

Síntomas neuropsiquiátricos en el trastorno neurocognitivo mayor: una revisión narrativa

María José Morillo Peña¹ , Valentina Ramírez Castellanos¹ , Diego Andrés Chavarro-Carvajal¹ , José Manuel Santacruz Escudero¹ 

Resumen

Introducción: los síntomas neuropsiquiátricos son manifestaciones conductuales y psicológicas presentes en los pacientes con trastorno neurocognitivo, tienen una alta prevalencia y se asocian a desenlaces negativos, tales como la disminución en la calidad de vida de los pacientes con y sus cuidadores, mayores tasas de institucionalización y progresión de la enfermedad, por lo cual, tienen gran importancia clínica. La presente revisión narrativa tiene como fin realizar una actualización sobre los síntomas neuropsiquiátricos en el trastorno neurocognitivo mayor.

Materiales y métodos: se realizó una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: Medline (PubMed), Embase (Embase), Lilacs y Scielo, y se seleccionó la información más relevante para la construcción de la presente revisión.

Resultados: se hizo énfasis en la definición, la caracterización, las estrategias diagnósticas y las estrategias de tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos en el trastorno neurocognitivo mayor, con el fin de proporcionar información útil para la práctica clínica de diferentes profesionales de la salud.

Discusión: los resultados de la presente revisión resaltan la importancia del diagnóstico temprano de los síntomas neuropsiquiátricos y el abordaje personalizado de cada uno de ellos, a través de un algoritmo propuesto que involucra medidas generales y farmacológicas.

Conclusiones: los síntomas neuropsiquiátricos son manifestaciones del trastorno neurocognitivo mayor y pueden generar gran carga de enfermedad en las personas y sus cuidadores. Por eso, es importante detectarlos y tratarlos con estrategias individualizadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: demencia, disfunción cognitiva, signos y síntomas, síntomas afectivos, síntomas conductuales, síntomas neuropsiquiátricos.

Neuropsychiatric symptoms in major neurocognitive disorder: A narrative review

Abstract

Introduction: Neuropsychiatric symptoms are behavioral and psychological manifestations present in patients with neurocognitive disorder. They have high prevalence and are associated with negative outcomes such as decreased quality of life for both patients and their caregivers, higher rates of institutionalization, and disease progression, which is their reason for having clinical significance. This narrative review aims to provide an update on neuropsychiatric symptoms in major neurocognitive disorder.

Methods: A literature search was conducted in the following databases: MEDLINE (PubMed), EMBASE, LILACS, and SCIELO. The most relevant information was selected for the construction of this review.

Results: The review emphasized the definition, characterization, diagnostic strategies, and treatment approaches for neuropsychiatric symptoms in major neurocognitive disorder, with the goal of providing useful information for the clinical practice of various health professionals.

Discussions: The results of this review highlight the importance of early diagnosis of neuropsychiatric symptoms and the personalized approach to each of them through a proposed algorithm that involves general and pharmacological measures.

Conclusion: Neuropsychiatric symptoms are manifestations of major neurocognitive disorder and can cause a significant burden of illness for individuals and their caregivers. Therefore, it is important to detect and treat them with individualized strategies to improve the quality of life for patients.

Keywords: dementia, neurocognitive disorders, cognitive dysfunction, affective symptoms, behavioral symptoms, neuropsychiatric symptoms

¹ Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Correspondencia/Correspondence: María José Morillo Peña, carrera 7 #40-62, Bogotá D. C., Colombia.
Correo-e: morillo_maria@javeriana.edu.co

Historia del artículo/Article info

Recibido/Received: 21 de agosto, 2024

Revisado/Revised: 29 de julio, 2025

Aceptado/Accepted: 30 de septiembre, 2025

Publicado/Published online: 2 de diciembre, 2025

Citation/Citación: Morillo Peña MJ, Ramírez Castellanos V, Chavarro-Carvajal DA, Santacruz Escudero JM. Síntomas neuropsiquiátricos en el trastorno neurocognitivo mayor: una revisión narrativa. Acta Neurol Colomb. 2025;41(4):e1906.
<https://doi.org/10.22379/anc.v41i4.1906>



Introducción

El trastorno neurocognitivo (TN), también conocido como deterioro cognitivo, hace referencia al deterioro en las funciones cognitivas, debido al compromiso en sus diferentes dominios (atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) (1). La clasificación y definición del TN incluye ciertos parámetros de subclasificación. Según la severidad, se puede definir como trastorno neurocognitivo leve (TNL) también llamado deterioro cognitivo leve, y trastorno neurocognitivo mayor (TNM), también llamado demencia; a su vez, el TNM también se subdivide por estadio en leve, moderado o severo. Por etiología, puede ser por enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad cerebrovascular, degeneración frontotemporal (DFT) en todas sus variantes, enfermedad por cuerpos de Lewy, entre otras. Adicionalmente, según la presencia o ausencia de síntomas neuropsiquiátricos (SNP), de los que se pretende profundizar en este artículo (1-2).

El TNM tiene una prevalencia importante, especialmente en la población geriátrica. Desde una perspectiva multidisciplinar, la presencia de los SNP en los TNM es relevante, pues tiene efectos en la adherencia al tratamiento, en los cuidadores y empeora los desenlaces cognitivos y funcionales tras el inicio de la enfermedad (3). Por esto, se da a conocer la importancia de prevenir, tamizar y plantear un manejo al detectar estos síntomas. Así pues, el objetivo de esta revisión narrativa es realizar una actualización de la literatura sobre la definición y caracterización de los SNP en pacientes con TNM y presentar herramientas diagnósticas y de abordaje terapéutico general, que pueda ser útil en la práctica clínica para profesionales de la salud. En esta revisión narrativa no se profundizará en dosificación o consideraciones prácticas del manejo farmacológico, dado que su propósito es ofrecer una orientación general sustentada en referencias que el lector podrá consultar según el síntoma predominante y el contexto clínico del paciente.

Materiales y métodos

El objetivo de esta revisión narrativa es presentar una actualización sobre SNP en TNM. Para la estrategia de búsqueda, se realizó una identificación de palabras clave que se adaptaron como ecuaciones utilizadas en las siguientes bases de datos: Medline

(PubMed), Embase (Embase), Lilacs y Scielo. Luego, se filtraron las búsquedas por año de publicación (2014-2024), se encontraron 652 artículos, se eliminaron duplicados y se realizó una selección con los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, tras una búsqueda complementaria, se obtuvieron 35 artículos en total (figura 1).

Para esta revisión narrativa se incluyeron estudios sobre SNP en población geriátrica con diagnóstico de TNM, donde se identificaron: caracterización, herramientas diagnósticas y abordaje terapéutico de SNP, sin especificidad en cuanto a región geográfica, raza o trasfondo cultural. Se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos en inglés y español, excluyendo reportes de caso y artículos de opinión. Después, se excluyeron estudios cuyo tema principal fuera TNM secundario a trauma craneoencefálico, estudios con información desactualizada o que no estuvieran disponibles en texto completo o en formato adecuado para su análisis.

Resultados

Definición

Los SNP son un grupo de síntomas heterogéneos relacionados a diversas alteraciones en la regulación emocional, la conducta, la motivación, el contenido y la forma del pensamiento y la sensopercepción. Estos constituyen una parte importante en las manifestaciones de esta enfermedad (4-5) y son comunes en todos los TNM, independientemente de la etiología y el estadio en el que se encuentren (6).

Tienen gran relevancia clínica, ya que se asocian a una disminución en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, mayores tasas de institucionalización, mayores costos en la atención médica (7), mayor deterioro del desempeño cognitivo y la funcionalidad (8). Así mismo, tienen importancia en todo el transcurso de la enfermedad, pues se han encontrado en los estadios prodrómicos de los TN y, por ende, se han reconocido como marcadores tempranos de esta enfermedad en adultos mayores (6), sin embargo, es importante mencionar que la presente revisión hará énfasis en los SNP presentes en pacientes que ya cuentan con diagnóstico de TNM.

Prevalencia

La prevalencia de los SNP varía dependiendo de la etiología del TN y su estadio. Algunos estudios

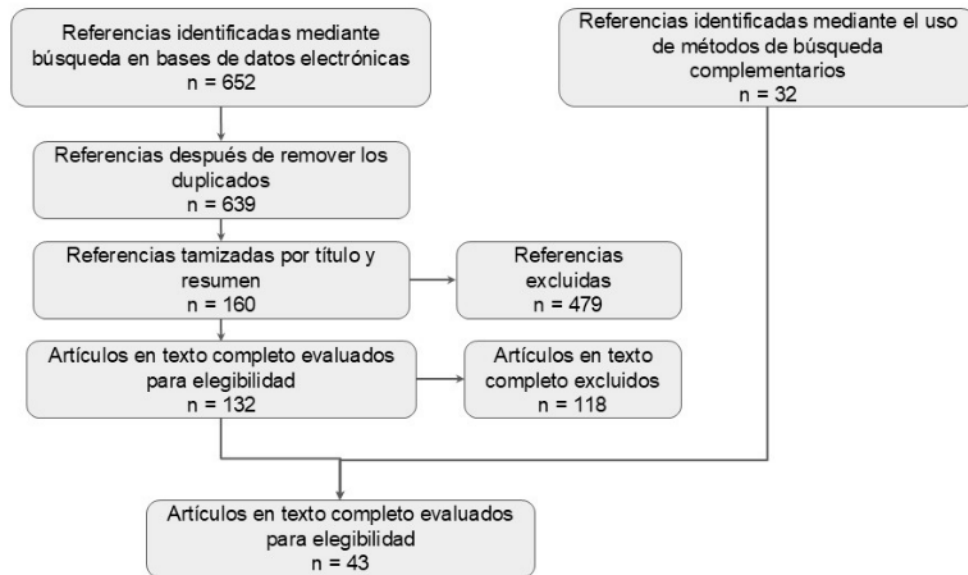


Figura 1. Flujograma de estrategia de búsqueda

Fuente: elaboración propia.

muestran una prevalencia del 75% al 95% de algún SNP en pacientes con TNM; estos, además de disminuir la calidad de vida, generan una mayor tasa de institucionalización, morbilidad y sobrecarga de los cuidadores.

En Colombia, la prevalencia de SNP en la DFT variante conductual es hasta del 100%, lo que la hace la más frecuente; en el TNM por enfermedad de Alzheimer, es del 49%; en el TNM debido a enfermedad cerebrovascular es del 4%; sin embargo, en las etiologías mixtas o múltiples esta cifra puede llegar hasta el 17% (9-10).

Algunos de los SNP que se pueden encontrar en los distintos tipos de TNM son: la apatía, la irritabilidad, la agresividad y la labilidad emocional, siendo la severidad del TNM un determinante importante dentro de la frecuencia de estos síntomas (9).

Factores de riesgo y desencadenantes

Dentro de los factores que pueden desencadenar SNP en los pacientes con TNM se encuentran los relacionados con la persona (necesidades no satisfechas, personalidad premórbida, trastornos del ciclo sueño-vigilia y actividad física inadecuada), las rela-

cionadas con el cuidador (la comunicación y relación con el cuidador) y los relacionados con desencadenantes ambientales (estímulos o cambios importantes en el ambiente) (11) (tabla 1).

Frente a la personalidad premórbida, se ha encontrado que un puntaje bajo en amabilidad, como dominio de la personalidad, se relaciona más con alteraciones afectivas, específicamente la apatía, agitación e irritabilidad (14). También se ha encontrado un papel potencial en el antecedente de trauma psicológico y síntomas de estrés postraumático en la aparición y el mantenimiento de los SNP (15). Así mismo, para los síntomas depresivos se encontró como factor de riesgo, la historia previa de depresión (16).

Clasificación

Los SNP son síntomas heterogéneos, por lo que se han propuesto múltiples clasificaciones. Una de ellas, propuesta por el Consorcio Europeo de la Enfermedad de Alzheimer (European Alzheimer Disease Consortium o EADC), fue el resultado de un estudio que identificó cuatro subsíndromes de SNP a partir de la aplicación del inventario neuropsiquiátrico (NPI, según sus siglas en inglés) en una muestra de pacientes con EA (17). Los cuatro grupos son:

Tabla 1. Factores desencadenantes de síntomas neuropsiquiátricos

Factores desencadenantes	
Relacionados con la persona	Dentro de las cuales se han estudiado las alteraciones del sueño, los trastornos de la micción/ evacuación intestinal y el dolor, como los factores de mayor importancia para la aparición de diferentes SNP (11).
Relacionadas con el cuidador	La carga del cuidador se ha asociado al empeoramiento en la relación con el paciente y a la aparición de síntomas como ansiedad, agitación, desinhibición y alteraciones del sueño. Dentro de los factores asociados a esta relación se ha estudiado el ser mujer, ser cónyuge, el aislamiento social, la falta de conocimiento sobre los TNC, una relación previa negativa y altos niveles de emociones negativas expresadas (12).
Relacionadas con desencadenantes ambientales	Dentro de las cuales se han evaluado el nivel de ruido ambiental, iluminación, temperatura del entorno, presión atmosférica y nivel de humedad, siendo la humedad, la iluminación y la temperatura, factores fuertemente asociados a episodios de agitación (13).

Nota. SNP: síntomas neuropsiquiátricos, TNC: trastorno neurocognitivo.

Fuente: elaboración propia.

1. **Hiperactividad:** incluye agitación, desinhibición, irritabilidad y comportamiento motor aberrante.
2. **Psicosis:** incluye delirios, alucinaciones y trastornos del comportamiento.
3. **Síntomas afectivos:** incluye depresión y ansiedad.
4. **Apatía:** incluye apatía y alteraciones del apetito.

Una limitación de esta clasificación es que el estudio mencionado solo evaluó a pacientes con EA y los resultados no se pueden generalizar a TN por otras etiologías. Así mismo, la clasificación se hizo a partir de la escala NPI, la cual no describe todos los síntomas presentes en las personas con TNM, tales como gritos o cambios en la personalidad; sin embargo, sigue siendo de gran utilidad en la práctica clínica (17). Se han propuesto otras clasificaciones de dichos síntomas, a continuación, se expone una de ellas (tabla 2).

Herramientas diagnósticas

Dentro de las herramientas utilizadas para el diagnóstico de TNM, se encuentran algunas escalas

como: NPI, Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C), Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease (BEHAVE-AD), Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) y Neurobehavioral Rating Scale (NBRS) (19-20). Entre las más utilizadas están la escala NPI y más recientemente la escala MBI-C, que se describirán brevemente a continuación.

NPI

Es un cuestionario en el cual se interroga la presencia de los SNP (delirios, alucinaciones, agitación, depresión o disforia, ansiedad, euforia, agresividad, apatía, irritabilidad o labilidad, desinhibición y conducta motora aberrante) más frecuentes en la EA y otros tipos de deterioro cognitivo. Fue desarrollada como una herramienta diagnóstica de SNP con la que se lograra abarcar los SNP de las enfermedades neurodegenerativas y se usa como herramienta de utilidad para determinar el tipo de SNP de los pacientes con diversos tipos de TNM. Ha sido validada y traducida a diversos idiomas, lo que permite estandarizar su uso y su registro caracteriza a ciertos perfiles de

Tabla 2. Definición de síntomas neuropsiquiátricos en trastornos neurocognitivos

Síntoma	Descripción
Agitación	Dromomanía, caminata sin rumbo, inquietud motora y acciones repetitivas.
Agresión	Resistencia con agresividad, agresividad verbal o física.
Psicosis	Ideas delirantes paranoides o persecutorias, de identificación errónea, alucinaciones visuales, auditivas y somáticas.
Depresión	Tristeza, llanto, anhedonia, pensamientos negativos (desesperanza, culpa, muerte), llanto fácil, desesperanza y ansiedad.
Apatía	Indiferencia, retracción social, respuesta emocional embotada y desmotivación.
Desinhibición	Comportamientos inapropiados de índole social o sexual.

Fuente: tomada de (18).

SNP, correlacionándolos con las diferentes etiologías del TNM (21).

MBI-C

Los SNP presentes en estadios prodrómicos de los TN, se han agrupado dentro del concepto de deterioro comportamental leve o Mild Behavioral Impairment (MBI). La escala MBI-C surge con el fin de evaluar los SNP como marcadores de estadios prodrómicos de enfermedades neurodegenerativas (19). Se creó a partir de los dominios de MBI descritos en los criterios ISTAART-AA (International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment – Alzheimer's Association) MBI: disminución de la motivación, desregulación emocional, falta de control de impulsos, comportamiento social inapropiado y alteraciones en el contenido del pensamiento (8, 22). Es un instrumento de 34 ítems que evalúa la presencia y severidad de los síntomas. Frente a su utilidad para la detección de SNP en pacientes que ya tienen TNM o frente a su utilidad para predecir el desarrollo de TNM, la evidencia es inconclusa (22); a pesar de ello, se está convirtiendo en una escala de gran utilidad clínica para la evaluación de SNP.

Abordaje terapéutico

Dentro de las metas del abordaje terapéutico de los SNP se encuentran la prevención, el alivio sintomático y la disminución en la carga del cuidador. Para esto, se han generado diversas estrategias que se presentarán a continuación:

- La estrategia TIME, que consiste en tres fases:

- o Registro y evaluación: se recoge información del paciente, se evalúa el dolor y se registran el comportamiento y los SNP en 24 horas.
- o Reflexión guiada: consiste en reflexionar sobre los hechos evaluados y diseñar un plan de tratamiento detallado.
- o Acción y evaluación: en la que se implementa cada medida del plan de tratamiento y se evalúa su respuesta (23).
- La propuesta Wisconsin STAR Method, cuya finalidad es identificar visualmente, mediante un mapa, los múltiples factores que contribuyen a los síntomas (personales, sociales, comportamentales, médicos y farmacológicos). Su aproximación visual permite la atención simultánea a las múltiples variables que intervienen en la aparición de cada uno de los síntomas (24).
- Así mismo, se ha propuesto la estrategia DICE, que ofrece una estructura centrada en el paciente y su cuidador, con la que se puede realizar un abordaje terapéutico más efectivo de los SNP, estrategia en la cual nos centraremos para el presente artículo. Esta estrategia pretende dar un acercamiento generalizado e individualizado para el tratamiento de los SNP (24-25).

Estrategia DICE

Paso 1-D: describir

El propósito de esta parte de la estrategia es realizar una anamnesis de los SNP en los pacientes con TNM, para caracterizarlos detalladamente y generar

un acercamiento que luego se traduzca en intervenciones individualizadas a cada paciente. En este caso, entre mejor sea la información que pueda proporcionar el cuidador sobre la sintomatología y las dificultades que ha evidenciado en su rol como cuidador, mejor podrá ser el resultado de las intervenciones. Se motiva a los cuidadores a describir qué síntomas presentan los pacientes y, más específicamente, cuáles de ellos son los que consideran más problemáticos o difíciles de abordar.

Paso 2-I: investigar

En este punto, lo que la estrategia pretende es que, una vez caracterizados los síntomas, la primera intervención sea determinar si hay alguna causa identificable y potencialmente reversible de los síntomas del paciente. En este caso, se pueden considerar diversas causas dependientes del paciente como síndrome confusional agudo, dolor mal controlado, aspectos farmacológicos (prescripción inadecuada, efectos adversos, interacciones medicamentosas); y otras dependientes del cuidador, como su relación con el paciente, las habilidades y destrezas del cuidador o las actitudes que exacerben los síntomas; además de consideraciones ambientales que pueden relacionarse a los SNP, como falta de rutinas, ausencia de actividades agradables para cada paciente, el acceso a objetos potencialmente lesivos, entre otros que pueden contribuir al bienestar de pacientes con TNM.

Paso 3-C: crear

Se trata de crear e implementar un plan de tratamiento por parte del personal de salud, el cuidador, en caso de ser posible, el paciente. Este plan tiene que responder a los problemas identificados en el segundo paso (ejemplo: manejo de infecciones, control del dolor, abordaje del estreñimiento, uso de ayudas sensoriales, administración o discontinuación de medicamentos según el caso, entre otras).

Para este aspecto, se deben tener en cuenta cuatro puntos clave: educación al cuidador, promoción de una adecuada comunicación entre el paciente y el cuidador, asistir al cuidador en la creación de actividades significativas para el paciente y ayudar al cuidador a simplificar tareas y crear rutinas para el paciente.

Paso 4-E: evaluar

El paso final es evaluar si las estrategias propuestas se realizaron y fueron efectivas. En caso de no haberse implementado la estrategia, es importante entender las razones y posibles soluciones. En caso de haberse implementado, es importante evaluar si se realizó de forma efectiva, si hubo mejoría en la sintomatología y si hubo disminución en la carga del cuidador.

Este paso tiene como fin evaluar la respuesta del paciente frente a la estrategia y, en caso de ser negativa, poder identificar si fue debido a la estrategia o a su incorrecta implementación. Este paso se debe realizar de forma periódica, ya que los SNP son heterogéneos y fluctuantes a lo largo del proceso de enfermedad.

Dentro de la evaluación de la respuesta, es fundamental realizar una revisión exhaustiva sobre medicación potencialmente inapropiada. Este debe ser un proceso dinámico e individualizado, en el que se puede aplicar de forma complementaria la herramienta STOPP-Frail, diseñada para adultos mayores >65 años con criterios de fragilidad. Esto, con el fin de evitar posibles eventos adversos asociados a la medicación (26).

Abordaje terapéutico por síntomas

Por otro lado, existen otras estrategias utilizadas para dar manejo a los SNP, dentro de las cuales se incluyen estrategias farmacológicas e intervenciones conductuales y ambientales para el control de estos síntomas. Adicionalmente, se propone un algoritmo de abordaje terapéutico por síntomas. Cabe aclarar que el abordaje propuesto provee una estrategia inicial generalizada (figura 2); sin embargo, la individualización del paciente y las estrategias específicas no serán abordadas en dicho algoritmo.

Agitación

En este síntoma, el objetivo principal de las intervenciones es evitar que el paciente se agite. Para esto, algunas intervenciones, como la terapia de estimulación cognitiva y la musicoterapia, han demostrado la disminución de los episodios de agitación (27-28). Además, se encontró que la carga del cuidador y su relación con el paciente influyen en la agitación, por

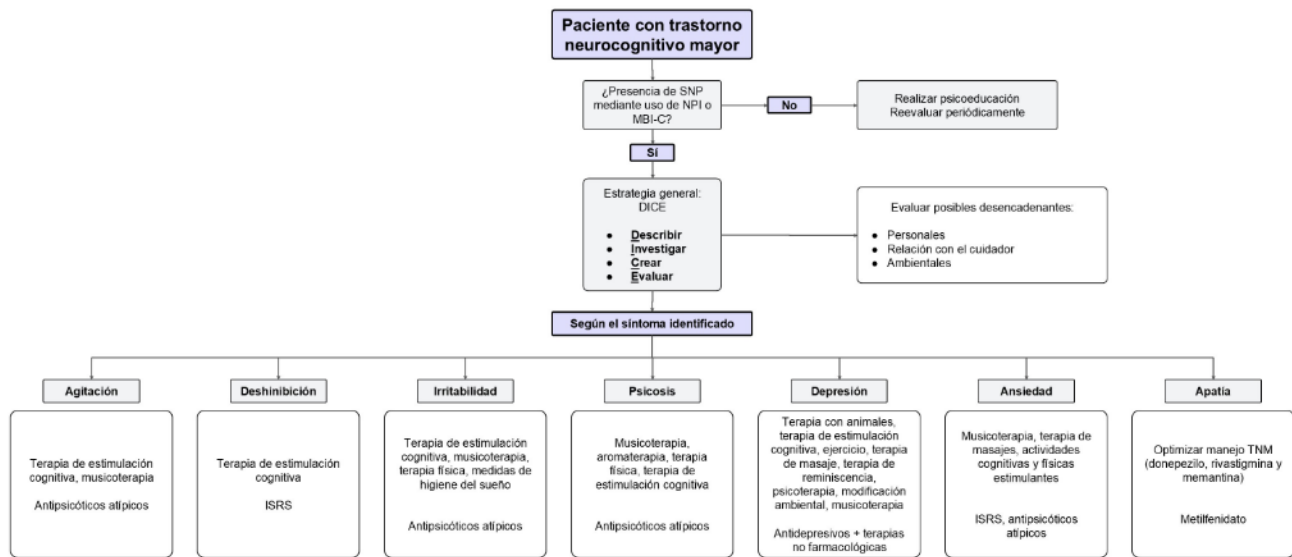


Figura 2. Algoritmo de abordaje terapéutico

Nota. DICE: describir, investigar, crear y evaluar; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; MBI-C: Mild Behavioral Impairment Checklist; NPI: siglas en inglés para inventario neuropsiquiátrico; SNP: síntomas neuropsiquiátricos.

Fuente: elaboración propia.

lo que es importante realizar psicoeducación e intervenciones sobre el cuidador.

Para este síntoma se ha propuesto la estrategia IPA (investigar, planificar y actuar), en la cual las estrategias no farmacológicas son la primera opción y el tratamiento farmacológico es personalizado y guiado por las características de la agitación. Si esta ocurre, principalmente por la noche, se sugiere el uso de trazodona. Si es de leve a moderada o se asocia con cambios en el estado de ánimo, se sugiere el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Si tiene una severidad moderada o grave, se sugiere el uso de antipsicóticos, carbamazepina o gabapentina. Si es grave y representa riesgo de daño, se sugiere el uso de antipsicóticos intramusculares (29).

Así mismo, se estudió el manejo con citalopram en el estudio CitAd, con una reducción clínicamente significativa de la agitación en pacientes con EA (30) y, en menor medida, el uso de antipsicóticos atípicos, en los cuales se ha encontrado una reducción ligera de la agitación (31).

Desinhibición

La terapia de estimulación cognitiva y la terapia física son las primeras recomendaciones que se deben considerar en este caso, ya que han demostrado mejoría de los síntomas de desinhibición. Además, se recomienda que las intervenciones ambientales sobre la relación con el cuidador, como la comunicación con el paciente, así como promover la comodidad y tranquilidad del paciente, se realicen previo a la prescripción farmacológica; sin embargo, en casos en los que la mejoría no sea significativa, se plantea el uso de antidepresivos, particularmente ISRS, que parecen ser el grupo de psicofármacos más eficiente como manejo conjunto para el control de estos síntomas (9).

Irritabilidad

Una de las principales intervenciones recomendadas es mejorar la relación con el cuidador por medio de una comunicación adecuada y un trato empático y respetuoso hacia los pacientes, sumado a los factores ambientales que propicien su aparición, por lo

que es la primera intervención que se recomienda a los pacientes que presentan irritabilidad. Entre otras intervenciones que han demostrado eficacia para este tipo de síntomas están: la terapia de estimulación cognitiva, la musicoterapia, la terapia física y las medidas de higiene del sueño (9).

Previamente se describía el uso de antipsicóticos atípicos como manejo para la irritabilidad en la EA, sin embargo, han surgido múltiples preocupaciones en torno a su uso. Actualmente, las benzodiacepinas no se consideran una opción adecuada en adultos mayores por el riesgo de confusión y caídas. Se estudió el uso de citalopram con una reducción significativa de la agitación, sin embargo, se observaron riesgos asociados a su uso (prolongación del QTc (segmento QT corregido) y empeoramiento cognitivo). También se ha evaluado el uso de memantina, con resultados principalmente en agitación psicomotora y resultados secundarios en cognición y mortalidad asociada (32).

Psicosis

La ideación delirante, por sí sola, puede ser difícil de tratar, sin embargo, hay intervenciones como la musicoterapia, la aromaterapia, la terapia física y la estimulación del contacto físico por parte del cuidador, que pueden mejorar significativamente estos síntomas; es por esto que deben ser las primeras intervenciones en realizarse, teniendo en cuenta el contexto del paciente. En caso de auto o heteroagresión, se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos, usualmente con risperidona y olanzapina como las opciones de primera línea (9).

Para las alucinaciones se pueden utilizar medidas de orientación y reorientación, y realizar un abordaje integral para descartar alucinaciones debidas a prescripción o interacción medicamentosa y descartar la presencia de delirium; una vez se realice este abordaje, una de las terapias más eficaces corresponde a la estimulación cognitiva. Adicionalmente, se puede pensar en el uso de antipsicóticos, en este caso la risperidona es la primera elección, siempre teniendo en cuenta el contexto de cada paciente y su tolerancia, previo al inicio de este (9); sin embargo, es importante resaltar que, en caso de alucinaciones en el contexto de enfermedad por cuerpos de Lewy o enfermedad de Parkinson, se debe tener especial precaución con la prescripción de antipsicóticos, en estos casos se ha estudiado el uso de quetiapina y

clozapina con adecuada respuesta en los síntomas psicóticos en estas dos patologías (33).

Trastornos del comportamiento nocturno

En cuanto a los trastornos del comportamiento nocturno, unas de las medidas más importantes son la orientación y la higiene del sueño (34–35). Evitar que un paciente tenga siestas diurnas, buscar que esté acompañado y tranquilo, especialmente durante la tarde, ha demostrado ser muy eficiente como parte del manejo; además, este tipo de propuesta terapéutica influye en la carga del cuidador (36). Aunque en este caso se prefieren las estrategias mencionadas, se puede dar manejo con fármacos como la trazodona (37) o, en algunos casos, antipsicóticos como la quetiapina en dosis bajas para potenciar su efecto hipnótico (38). En el caso de los síntomas de comportamiento nocturno, es importante evaluar otras condiciones tales como alteraciones de comportamiento del sueño REM en la enfermedad por cuerpos de Lewy (37).

Depresión

Frente a las estrategias para síntomas depresivos se encuentran la terapia con animales, terapia de estimulación cognitiva, ejercicio, terapia de masaje, terapia de reminiscencia, atención multidisciplinaria, terapia ocupacional, estimulación cognitiva combinada con un inhibidor de la colinesterasa (en caso de tener indicación por la etiología), ejercicio combinado con interacción social y estimulación cognitiva, y psicoterapia combinada con terapia de reminiscencia y modificación ambiental (39). Frente a la musicoterapia, se encontró evidencia moderada frente a la mejoría de síntomas depresivos al final de tratamiento (40).

Entre las estrategias farmacológicas, una revisión sistemática y metaanálisis del año 2018 incluyó estudios que evaluaban la respuesta de adultos mayores con TNM a diferentes antidepresivos, tales como imipramina, clomipramina, venlafaxina, mirtazapina e ISRS (sertralina, fluoxetina, citalopram y escitalopram), y encontró que hubo poca o ninguna diferencia en las puntuaciones de las escalas que evaluaban depresión en pacientes con TNM tratados con antidepresivos y aquellos tratados con placebo durante 12 semanas, sin evidenciar diferencias significativas después de 6 a 9 meses de tratamiento (17).

Por último, para el manejo de los síntomas depresivos, una revisión sistemática y un metaanálisis realizado en el año 2021 encontró que las intervenciones no farmacológicas, solas o en combinación con intervenciones farmacológicas, fueron más eficaces para reducir los síntomas de depresión que las intervenciones farmacológicas solas (38).

Ansiedad

Una revisión sistemática y un metaanálisis del año 2023 encontraron que las intervenciones más efectivas para reducir la ansiedad fueron la musicoterapia, las terapias con enfoques musculares (masajes) y la terapia de estimulación cognitiva. Dentro de la elección de intervenciones farmacológicas también se encontraron los ISRS y la trazodona, en caso de asociarse a insomnio (41). Además, se encontró evidencia de efectividad para olanzapina, citalopram y risperidona, por lo cual estos también podrían ser efectivos (42).

Apatía

Para el manejo de la apatía se encuentran estrategias como la terapia de estimulación cognitiva, terapia de reminiscencia y musicoterapia (43). El enfoque farmacológico estándar se basa en el uso optimizado de los medicamentos para EA (donepezilo, rivastigmina y memantina). La apatía está involucrada con los sistemas de recompensa, en el cual los circuitos dopaminérgicos desempeñan un papel fundamental, por lo que se han propuesto enfoques a través de estimulantes como el metilfenidato, el cual se demostró es efectivo para la reducción de la apatía en la EA, sin embargo, se asoció a mayor ansiedad, pérdida de peso y preocupación frente a posibles efectos cardiovascular. Por otro lado, aún no se ha demostrado la efectividad de medicamentos como modafinilo y de agonistas dopaminérgicos como la rotigotina o los ISRS (43).

Conclusión

Los SNP son parte del curso de los TN y pueden generar gran carga de enfermedad en las personas con TNM y sus cuidadores. Por esta razón, es de gran importancia detectarlos por medio de herramientas diagnósticas y tratarlos con estrategias individualizadas, con el fin de aliviar los síntomas, proveer me-

joría en la calidad de vida de las personas con TNM y sus cuidadores, y reducir el impacto que tienen sobre el deterioro cognitivo y funcional de las personas que los presentan.

Contribución de los autores. María José Morillo Peña: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Valentina Ramírez Castellanos: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Diego Andrés Chavarro Carvajal: conceptualización, supervisión, validación, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); José Manuel Santacruz Escudero: conceptualización, supervisión, validación, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés con la publicación de este artículo.

Financiación. Los autores declaran no haber recibido ayuda o financiación proveniente de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro para la redacción o publicación de este artículo.

Implicaciones éticas. El presente artículo no tiene implicaciones éticas.

Uso de inteligencia artificial (IA). Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial en la elaboración o escritura del presente artículo.

Declaración de datos. Los autores declaran que no existen datos disponibles publicados en acceso abierto en repositorios. Para cualquier consulta o solicitud relacionada con el artículo se debe contactar al autor de correspondencia.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]. 5.ª edición. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Ramos Martín-Vegue AJ. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10-ES: solo sombras en su implantación. *Rev Calid Asist.* 2017;32(1):6-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.12.002>
3. Santacruz Escudero JM, Beltrán J, Palacios Á, Chimbí CM, Matallana D, Reyes P, et al. Neuropsychiatric symptoms as predictors of clinical course in neurodegeneration: a longitudinal study. *Front Aging Neurosci.* 2019;11:176. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00176>
4. García-Martín V, de Hoyos-Alonso MC, Ariza-Cardiel G, Delgado-Puebla R, García-Domingo P, Hernández-Melo E, et al. Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):71. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02762-9>
5. Ming Liew T. Symptom clusters of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and their comparative risks of dementia: a cohort study of 8530 older persons. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(8):1054.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.012>
6. Mortby ME, Burns R, Eramudugolla R, Ismail Z, Anstey KJ. Neuropsychiatric symptoms and cognitive impairment: understanding the importance of co-morbid symptoms. *J Alzheimers Dis.* 2017;59(1):141-53. <https://doi.org/10.3233/jad-170050>
7. Altomari N, Bruno F, Laganà V, Smirne N, Colao R, Curcio S, et al. A comparison of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and BPSD sub-syndromes in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2022;85(2):691-9. <https://doi.org/10.3233/jad-215061>
8. Botero-Rodríguez F, Córdoba Sastoque AM, Santacruz Escudero JM, Santamaría-García H. Neuropsychiatric symptoms in patients with neurocognitive disorder and their performance between mild and major stages. *J Alzheimers Dis.* 2022;85(4):1735-44. <https://doi.org/10.3233/jad-215283>
9. Ford AH. Neuropsychiatric aspects of dementia. *Maturitas.* 2014;79(2):209-15. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.005>
10. Chimbí-Arias C, Santacruz-Escudero JM, Chavarro-Carvajal DA, Samper-Ternent R, Santamaría-García H. Behavioural disturbances in patients with diagnosis of neurocognitive disorder in Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(3):136-41. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.007>
11. Cho E, Kim S, Heo SJ, Shin J, Hwang S, Kwon E, et al. Machine learning-based predictive models for the occurrence of behavioral and psychological symptoms of dementia: model development and validation. *Sci Rep.* 2023;13(1):8073. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35194-5>
12. Deví Bastida J, Jodas Clemente L, Jofre Font S, Arroyo Cardona E. Premorbid personality as a risk factor in the appearance of psychological and behavioural symptoms of dementia: systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019;54(3):168-80. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.08.006>
13. Bankole A, Anderson MS, Homdee N, Alam R, Lofton A, Fyffe N, et al. BESt: Behavioral and environmental sensing and intervention for dementia caregiver empowerment—Phases 1 and 2. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2020;35:1533317520906686. <https://doi.org/10.1177/1533317520906686>
14. Cations M, Atee M, Morris T, Whiting D. Neuropsychiatric symptoms of dementia in those with and without a recorded history of psychological trauma: a comparative study from an Australian dementia support service. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2024;39(1):e6054. <https://doi.org/10.1002/gps.6054>
15. Steck N, Cooper C, Orgeta V. Investigation of possible risk factors for depression in Alzheimer's disease: a systematic review of the evidence. *J Affect Disord.* 2018;236:149-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.034>
16. Aalten P, Verhey FRJ, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;24(6):457-63. <https://doi.org/10.1159/000110738>
17. Teixeira AL, Pessoa Rocha N, Gatchel J. Behavioral or neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: from psychopathology to pharmacological management. *Arq Neuropsiquiatr.* 2023;81(12):1152-62. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777774>
18. Gerlach LB, Kales HC. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Geriatr Med.* 2020;36(2):315-27. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.010>

19. 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(3):929–38. <https://doi.org/10.3233/jad-160979>
20. Cummings J. The neuropsychiatric inventory: development and applications. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2020;33(2):73–84. <https://doi.org/10.1177/0891988719882102>
21. 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(2):195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.017>
22. Botero-Rodríguez F, López Figueroa C, Moreno-Contreras J. Evaluación de síntomas neuropsiquiátricos para la detección temprana de trastorno neurocognoscitivo. *Acta Neurol Colomb.* 2023;39(1):e888. <https://doi.org/10.22379/anc.v39i1.888>
23. Howell T. The Wisconsin Star Method: understanding and addressing complexity in geriatrics. En: Malone ML, Boltz M, Macias Tejada J, White H, editores. *Geriatrics Models of Care.* Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 87–94. http://doi.org/10.1007/978-3-319-16068-9_7
24. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(4):762–9. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>
25. Hsu TJ, Tsai HT, Hwang AC, Chen LY, Chen LK. Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17:28–35. <http://doi.org/10.1111/ggi.13037>
26. Marín-Medina DS, Camacho-Gomez OL, Escobedo-Martínez JA, Jaramillo-Toro C, Sánchez-Duque JA. Deprescribing in the elderly with dementia. *Acta Neurol Colomb.* 2024;40(2). <https://doi.org/10.22379/anc.v40i2.1829>
27. Aleixo MAR, Santos RL, do Nascimento Dourado MC. Eficácia da musicoterapia nos sintomas neuropsiquiátricos da demência: revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(1):52–61. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000150>
28. Cummings J, Sano M, Auer S, Bergh S, Fischer CE, Gerritsen D, et al. Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. *Int Psychogeriatr.* 2024;36(4):251–62. <https://doi.org/10.1017/s104161022200103x>
29. Ehrhardt S, Porsteinsson AP, Munro CA, Rosenberg PB, Pollock BG, Devanand DP, et al. Escitalopram for agitation in Alzheimer's disease (S-CitAD): methods and design of an investigator-initiated, randomized, controlled, multicenter clinical trial. *Alzheimers Dement.* 2019;15(11):1427–36. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.06.4946>
30. Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;12(12):CD013304. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013304.pub2>
31. Koenig AM, Arnold SE, Streim JE. Agitation and irritability in Alzheimer's disease: evidence-based treatments and the black-box warning. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(1):3. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0640-7>
32. Spalletta G, Caltagirone C, Padovani A, Sorbi S, Attar M, Colombo D, et al. Cognitive and affective changes in mild to moderate Alzheimer's disease patients undergoing switch of cholinesterase inhibitors: a 6-month observational study. *PLoS One.* 2014;9(2):e89216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089216>
33. Kyle K, Bronstein JM. Treatment of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a review. *Parkinsonism Relat Disord.* 2020;75:55–62. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.05.026>
34. Sartorio Menegardo C, Alencar Friggi F, Baldon Scardini J, Souza Rossi T, Dos Santos Vieira T, Tieppo A, et al. Sun-down syndrome in patients with Alzheimer's disease dementia. *Dement Neuropsychol.* 2019;13(4):469–74. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040015>
35. Kopf D. Massage and touch-based therapy: clinical evidence, neurobiology and applications in older patients with psychiatric symptoms. *Z Gerontol Geriatr.* 2021;54(8):753–8. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01995-4>
36. Wennberg A, Wu M, Rosenberg P, Spira A. Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: a review. *Semin Neurol.* 2017;37(4):395–406. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604351>
37. Rocca P, Marino F, Montemagni C, Perrone D, Bogetto F. Risperidone, olanzapine and quetiapine in the treatment of behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease: preliminary findings from a naturalistic, retrospective study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;61(6):622–9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01729.x>
38. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2021;372:n532. <https://doi.org/10.1136/bmj.n532>
39. van der Steen JT, van Soest-Poorvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJPM, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5(5):CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003477.pub3>

40. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Denning T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8(8):CD003944. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003944.pub2>
41. Nimmons D, Aker N, Burnand A, Jordan KP, Cooper C, Davies N, et al. Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the management of anxiety in community dwelling people living with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2024;157:105507. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2023.105507>
42. Dolphin H, Dyer AH, McHale C, O'Dowd S, Kennelly SP. An update on apathy in Alzheimer's disease. *Geriatrics.* 2023;8(4):75. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8040075>
43. Teixeira AL, Gonzales MM, Cruz De Souza L, Weisenbach SL. Revisiting apathy in Alzheimer's disease: from conceptualization to therapeutic approaches. *Behav Neurol.* 2021:6319826. <https://doi.org/10.1155/2021/6319826>