudes descalificadoras hacia si mismo, y fundamentalmente, en la sensación de sufrimiento y tristeza que transmite el paciente; no hay depresión sin sufrimiento. La escala de Cornell, validada al español [11] puede ser el instrumento más útil para la detección de la depresión en pacientes con demencia.

#### 2) - *Apatía*

*Apatía* es un cuadro parecido al depresivo: dejadez por las actividades y el cuidado personal, falta de relación etc., sólo que en el primero destaca la extrema falta de interés por lo que le rodea, pero sin el componente vegetativo y el sufrimiento que aparecen en la depresión. El paciente apático tiene muy poca expresión facial, destaca la indiferencia ante lo que le rodea, también hacia el médico en la consulta.

#### 3) - *Ansiedad*

*Ansiedad*: está muy frecuentemente asociada a la depresión como ocurre en los adultos mayores en general.

Las manifestaciones de la ansiedad son muy variadas, como mostrar preocupación constante por temas que antes no se la producían, como temas financieros, fenómenos meteorológicos, acontecimientos futuros etc. El síndrome de Godot se caracteriza por una preocupación constante sobre

acontecimientos venideros. A veces ello se traduce en preguntas reiteradas en corto espacio de tiempo: ¿Han llegado los niños del colegio?. También puede manifestarse como fobias variadas: a quedarse solo (seguimiento al cuidador), fobia a salir, bañarse u otras actividades. En las demencias moderadas y graves, se caracterizan por signos más sutiles como sensación de inquietud, disconfort, rascado, manoseo continuo o el gesto de aferrarse a personas u objetos próximos.

Como vemos, una amplia gama de síntomas que aparecen muy frecuentemente en el paciente demente, aunque sólo en el 5 - 6% de los mismos presentan todos los criterios de DSM IV. El tratamiento correcto de la ansiedad, identificada a veces por estos signos sutiles, es lo que hace posible el control de síntomas conductuales secundarios que producen gran disrupción para el paciente y sus cuidadores [12].

#### 4) - *Insomnio*

*Insomnio*: El paciente con demencia sufre con frecuencia trastornos del ritmo sueño-vigilia por alteración del ritmo circadiano. Ello puede producir insomnio, con o sin somnolencia diurna y la aparición del *síndrome crepuscular*, entendido como la exacerbación de los síntomas conductuales y la desorientación en las últimas horas de la tarde y primeras de la noche. Estos trastornos son ocasionados por la lesión que se produce en la enfermedad de Alzheimer del núcleo supraquiasmático, núcleo donde radica nuestro reloj biológico. En la EA está disminuida la actividad diurna y aumentada la nocturna, junto a una falta de descenso de temperatura corporal al anochecer, circunstancias todas ellas que influyen en la aparición de insomnio y síndrome crepuscular [13].

### C. *Esfera Conductual*

Los **trastornos de conducta** están asociados a los síntomas psicóticos y/o anímicos. Por ejemplo, alguien con ideas delirantes de robo o que piensa que su cuidador es un impostor, no es extraño que se muestre agresivo; del mismo modo, alguien con una fobia a la soledad, es frecuente que se convierta en la sombra del cuidador y lo persiga continuamente. También pueden existir momento o situaciones precipitantes de agresividad que debemos de considerar e indagar si se



producen. Pueden ser situaciones muy variadas, desde la visita de un vecino, el momento en que el cuidador sale a la compra, o cuando se le están realizando cuidados íntimos al paciente [14]. Existe correlación entre la agresividad y la existencia de ideas delirantes [15][16][17].

Los trastornos conductuales de agresividad y deambulación errática son los síntomas que más perduran en el tiempo [18]. Dentro de los síntomas de agresividad se pueden incluir los pellizcos, empujones, golpes, pero también, rascado, hiperfagia etc.

### 1) - Deambulación Errática

La *deambulación errática* que puede presentarse de varias formas como: caminar sin rumbo, comprobación frecuente del cuidador o su seguimiento, moverse continuamente para hacer cosas que nunca culmina, frecuentes huidas de casa etc. tiene una disrupción importante en la familia y cuidadores. A veces puede llegar a una situación extrema donde vemos al paciente que está en continuo movimiento, tropieza con un objeto o con la pared, e inicia la deambulación en otra dirección, recordándonos a esos juguetes que cambian de trayectoria cuando tropiezan con un obstáculo.

Aparece en un porcentaje que algunos cifran del 5 al 50%.

### 2) - Agitación y Agresividad

Este síntoma, no siempre está justificado por el deterioro cognitivo o la asociación de unos síntomas psicóticos, sino que en muchos casos lo que trasluce es un estado de incomodidad, enfermedad, dolor o cualquier otra causa física o ambiental que desencadena el estado de agitación. La agitación podemos definirla como una actuación verbal o motora que en apariencia no parece proporcionada a las necesidades del paciente. Puede expresarse de forma verbal agresivo o no, o de forma motora agresiva o no agresiva. Las formas agresivas suelen ser las que producen más disrupción en los cuidadores.

Entre las formas verbales agresivas tenemos: *gritos, lenguaje mal sonante, estallidos temperamentales y emisión de ruidos extraños.*

Verbales no agresivas: *negativismo, constantes preguntas, interrupciones, frases repetidas etc.*

Motoras no agresivas: *inquietud general, movilidad constante, manierismos repetidos, ocultar objetos etc.*

Motoras agresivas: *pegar, empujar, dar mordiscos, pellizcos, rascarse, agarrarse a personas o cosas etc.*

Insistimos, que muchos de estos síntomas, lo que pueden traslucir es una situación física o ambiental que le produce malestar. Por ejemplo, en los casos de demencias avanzadas debemos tener presente que la imposibilidad de comunicación adecuada puede llevar a minusvalorar la posibilidad de dolor en estos pacientes y deberemos estar muy atentos a la aparición de estas expresiones de comunicación no verbal. La agresividad verbal esta correlacionada con la presencia de ideas delirantes

Debemos esforzarnos por descubrir las causas que puede haber debajo de esta agitación.

### 3) - Reacciones Catastróficas

Son respuestas verbales o físicas excesivas y bruscas. Suele darse en pacientes con deterioro de moderado a grave y con una personalidad premórbida ciertamente intempestiva. El delirium, dolor oculto, infecciones y fármacos pueden precipitar las reacciones catastróficas.

### 4) - Desinhibición

Puede ser un síntoma muy disruptivo, se comportan de forma inapropiada como crisis de llanto o risa, euforia, sexualidad inapropiada, agresividad, intrusividad etc. En muchos casos pueden tener problemas serios con terceras personas o dilapidar el dinero por compras compulsivas.

Las demencias frontales muestran con frecuencia este síntoma en sus estadios iniciales. La desinhibición sexual es un síntoma que producen una disrupción importante en el seno familiar, genera importantes conflictos con la pareja que, en muchos casos, no entiende el cambio que se ha producido en el paciente.

### 5) - Intrusividad

Hace creer al paciente que es el centro del mundo, todo se lo merece y todo le pertenece, se mete en todo lo que no debe.





#### 6) - *Negativismo*

Es un síntoma muy frecuente en una consulta de demencias, los cuidadores se quejan de que el paciente se niega a los cuidados y a todas las propuestas que se le hacen. En muchos casos, sencillamente es porque el paciente no entiende que propuesta es, ni con que objeto se le está haciendo. A veces, mientras con más intensidad se le incita para hacer algo o recibir un cuidado, con más intensidad se niega. Como en todos los demás síntomas conductuales, buscar el síntoma primario y procurar una rutina diaria mantenida, ayudará a que el paciente entienda la propuesta y sus consecuencias. A veces, solo con retrasar unos minutos la realización del cuidado, la respuesta puede volverse favorable.

### III. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LOS SCPD

El tratamiento no farmacológico debe realizarse en todos los pacientes con SCPD y debe ir orientado a descubrir las necesidades o complicaciones subyacentes que pueden ser causa de la aparición de estos síntomas. Pueden venir dados por problemas basados en el paciente (necesidades insatisfechas, malestar / dolor, condición médica subyacentes); basados en el cuidador (estrés, estilo de comunicación), y basado en el entorno (desorden, condiciones generales de luz, sonido, temperatura etc.) [19]. Debemos valorar si existen situaciones ambientales, sociales o personales que sean un mecanismo gatillo para la aparición de los SCPD. Es necesario intervenir para tratar de combatir la privación sensorial, prótesis auditivas o gafas debe ser valorado su uso. Combatir el aislamiento, el aburrimiento, la falta de estímulos, salir al aire libre genera actividad y estimulación sensorial [20].

Se han intentados distintos tipos de tratamientos no farmacológicos para el control de los SCPD, O'Neil hace una revisión de un gran número de ellos en los que se observa algunas evidencias, aunque en todos ellos de muy escasa consistencia: ejercicio, mejora algo el sueño; la terapia asistida con animales que se ha mostrado positiva sobre la agitación, la pasividad y la ingesta nutricional. La musicoterapia, el

masaje y la aromaterapia se han mostrado positivas sobre la agitación; y la terapia con luz que se ha mostrado eficaz en la agitación y el sueño [21].

En definitiva, toda intervención pasa por: 1) Identificación del síntoma: se recomienda identificar los síntomas y tratar de identificar cómo están relacionados. 2) Valorar el impacto del síntoma en el paciente, cuidador y entorno. 3) Evaluación de las circunstancias (ambientales, personales etc.) que acompañan la aparición del síntoma. 4) Evaluación de posibles causas físicas (dolor, malestar, impactación fecal, delirium etc.), 5) Revisión de fármacos (anticolinérgicos, sedantes..) y por último 6) Plan de intervención pactado con el cuidador (Objetivos) [22][6].

### IV. REFERENCIAS

- [1] IPA(1996). Consensus Conference of the International Psychogeriatric Association. Task Force on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. BPSD IPA Educational Pack. Mod.1. On line <http://www.thecyberfactory.com/bpsd/pdf/mod1.pdf> . Consultado 10/03/2002.
- [2] Tariot P.N.;Blazina L. (1993). The Psychopathology of Dementia. In: Handbook of Dementing Illnesses. New York, NY:Marcel Dekker Inc. 461-475.
- [3] Robles A, Díaz GJ, Reinoso S, López A, Vazquez C, García AA. (2012). Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. Rev Esp Geriatr Gerontol: 47(3):96-101
- [4] Finkel S. (2000). Introduction to Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Int.J.Geriatr.Psychiatry 15:S2-S4.
- [5] Stephanic R.; Hugh H. (1999). Diagnosis, Management, and Treatment of Alzheimer Disease: A Guide for the Internist. Arch Intern Med.; 159(8):789-798.



- [6] Marín JM, Álvarez-Fernández B. (2010). Demencia tipo Alzheimer. En Tratado de Neuropsicogeriatría. Ed Ergon. Madrid
- [7] Clive B.; Clive H.; McKeith I.; Neill D.; et al. (1999). Psychiatric Morbidity in Dementia with Lewy Bodies: A prospective Clinical and Neuropathological Comparative Study with Alzheimer's Disease (Regular Articles). *Am.J.Psychiatry*;156(7): 1039-1045.
- [8] Harwood D.G.; Barker WW.; Ownby R.L.; Duara R.(2000). Relationship of Behavioral and Psychological Symptoms to Cognitive Impairment and Functional Status in Alzheimer's Disease. *Int.J.Geriat.Psychiatry* 15:393-400.
- [9] Bassiony M.M.; Steinberg M.S.; Warren A.; Rosenblatt A.; Baker A.S. (2000). Delusions and Hallucinations in Alzheimer's Disease: Prevalence and Clinical Correlates. *Int.J.Geriat.Psychiatry*;15(2):99-107.
- [10] Van der Mussele S, Bekelaar K, Le Bastard N, Vermeiren Y, Saeens J, Somers N, Mariën P, Goeman J, De Deyn PP, Engelborghs S. (2013). Prevalence and associated behavioral symptoms of depression in mild cognitive impairment and dementia due to Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. Sep;28(9):947-58
- [11] Pujol J, Azpiazu de P, Salamero M, Cuevas R. (2001). Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell. Validación al castellano. *Rev Neurol*;33(4):397-8.
- [12] Ferreti L.; McCurry S.M.; Logsdon R.; Gibbons L.; Teri L. (2001). Anxiety and Alzheimer's Disease. *J.Geriat.Psychiatry Neurol.*; 14(1):52-58.
- [13] Volicer L; Harper D.G; Manning B; Goldstein R; Satlin A. (2001). Sundowning and Circadian Rhythms in Alzheimer's Disease. *Am.J.Psychiatry*;158(5):704-711.
- [14] Keene J.; Hope T.; Fairburn C.G.; Jacoby R.; Gedling K.; Ware C.J. (1999) Natural History of Aggressive Behaviour in Dementia. *Int. J. Geriat. Psychiatry* 14(7):541-548.
- [15] Eustace A.; Kidd N.; Greene E.; Fallon C.; Ni Bhraín S.; Cunningham C.; Coen R.; Walsh J.B.; Coakley D.; Lawlor B.A (2001). Verbal Aggression in Alzheimer's Disease. Clinical, Functional and Neuropsychological correlates. *Int. J. Geriat. Psychiatry* 16(9):858-861.
- [16] Gormley N.; Rizwan M.R.; Lovestone S. (1998). Clinical predictors of aggressive behaviour in Alzheimer's disease. *Int.J.Geriat.Psychiatry* 13(2):109-115.
- [17] Silva J.A.; Leong G.B.; Weinstock R.; Ruiz-Sweeney (2001). Delusional Misidentification and Aggression in Alzheimer's Disease. *J.Foren.Sci.* 46(3):581-585.
- [18] Devanand P. (1997). Behavioral Complications and their Treatment in Alzheimer's Disease. *Geriatrics*;52(supl 2):537-539.
- [19] Gitlin L, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. (2010). Targeting and Managing Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: A Randomized Trial of a Nonpharmacologic Intervention. *J Am Geriatr Soc* . August ; 58(8): 1465–1474.
- [20] Beier MT. (2007) Pharmacotherapy for behavioral and psychological symptoms of dementia in the elderly. *Am J Health-Syst Pharm* 64 (Suppl 1):S9-17.
- [21] O'Neil M, Freeman M, Christensen V, Telerant A, Addleman A, and Kansagara D (2011). Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: A Systematic Review of the Evidence. VA-ESP Project #05-225;.
- [22] Kalapatapu RK, Schimming C (2009). Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: antipsychotic use. *Geriatrics*; 64(5):10-8.

