

Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas

Laura Mune

*Lic. en Psicología
Servicio social. Nuevo Hogar LeDor VaDor*

Hugo Pisa

*Médico especialista en Psiquiatría
Psiquiatra del Nuevo Hogar LeDor VaDor
Director Médico de Integra Más
E-mail: hugo.pisa@gmail.com*

Introducción

En 1996, la *International Psychogeriatric Association* reemplaza el término “Trastornos del comportamiento” (como se conocía hasta ese momento) por el de “Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias” (en inglés BPSD: *Behavioral and Psychological symptoms of*

dementia). Los definió como aquellos signos y síntomas que afectan la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta en los pacientes con demencia (1, 2). Son frecuentes: afectan al 90% en algún momento de su evolución (3).

Resumen

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias son una de las principales causas de institucionalización. También pueden atentar contra la misma: algunas instituciones “se niegan” a recibir o a que la persona continúe en el lugar. Por último, constituyen situaciones de difícil manejo que ponen en jaque la estabilidad del equipo tratante. La aproximación psicosocial está constituida por una amplia gama de intervenciones que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el “manejo” de la persona con demencia.

El objetivo de este trabajo es revisar aspectos teóricos y (re)valorizar el rol de la aproximación psicosocial a partir de las intervenciones psico-sociales.

Palabras clave: BPSD - Geriátrico - Aproximación psicosocial.

PSYCHOSOCIAL APPROACH OF BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA IN GERIATRICS INSTITUTIONS

Abstract

The psychological and behavioural symptoms of dementia are one of the most important causes of institutionalization. They can, otherwise, go against it: some institutions refuse to accept patients or their staying there.

Lately, this creates difficult situations to deal with that can destabilize the medical team. A psychosocial approach is based in a wide variety of interventions that are designed in the patient himself, to relief the stress that generates dealing people with dementia.

The aim of this paper is to analyze theoretical issues and to revalue the role of psychosocial approach based on psychosocial interventions.

Key Words: BPSD - Nursing home - Psychosocial approach.

Este conjunto de signos y síntomas conduce a la prescripción (y abuso) de psicofármacos y suelen ser una de las principales causas de institucionalización (4). De igual modo, pueden hacer peligrar la misma: algunas instituciones “se niegan” a recibir o a que la persona continúe en el lugar, debido a que ciertas conductas pueden resultar disruptivas para el entorno. Por último, constituyen en muchos casos situaciones de difícil manejo que ponen en jaque la estabilidad del equipo tratante.

La aproximación psicosocial está constituida por una amplia gama de intervenciones (5) que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el “manejo” de la persona con demencia. En particular, la agitación, la psicosis, la agresión y la depresión son causas importantes de malestar y descompensación tanto para los pacientes, como para los encargados de su cuidado y asistencia (6); lo que puede ocasionar, a su vez, conductas negligentes y de violencia por parte del personal u otros residentes. Si seguimos esta línea, tener en cuenta la aproximación psicosocial y el uso de intervenciones psicosociales puede proporcionar al personal un sentido de control de la situación y reducir las expectativas poco realistas de los resultados inmediatos (7).

El objetivo de este trabajo es revisar, a partir de ejemplos clínicos hipotéticos, aquellos aspectos teóricos que constituyen el punto de partida para la comprensión de situaciones (frecuentes) que en la clínica se manifiestan como complejas y requieren por parte del profesional una mirada y una escucha particular. Una mirada y una escucha que va a permitir llevar a cabo intervenciones “a la medida” del paciente. Porque esto ofrece la oportunidad para aliviar el sufrimiento y reducir la carga del familiar/cuidador (8). Esto no quiere decir desvalorizar el lugar del psicofármaco (usado muchas veces con la falsa sensación de que acortan camino hacia la estabilidad que, en ocasiones, no es tal, sino todo lo contrario: se agregan efectos adversos que empeoran el cuadro). Pretendemos (re)valorizar el rol de la aproximación psicosocial a partir de las intervenciones psico-sociales que son las que día a día se ponen en juego. Constituyendo verdaderos desafíos de la práctica asistencial en una institución geriátrica.

Antes que nada: lo primero y lo segundo

En primer lugar, es importante tener en cuenta que pueden producirse síntomas conductuales en pacientes con demencia sin que, necesariamente, se deban al síndrome demencial. Entre las causas más frecuentes se destacan enfermedades infecciosas (sobre todo urinarias y respiratorias); descompensación clínica (por ejemplo: hiponatremia); y secundarias a fármacos. Situaciones que deben ser tenidas en cuenta ante conductas inapropiadas que irrumpen de forma aguda.

Descartado esto a partir de una evaluación clínica exhaustiva, podemos inferir que los síntomas forman parte de la evolución del cuadro demencial.

En segundo lugar, citaremos a modo de repaso lo que puntualiza Cohen-Mansfield. Define al BPSD como “actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por

un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión del paciente” (9). Es decir que la reacción del paciente es desmedida, exagerada o inadecuada y no tiene un desencadenante que la justifique. ¿Cuáles son los síntomas que lo conforman? *Psicológicos*: delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos, ansiedad, depresión, apatía. Y dentro de los *conductuales*: vagabundeo (*Wandering*), agitación (actividad motora o vocal inapropiada que no es debida a un síndrome confusional o necesidad del paciente; pueden ser agresivas o no agresivas), reacciones catastróficas, quejas/acusaciones, desinhibición, negativismo.

Las intervenciones: tipos

Como dijimos, es necesario desarrollar, evaluar y poner en práctica intervenciones psicosociales que constituyan una alternativa segura y eficaz a la medicación psicofarmacológica en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias. Con la intención de discriminar los diferentes “tipos” de intervenciones que se llevan a cabo, en general, en las residencias geriátricas, se realizó una revisión extensa de trabajos publicados entre 2000 y 2012. Sobre un total de 641 trabajos se individualizaron las siguientes categorías (10):

Terapia de reminiscencia: individual o grupal. Se trabaja sobre las experiencias pasadas a partir del uso de material que sirve de estímulo: fotos, canciones, objetos familiares, etc.

Musicoterapia: en general, se lleva a cabo de forma grupal y se personaliza de acuerdo con los gustos de los integrantes. Entre sus beneficios se destacan la disminución de la ansiedad y la inquietud. También puede favorecer al sueño (11, 12).

Actividades recreativas: se pueden realizar individual o grupalmente. Promueven el objetivo de estimular la creatividad, el sentido de autosuficiencia y el bienestar. Se adaptan a los intereses de la persona o el grupo.

Interacción social: hacen hincapié en la importancia de las relaciones y la comunicación. Se utilizan peluches, muñecos y juguetes.

Terapia de validación: desarrollada por Naomi Feil, constituye una terapia de comunicación que se basa en una actitud de respeto y empatía hacia los pacientes. Se fundamenta en el hecho de considerar la existencia de una razón que justifique las “conductas inapropiadas”. En este abordaje se insiste en que nunca se debe discutir o enfrentarse con el paciente, ni intentar que asuma su conducta anómala.

Actividad física: incluye caminata o actividades individuales (juegos de pelota, ejercicios de silla, danza o terapias alternativas como el Tai Chi), adaptadas a las preferencias y habilidades individuales.

Capacitación centrada en la persona: tiene como objetivo la capacitación del personal encargado de la asistencia para reconocer en los pacientes con demencia a individuos que tienen necesidades emocionales, psicológicas, físicas y ocupacionales como cualquier otra perso-

na. El deterioro cognitivo, desde esta perspectiva, es sólo un elemento más a tener en cuenta.

Agregaremos, para terminar, algunas de las intervenciones –que podríamos calificar de generales– recomendadas por la *International Psychogeriatric Association* (13). Aclaramos que no es una mera transcripción, sino que tomaremos las mismas como base para adaptarlas al contexto sobre el que pretendemos profundizar: la institución geriátrica.

Intervenciones ambientales: 1) *Físicas*: luces tenues, paredes pintadas con colores suaves, ambientes no sobrecargados, evitar cambios (de habitación, de mesa, de asistentes, cuidadores, profesionales), timbres y teléfonos con volumen atenuado, camas bajas, promover la exposición de luces brillantes (luz solar), evitar la contención física. 2) *Temporales*: realizar actividades diarias de forma previsible y rutinaria; mantener horarios fijos de comida, sueño y despertar.

Intervenciones sobre déficit sensoriales: es importante mantener el cuidado y control oftalmológico y a nivel auditivo (tapón de cera y uso de audífono).

Intervenciones conductuales: se trata de adaptar la conducta del paciente al ambiente y otras oportunidades, el ambiente a la conducta del paciente. Este punto nos sirve de partida para desarrollar lo relacionado con la “Aproximación psicosocial” porque sin dudas se debe individualizar las medidas para cada paciente. Dentro de los síntomas más comunes se encuentra el *vagabundeo* (*Wandering*) (14), “¿el paciente está desorientado, aburrido, buscando algún lugar o persona?”. El mismo puede ser permitido siempre y cuando no comprometa su seguridad. Para esto es necesario contar con un calzado cómodo y un ambiente propicio (amplios y sin obstáculos). Puede ser útil situarlo en una situación conocida; por ejemplo para un residente abogado fueron útiles frases como: “Lo acompaño a su escritorio”, “Lo esperan para firmar unos papeles”. También es importante que la habitación tenga el nombre visible a la entrada.

Otra situación frecuente y que genera malestar son las *conductas sexuales inapropiadas*. Ante esto es fundamental no reaccionar de manera desmedida usando un tono imperativo y de reto. Al contrario, se debe mantener una actitud calma y evitar la confrontación. Hay que utilizar maniobras distractoras y en algunos casos es conveniente cambiarlo de sitio.

No vamos a negar la importancia que puede tener cada una de las intervenciones que citamos. ¿Pero a qué podríamos atribuir el éxito o no de cada una?, ¿por qué usar una y no la otra? Si seguimos la línea que proponen los diferentes artículos diremos que “se vio” que tal intervención fue o no efectiva en un grupo determinado de pacientes. Esto, sin duda, nos puede crear la “falsa” seguridad acerca de que determinado síntoma conductual se trata con determinada intervención. Por otro lado, debemos tener en cuenta que todas las actividades referidas tienen una duración que puede variar entre 45 minutos y una hora. ¿Cuál es la “vida media” de la actividad o de la intervención?, ¿puede resultarnos de utilidad en una institución geriátrica?

La aproximación psicosocial

Llevar a cabo una determinada “intervención” no constituye de por sí una “aproximación psicosocial” si no se consideran ciertos aspectos que veremos a continuación.

Según Cohen-Mansfield, las causas de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias se clasificarían sobre la base de los siguientes modelos teóricos (15):

1. Las “necesidades insatisfechas”. Pacientes con deterioro cognitivo avanzado, algo frecuente en las instituciones geriátricas, son incapaces de expresarse. Situación que puede traducirse en la práctica a partir de perseveraciones, preguntas repetidas e incesantes, quejidos, gritos, agresividad.
2. Un modelo conductual de aprendizaje. En pocas palabras, hay una conducta “inapropiada” que se refuerza a partir de la obtención de un resultado por parte del paciente, como sería el hecho de recibir –a partir de dicha conducta– la asistencia médica, del cuidador, de enfermería, incluso la visita o mayor presencia familiar.
3. Un modelo de vulnerabilidad ambiental. Los pacientes con demencia son sensibles y propensos a descompensarse ante cualquier cambio: del ambiente (habitación, lugar en el comedor, compañero de mesa), de la persona que lo asiste, del profesional, de un horario, etc.
4. A causa de la evolución de la demencia.

Estos modelos –cuyo desarrollo más extenso excede el objetivo de este trabajo– nos permiten ubicarnos al momento de llevar a cabo la semiología correspondiente. En este punto deberemos profundizar sobre el patrón con el cual se presentan; es decir, su frecuencia y probables desencadenantes, que no serían –en particular– los mencionados, sino específicamente los referidos a la singularidad del paciente desde la mirada que puede dar uno u otro modelo teórico. De la misma manera, nos permitirá cumplir con el objetivo que nos planteamos desde el principio: llevar a cabo una aproximación psicosocial del problema/síntoma y realizar a partir de ahí intervenciones a la medida del paciente.

Debido a la naturaleza compleja y desafiante que nos plantea la demencia y dentro de esta los síntomas conductuales, el tratamiento y manejo de los pacientes deben ir más allá –como dijimos– del abordaje farmacológico. En esta línea, la aproximación psicosocial tiene como objetivo permitir el diseño de intervenciones específicas para aliviar la carga y el estrés de cuidar, aspectos esenciales para los encargados del acompañamiento y asistencia del paciente con demencia en las instituciones geriátricas, debido a que es un ámbito en el cual generalmente residen personas con un deterioro cognitivo avanzado; lo que a su vez se asocia con un aumento de las conductas agresivas y mayor probabilidad de depresión (16).

Las intervenciones psicosociales: ejemplos

Llegados a este punto, las intervenciones deben ser diseñadas en forma individual (para el paciente) y de

manera interdisciplinaria; es decir, compartiendo los enfoques que brindan los diferentes integrantes del equipo: el personal de enfermería, psicólogo, asistente social y médico (17).

Es necesario llevar a cabo un trabajo biográfico. Para cumplir con este objetivo deberemos generar un “espacio” en el cual se puedan provocar modificaciones subjetivas en los pacientes/residentes. La “entrevista” es una intervención necesaria que no sólo genera un apoyo afectivo, sino que además posibilita la integración de un residente a la institución y estimula las fortalezas y habilidades que mantiene el anciano. Por este motivo, es necesario escuchar su percepción y el relato en primera persona sobre lo que le acontece (18). Tomaremos conocimiento –a partir de la entrevista con sus allegados– sobre el lugar que ocupaba el anciano en el núcleo familiar, o si no lo tiene. También lo referido a la historia social, sus gustos, ocupación, hijos, percepción del apoyo social, estado emocional. Conocer estos aspectos nos permitirá conocerlo en su singularidad y anticipar probables situaciones que podrían constituir el/los desencadenante/s de una descompensación. En otros casos, cuando existe una disminución de la habilidad para comunicarse, la “observación” se torna esencial a fin de “traducir” el lenguaje no verbal (postura, expresión facial, movimientos, rigidez, gemidos, suspiros, frente arrugada, semblante, gestos, cambios de hábitos). En este caso se torna esencial la comunicación fluida con el personal encargado de asistirlo. El trabajo será comprender cuál es la razón que se “oculta” detrás de esa conducta, en consonancia con lo expresado por Naomi Feil.

En este punto es habitual escuchar que una parte del tratamiento consiste en la “educación de los cuidadores”. La recomendación es “enseñar técnicas” para minimizar los problemas de comportamiento (19, 20). Consideramos, siguiendo la tesis que seguimos, que la “educación” debe ser dirigida a todo el equipo para el paciente en particular. No hay nadie que desde su saber pueda dar cuenta de todos los aspectos que reviste la complejidad del tratamiento del paciente con demencia que presenta BPSD. Cada uno, desde su lugar, tiene un aporte que, ante una situación determinada, puede constituir “la solución”.

La aproximación psicosocial desafía a los miembros del equipo e incluso investigadores para desarrollar intervenciones nuevas y creativas (21). Las mismas constituyen una parte esencial del tratamiento y deben utilizarse siempre, dejando la prescripción del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resultaran insuficientes.

Ejemplo 1: la sobreviviente

La Sra. L., de 86 años, ingresa a la institución luego de sufrir una fractura de cadera. Su ingreso se encuentra marcado con una fuerte identidad hacia la misma por ser sobreviviente del Holocausto. Si bien presentaba alteraciones cognitivas, conservaba su capacidad de comunicarse. Todas sus conversaciones se encontraban teñidas por sus vivencias. Por este motivo se inicia un abordaje

psicoterapéutico, pero a medida que el deterioro cognitivo avanzó no pudo sostenerla, no tenía ni la capacidad ni –según sus palabras *la ganas*– la voluntad. A partir de ese momento se comienza a subjetivarla desde las intervenciones conductuales: el personal de enfermería no ingresaba de noche a su habitación porque se despertaba muy agitada: la situación la remitía a la guerra. Por este motivo se contempló que sus compañeras de habitación no necesitaran cambio de pañal durante la noche.

Las situaciones de intimidad, en las cuales la paciente se “sentía” expuesta, generaban “reacciones catastróficas” con las consecuentes quejas por parte del personal. En este contexto se trabajó con el objetivo de favorecer la intimidad: se procuró que fuera asistida siempre por la misma persona (mujer), que lo lleve a cabo con calma y de forma respetuosa, explicándole cada una de las cosas que iba a realizar y que cuente con todos los elementos necesarios antes de comenzar a asistirle.

Ante frases de tono imperativo del estilo “Te vas a quedar acá hasta que...”, “Ahora te va a ver el...”, se producían episodios de agresividad (verbal y/o física). Como intervención se acordó: el uso de un tono de voz calmado y reasegurador; evitar la confrontación y no intentar convencerla de que estaba equivocada; utilizar ante estas situaciones maniobras distractoras, y no responder de manera agresiva.

Otra línea de trabajo se centró en la familia. Sobre todo en la aceptación por parte de sus hijos de la enfermedad de la madre con el objetivo de tramitar el duelo por el referente perdido.

Ejemplo 2: el nieto

La Sra. C., residente en una institución geriátrica, presentaba un síndrome demencial avanzado. En ese contexto manifestaba sentirse angustiada debido a que “le habían sacado a su nieto” mientras ella dormía sentada. Ante esta situación se intentaron maniobras distractoras, pero no resultaron eficaces. La angustia no solo no cesaba, sino que se incrementaba.

Se ensayó otra intervención que tomó como punto de partida la circunstancia que la angustiaba: se le explicó que, efectivamente, se le había sacado el nieto porque, al haberse quedado dormida, se corría el riesgo de que se cayera, y que, por ser el horario de la mañana, se encontraba en la guardería. Esta estrategia tuvo un buen resultado a partir de que fue llevada a cabo por una asistente con la cual tenía un vínculo de confianza. La aclaración cabe debido a que en otra oportunidad similar no tuvo el mismo efecto cuando se lo dijo alguien que –según la paciente– no la conocía.

Ejemplo 3: hotel de lujo

El Sr. A., de 87 años, residente de una institución geriátrica, presentaba un síndrome demencial avanzado. Pertenecía a un nivel socioeconómico alto. Se destacaba en este contexto unos rasgos de personalidad premórbi-dos de características narcisistas.

En su dinámica en la institución se destacó desde el

inicio lo que impresionaba “una idea delirante que la estabilizaba”. La misma consistía en manifestar que se encontraba en un hotel de lujo, donde los asistentes eran las mucamas y el acompañante terapéutico, el conserje. A partir de esta ideación se adaptó sin inconvenientes: es el lugar en el que quiere estar, un hotel.

En general se sostuvo esta propuesta, al punto de que un cambio de habitación constituyó un cambio de departamento.

Para finalizar

Estos ejemplos resumen lo que consideramos un tratamiento a partir de una aproximación psicosocial del paciente. Un abordaje que permite generar intervenciones a la medida, que contemplan su singularidad y

complejidad. Queremos resaltar que el sólo hecho de indicar una intervención específica dirigida a atenuar un síntoma sin tener en cuenta las diferentes variables que expusimos a partir de la propuesta de un *Trabajo biográfico*, podría ser equivalente a pensar que a un paciente deprimido simplemente se le indica un antidepresivo. Las intervenciones incluyen la gestión de la salud física, los síntomas psiquiátricos, factores ambientales (22), así como la “narrativa”, personalidad (de paciente y de los encargados de la asistencia (23)), y el contexto (institucional y familiar).

Por último, el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos es interdisciplinario. La aproximación psicosocial ofrece la posibilidad de aliviar el sufrimiento, reducir la carga, el malestar y la angustia que pueden generar los pacientes con demencia ■

Referencias bibliográficas

1. van der Linde RM, Denning T, Matthews FE, Brayne C. Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014 Jun;29(6):562-8.
2. Szulik J. Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. Nuevas líneas de investigación. *Vertex Rev Arg. de Psiquiat* 2001, Vol XII: 107-118.
3. Ballard C., Corbett A., Chitramohan R., Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current Opinion in Psychiatry* 2009, 22:532-540.
4. Steele C., Rovner B., Chase G., Folstein, M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry* 1990, 147: 1049-1051.
5. Health Quality Ontario. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2008;8(4):1-98.
6. Khan F., Curtice M. Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *Br J Community Nurs* 2011 Sep;16(9):441-9.
7. Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician* 2006 Feb;52:191-9.
8. Tripathi M, Vibha D. An approach to and the rationale for the pharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ann Indian Acad Neurol* 2010 Dec;13(Suppl 2):S94-8.
9. Churchill M, Safaoui J, McCabe B, Baun M. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999 Apr;37(4):16-22.
10. Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, Woods B, Ballard C. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014 Jul;26(7):1083-98.
11. Gerdner LA. Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World J Psychiatry* 2012 Apr 22;2(2):26-32.
12. Raglio A, Filippi S, Bellandi D, Stramba-Badiale M. Global music approach to persons with dementia: evidence and practice. *Clin Interv Aging* 2014 Oct 6;9:1669-76.
13. Module 5. Non-pharmacological treatments. Incluido en: The IPA Complete Guides to Behavioral and psychological Symptoms of Dementia. Disponible en: http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/___IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf
14. Cipriani G, Lucetti C, Nuti A, Danti S. Wandering and dementia. *Psychogeriatrics* 2014 Jun;14(2):135-42.
15. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001. Fall;9(4):361-81.
16. Margari F, Siculo M, Spinelli L, Mastroianni F, Pastore A, Craig F, Petruzzelli MG. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012;8:347-53.
17. Pestana LC, Caldas CP. Nursing care for the aged with dementia and with behavioral symptoms. *Rev Bras Enferm* 2009 Jul-Aug;62(4):583-7.
18. Ericsson I, Kjellström S, Hellström I. Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia (London)* 2013 Jan;12(1):63-79.
19. Hersch EC, Falzgraf S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging* 2007;2(4):611-21.
20. Sink K, Holden K, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. *JAMA* 2005;293:596-608.
21. Mintzer J, F Mirski D, S Hoernig K. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. *Dialogues Clin Neurosci* 2000 Jun;2(2):139-55.
22. Kozman M, Wattis J, Curran S. Pharmacological management of behavioral and psychological disturbance in dementia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2006;21:1-12.
23. Melo G, Maroco J, de Mendonça A. Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011 Dec;26(12):1275-82.