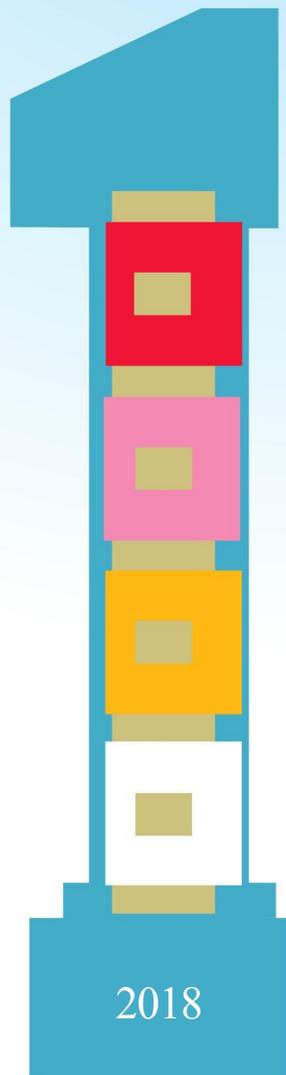




CENTRO DE
REFERENCIA ESTATAL
PARA PERSONAS
CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS

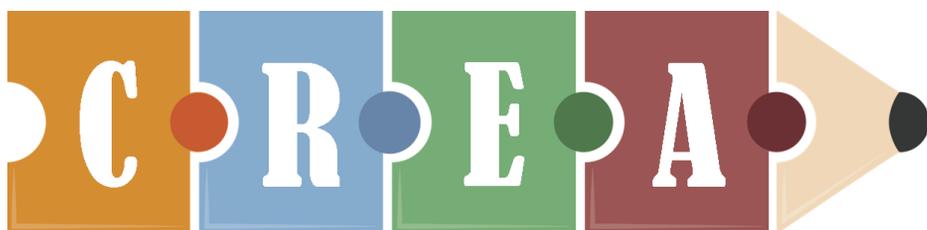


Recopilatorio

2018



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE ALZHEÍMER





Centro de Referencia Estatal de
atención a personas con
enfermedad de
Alzheimer y otras demencias de
Salamanca (IMSERSO).



PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN

El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias tiene entre sus principales objetivos la trasmisión del conocimiento entre profesionales del ámbito de las demencias. Por esta razón, desde el Blog del CRE de Alzheimer hemos publicado, con una periodicidad semanal, un artículo de divulgación científica elaborado por investigadores de diferentes universidades nacionales e internacionales.

En vista del número de visitas que estos trabajos han tenido en el blog, así como la buena acogida lograda en las redes sociales, hemos creído conveniente reunir en una guía el conjunto de artículos publicados a lo largo del ejercicio del 2018. En total, esta publicación recoge 23 textos divulgativos relacionados, en la mayor parte de los casos, con estudios sociosanitarios.

La totalidad de estas investigaciones, publicadas previamente en revistas científicas de gran prestigio, suponen un paso más en la lucha contra la enfermedad de Alzheimer y por mejorar la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de demencia y de sus familiares cuidadores.




 **ÍNDICE**

I. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL «SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR» DE PACIENTES CON DEMENCIA	9
II. INFORME «IMPACTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS»	11
III. DIETA Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	13
IV. EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA COMO TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. REVISIÓN SISTÉMICA	15
V. «IMPRESIONES EN AZUL» LA CIANOTIPIA COMO AGENTE CATALIZADOR DE LA MEJORA PSICOSOCIAL EN LAS PERSONAS CON DEMENCIA	17
VI. EJERCICIO FÍSICO Y ALZHEIMER	19
VII. PROYECTAR ESPACIOS PARA HABITANTES CON ALZHEIMER, UNA VISIÓN DESDE LA ARQUITECTURA	21
VIII. LA INVESTIGACIÓN A PARTIR DEL BANCO DE TEJIDOS NEUROLÓGICOS	23
IX. EL AMBIENTE FÍSICO Y LAS PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA. INTERPRETACIÓN Y ESTUDIO DE LAS FORMAS	25



X. AMPLIANDO LOS HORIZONTES DEL CUIDADO ¿ES POSIBLE HABLAR DE GANANCIAS ASOCIADAS AL CUIDADO?	27
XI. FUNCIONES EJECUTIVAS EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE	29
XII. LO QUE LA PSICOLOGÍA LE DEBE A LAS DEMENCIAS	31
XIII. TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA: UN POTENCIAL MÁS ALLÁ DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL	33
XIV. EL ALZHEIMER, ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE	35
XV. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS COMO FACTOR DE CONFUSIÓN EN LA DETECCIÓN DE LA DEMENCIA	37
XVI. JUEGOS TERAPÉUTICOS COMO ACERCAMIENTO A LOS PACIENTES DE ALZHEIMER Y A SUS CUIDADORES	39
XVIII. ESTUDIOS DE COSTES SOCIALES, DIRECTOS E INDIRECTOS, DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DEMENCIA	41
XVIII. CAMINAR AYUDA A MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	44
XIX. UNA APROXIMACIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES	45
XX. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRECIPITADA POR EL SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE	47
XXI. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: CÓMO HA RESURGIDO SU DIAGNÓSTICO	49
XXII. LA IMPORTANCIA DE LA LOGOPEDIA EN EL ALZHEIMER	51
XXIII. PREVALENCIA Y CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO DE DEMENCIA	53



JAVIER ZAFRA RAMÍREZ

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria. Universidad Miguel Hernández de Elche

El envejecimiento de la población es considerado un importante logro en la actualidad. No obstante, dicho resultado lleva asociado grandes desafíos a la sociedad, concretamente el cuidado de personas mayores. En este contexto, una de las patologías que mayor afectación funcional provoca es la demencia.

En España la prevalencia global de la demencia está entre un 7-10%, de los cuáles alrededor del 90% conviven con la familia y el 40% presentan una dependencia total. A estas cifras hay que añadir estudios epidemiológicos prospectivos que prevén que dichos porcentajes se triplicarán progresivamente.

La dependencia que promueve no solo se produce en el propio paciente, sino que también impacta intensamente en el entorno social, político y sobre todo familiar. Hay cambios de roles y alteraciones personales en la familia que hay que asumir. En determinadas ocasiones dichos afrontamientos provoca en el cuidador/a un deterioro global de la salud biopsicosocial, cansancio o incluso síntomas depresivos. De dicha situación ha nacido el llamado “Síndrome de sobrecarga del cuidador/a”.

Estudios previos han indicado que entre un 50-70% de cuidadores de pacientes con demencia presentaba algún tipo de carga, resaltando que de ellos alrededor del 30% mostraban sobrecarga intensa.

En nuestro país, la introducción de leyes nacionales o autonómicas, destacando la Ley de la Dependencia (Ley 39/2006) ha traído consigo un exitoso avance para este colectivo.



No obstante, aunque se reconoce por parte de la administración y los profesionales sanitarios la importancia de poner en marcha acciones para prevenir el cansancio en el rol del cuidador, aun es frecuente una atención sanitaria centrada en el propio paciente con demencia. En definitiva se obvia o se infradiagnostica la sobrecarga propia del cuidador/a.

El objetivo de dicho protocolo de investigación es proporcionar los pasos a seguir en la realización de un estudio descriptivo transversal para determinar la prevalencia real del «Síndrome de sobrecarga» en cuidadores de pacientes con demencia, indagando en los factores que se asocian a un mayor nivel de sobrecarga. Así mismo, se podrá fijar la proporción total de cuidadores y aquellos con seguimiento sanitario. El protocolo está acompañado por una serie de herramientas (variables, escalas y test estandarizados) utilizados en el estudio del cuidador y del paciente con demencia para ser la base que oriente en el modo de recoger los datos.

Los resultados permitirán cuantificar el grado de infradiagnóstico de dicho Síndrome. Este proyecto puede generar un conocimiento que puede ser inferido a la población general, para concienciar sobre la necesidad de una valoración integral del contexto familiar del paciente con demencia, así como facilitar el enfoque de Planes de Apoyo a partir del conocimiento de los factores predisponentes de sobrecarga.



ALBERTO VILLAREJO

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Doce de Octubre, IMAS12, Ciberned
Universidad Complutense de Madrid, España

La demencia es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. En España, la mayoría de estudios en población mayor de 65 años estiman una prevalencia entre el 4 y el 9%, llegando a alcanzar el 31-54% en las personas mayores de 90 años. La prevalencia es mayor en mujeres para casi todos los grupos de edad. Aunque no se dispone de cifras oficiales respecto al número de casos de demencia en España, algunas estimaciones lo sitúan en torno a los 500.000-600.000 casos, con una proyección para 2050 de cerca de un millón de casos, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente, ya que supone entre el 50 y el 70% del total de casos. En segundo lugar aparece la demencia asociada a patología vascular, ya sea demencia vascular pura o por patología mixta (vascular y Alzheimer). La demencia frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson son también causas frecuentes de demencia.

Las personas con demencia padecen más enfermedades que la población general, con una media de hasta 2,4 enfermedades crónicas más, destacando la alta prevalencia de factores de riesgo vascular. Complicaciones frecuentes de la demencia son las alteraciones de conducta, caídas, infecciones y pérdida de movilidad. Presentan un riesgo aumentado de ingreso hospitalario, y estancias medias más prolongadas. Por otra parte, las quejas cognitivas se han convertido en una de las principales motivos de consulta en Neurología: el segundo en la población general y el primero en los mayores de 65 años.



La demencia es una importante causa de muerte. Según los datos de mortalidad del INE de 2015, la categoría 'demencia' aparece como la cuarta enfermedad con más fallecimientos a lo largo del año (20.442: 13.800 mujeres, 6.642 varones), mientras que la enfermedad de Alzheimer es la séptima causa de muerte, con 15.578 muertes (11.004 mujeres, 4.574 varones). Esto significa que, si se sumaran ambas, superarían a la primera causa de muerte, las 'enfermedades isquémicas del corazón' (33.769 defunciones). En torno al 60-70% de las muertes por demencia se dan en mujeres. La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia, por encima de otras como el ictus, la enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares. Es la principal causa de gran dependencia, con un 88,67% del total de personas en esta situación. Es además una de las principales causas de institucionalización. En España, se han comunicado tasas anuales de institucionalización del 10,5% en este colectivo. El impacto económico de la demencia es enorme, y de evaluación compleja, por la mezcla de costes sanitarios y no sanitarios, directos e indirectos. Según datos de Alzheimer's Disease International, el coste mundial total de la demencia en 2015 se estimaba en 818.000 millones de dólares. En 2018, la demencia se convertirá en la enfermedad del billón de dólares, y ascenderá a 2 billones en 2030.

En España, el coste por paciente de Alzheimer se cifra entre 27.000 y 37.000 euros anuales. El 80% de las personas con Alzheimer es cuidado por sus familias, que asumen de media el 87% del coste del total. Pero además, se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana. Esto contribuye a que el impacto de la demencia en la familia y los cuidadores sea enorme, con una sobrecarga muy importante. El cuidado de las personas con demencia produce además un mayor nivel de estrés que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, estando presente en más de un 75% de los cuidadores. Por otra parte, un 54,4% de los cuidadores ven afectada su productividad laboral. Por estos y otros motivos, se suele producir una importante reducción de la calidad de vida del cuidador.



**RAÚL ARIZAGA | DOLORES BARRETO | CLAUDIA BAVEC | WALESKA BERRÍO
DIANA CRISTALLI | LILIANA COLLI | MARÍA LAURA GARAU
ANGEL GOLIMSTOK | JUAN OLLARI | DIEGO SARASOLA**

Grupo de trabajo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas de la
Sociedad Neurológica Argentina

Se han estudiado diversos factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer así como a otros tipos de demencia. Los factores de riesgo vascular adquieren relevancia debido a que son potencialmente modificables y es por este motivo que se enfatiza el rol que desempeña el cambio de hábitos, entre ellos la adopción de una «dieta saludable».

Se sabe que los alimentos influyen en diversos aspectos del comportamiento, entre ellos, las sensaciones, las percepciones, el estado de ánimo y diversas funciones mentales, tales como el estado de alerta, la memoria, la atención y la velocidad de reacción.

Ha sido postulado que la restricción calórica (RC), entendida como una reducción del 10 al 40% en la ingesta de calorías provenientes de la dieta, involucra mecanismos no genéticos asociados con la extensión del término de vida y del tiempo de vida saludable. Se ha demostrado que la RC retrasa o previene la aparición de enfermedades crónicas en diversas especies animales pero, hasta tanto se disponga de información unívoca (independientemente de los beneficios que la RC pueda producir sobre distintos parámetros de salud, e.g., función cardiovascular, metabolismo, respuesta inflamatoria, respuesta inmune, etc.), no existe evidencia de que la RC pueda ejercer influencia directa sobre la presentación de enfermedades neurodegenerativas en general y enfermedad de Alzheimer en particular.



Se favorece la implementación de una dieta natural, saludable (baja en grasas saturadas y trans; rica en vegetales, legumbres, frutas y granos; con aporte en dosis suficientes de vitaminas del complejo B), como la dieta mediterránea, ya que puede ser eficaz en la prevención del riesgo vascular y en la prevención de la declinación cognitiva esperable en el envejecimiento.

La evidencia disponible es insuficiente para elaborar recomendaciones sobre el uso de dietas, alimentos naturales, alimentos fortificados, alimentos medicinales, nutracéuticos u otros para la prevención o tratamiento de estas patologías. Con respecto a los alimentos medicinales y nutracéuticos, si bien no existen criterios que contraindiquen su empleo, tampoco han demostrado eficacia terapéutica en estudios controlados, por lo que su uso deberá sopesarse en función de los hallazgos surgidos de la evaluación de cada paciente en particular.



EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA COMO TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN EL ALZHEÍMER

NATALIA GARCÍA CASARES

Neuróloga. Departamento de Medicina y Dermatología.

Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

La Enfermedad de Alzheimer(EA) se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y conductuales que conlleva una pérdida de la calidad de vida y finalmente de la autonomía del paciente. La falta actual de tratamientos farmacológicos curativos para esta enfermedad, ha motivado un interés creciente en los últimos años sobre el efecto que tienen las terapias no farmacológicas sobre esta enfermedad.

Así, diversos estudios defienden desde hace años el efecto beneficioso de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la EA, principalmente sobre los síntomas que más limitan la calidad de vida de éstos, como son los síntomas cognitivos (memoria, lenguaje y atención) y conductuales (depresión, ansiedad y agitación).

El efecto que ejerce la música en el cerebro, se sustenta sobre bases neurobiológicas sólidas. A través de estímulos auditivos se activan circuitos corticosubcorticales y del sistema límbico, así como los sistemas de recompensa emocional, provocando sensaciones de bienestar y placer.

Además, diversos estudios han demostrado también los efectos positivos de la música sobre la comunicación, el lenguaje y la evocación de recuerdos mediante la activación de redes cerebrales de memoria. Por otro lado, los circuitos cerebrales de corteza auditiva-corteza motora también constituyen la base para la rehabilitación motora de los pacientes a través del baile.



La terapia con música se divide en general, en terapia activa donde los pacientes intervienen de manera directa en todo lo que sucede en la sesión y terapia pasiva, que exigen una menor participación de los pacientes. Además las terapias con música pueden aplicarse desde diversas modalidades variando desde los tipos de instrumentos musicales utilizados, la duración de las sesiones, las intervenciones con carácter individual o grupales, las terapias con canto así como el rol del musicoterapeuta durante la intervención.

La evidencia científica de los últimos diez años sobre los estudios que han utilizado la musicoterapia como tratamiento no farmacológico en pacientes con EA, y recogida en la revisión sistemática (García Casares et al., 2017), concluye que la musicoterapia se considera una herramienta eficaz, inocua y económica en el tratamiento de pacientes con EA, sin embargo, son muy escasos los estudios en este campo. Es por ello que son necesarios más estudios que permitan profundizar en aspectos como qué tipo de síntomas son los más susceptibles de mejorar, o en qué estadio de la enfermedad es más eficaz la inclusión de la terapia musical entre otros.

**García-Casares N, Moreno-Leiva RM, Garcia-Arnes JA. Music therapy as a non-pharmacological treatment in Alzheimer's disease. A systematic review. Rev Neurol. 2017;65(12):529-538.*



MARÍA DEL CARMEN MORENO SÁEZ

Universidad Complutense de Madrid

El envejecimiento de la población es un hecho que está aumentando de forma exponencial en las últimas décadas. Se suman más años a la vida y esta circunstancia demanda una reestructuración económica, política y social para adaptarse los cambios demográficos que se están produciendo en la actualidad.

La longevidad de las personas está asociada, en muchos casos, a un detrimento cognitivo que se materializa en distintos tipos de demencia, desencadenando limitaciones significativas en el lenguaje oral y escrito. Cuando el intercambio de información no es posible, se generan estados de angustia no solo para los pacientes, sino, también, para sus familiares y cuidadores. Es por lo tanto, un reto para todos los gobiernos en general y para la sociedad en particular afrontar esta realidad y aportar nuevos recursos para mejorar las condiciones psicosociales de los pacientes diagnosticados de alzhéimer y otras demencias. El arte contribuye notablemente a establecer vínculos intercomunicativos que difícilmente podrían desarrollarse por medio del lenguaje oral o escrito muy limitado, debido a las características propias de su enfermedad. El arte, además, posibilita nuevos recursos que despiertan el interés de estas personas por actividades plásticas, permitiéndoles entrar en una dinámica de hábitos y superación personal que difícilmente podrían desarrollarse.

En los países occidentales se está desarrollando en la última década la corriente Arts & Health, que permite vincular el trabajo de asociaciones, fundaciones, servicios de salud y servicios sociales con departamentos y centros de investigación que específicamente están dedicados a las líneas de investigación de Arte y Salud, desarrollando, entre otros, talleres artísticos.



Su objetivo es mejorar el grado de superación personal de estos pacientes y a la vez intentar incrementar su capacidad cognitiva y memorística.

El Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, de Salamanca (CRE), dependiente del IMSERSO, se ha sumado a dicha corriente y ha llevado a cabo numerosos programas de educación artística para pacientes diagnosticados de demencia. El artículo *«Impresiones en azul». La cianotipia como agente catalizador de la mejora psicosocial y fomento de la comunicación de las personas con demencia temprana*, publicado en *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), difunde el desarrollo de un programa de talleres artísticos para personas que padecen alzhéimer y otras demencias. En dicho artículo se incluyen los resultados de dichos talleres llevados a cabo con 21 pacientes, donde se ponen de manifiesto los importantes logros conseguidos en este colectivo y evidencian una manera de mejorar los sistemas de cuidado de los mayores con principios de demencia.



CARMEN RODRÍGUEZ BLÁZQUEZ | MARÍA JOÃO FORJAZ

Instituto de Salud Carlos III

¿Cómo son las personas mayores que sufren demencia y viven en residencias en España? El estudio *Calidad de Vida en personas con demencia institucionalizadas: Evaluación, características y factores asociados*, financiado por la Fundación CIEN, nos permite esbozar un perfil de sus características. Este estudio fue desarrollado por un equipo multidisciplinar de investigadores provenientes de distintas instituciones, y sus principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones se han publicado en diversos artículos en revistas científicas y en una monografía.

Para el estudio se preparó una batería de cuestionarios que incluían escalas de evaluación del estado de salud (número de condiciones médicas), cognición (Mini-Examen Cognoscitivo, MEC, y Escala de gravedad de la demencia, CDR), estado funcional (índice de Barthel), depresión (Escala de depresión de Cornell) y calidad de vida (una escala genérica, EQ-5D, y dos escalas específicas para personas con demencia, QOL-AD y QUALID). Se entrevistaron a 525 personas mayores con demencia que vivían en centros residenciales en toda España. Los resultados del estudio nos indican que el perfil de las personas mayores con demencia institucionalizadas es el siguiente: mujer (83%), con una media de edad de 85 años, viuda (52%), sin estudios o con estudios primarios incompletos (65%) y que lleva una media de casi 4 años viviendo en la residencia. Más de la mitad de los participantes tenían demencia grave (61,5%) y un grado de discapacidad grave o total (59%).



Las tareas para las que se apreció mayores limitaciones fueron lavarse (95,6% de los residentes tenían dificultades para desarrollar esta actividad sin ayuda), arreglarse (80,4%) y vestirse (68,8%). Los participantes en este estudio presentaban una media de ocho problemas crónicos de salud, como trastornos musculoesqueléticos y genitourinarios, presentes en el 71% de los residentes. El 44% de los participantes presentaba además síntomas de depresión.

El deterioro en el estado de salud, funcional y cognitivo de las personas mayores estudiadas se refleja en los resultados de las escalas de calidad de vida. Por ejemplo, en la escala EQ-5D se obtuvo una puntuación de 0,11, significativamente más baja que la de la población general española del mismo rango de edad. Presentaron mejor calidad de vida los hombres, los residentes con menor grado de discapacidad, los más jóvenes, aquellos con mayor nivel de estudios y los que no tenían depresión.

En resumen, las personas mayores con demencia que viven en residencias son un grupo vulnerable, con unas necesidades de salud, funcionales, cognitivas y emocionales específicas. La evaluación de aspectos subjetivos como la calidad de vida en personas con demencia es posible y proporciona una información valiosa e insustituible que puede ayudar a profesionales y cuidadores a diseñar las intervenciones más adecuadas para este grupo de población.



SANTIAGO QUESADA-GARCÍA (1) | PABLO VALERO-FLORES (2)

Universidad de Sevilla (1), Universidad de Málaga (2)

Cuando el alzhéimer entra en un hogar, una serie de cambios se desencadenan en la vida diaria de sus moradores, su forma de habitar cambia inevitablemente. Ante algunos comportamientos de usuarios con problemas de memoria cabe preguntarse si están condicionados por su estado o por su entorno. Si es esto último, ¿cómo proyectar estos espacios para la ausencia de memoria? La forma de abordar este problema desde la arquitectura supone ver a la persona no como un enfermo con un conjunto de síntomas sino como un habitante que vive en un entorno físico que puede ser proyectado o modificado para adecuarlo a sus peculiares y cambiantes necesidades. La arquitectura aborda este problema buscando conocer las demandas concretas de estos habitantes en su experiencia diaria del espacio doméstico aportando soluciones desde la seguridad, la accesibilidad y la personalización, con el objetivo de desarrollar espacios y soluciones que sirvan para proyectar y construir un entorno que complemente las carencias del enfermo, se adapte a la evolución de la dolencia y que, en definitiva, mejore su calidad de vida.

Las relaciones entre espacio y sociedad han sido ampliamente desarrolladas por disciplinas como la psicología o la sociología, trasciendo el ámbito de la arquitectura y dando lugar, recientemente, a nuevas ramas de conocimiento como la neuroarquitectura, fundada en el año 2003 por la Academy of Neuroscience For Architecture -ANFA- (<http://anfarch.org/>) en San Diego (EE.UU.).

El diseño y proyectación de espacios domésticos, adaptados y adaptables, destinados a enfermos con enfermedad de alzhéimer, es uno de los aspectos de los que se ocupa la disciplina arquitectónica.



Las viviendas son entornos artificiales contruidos no solamente como protección frente a las inclemencias atmosféricas sino que son micromundos que expresan y se adaptan a diferentes estructuras familiares, estilos de vida, hábitos y gustos. El hogar doméstico es un espacio repleto de símbolos que configuran un archivo de recuerdos. La casa es un almacén de memorias creado por multitud de elementos (mobiliario, estancias, visuales, texturas, materiales...) que generan un constante intercambio referencial con el mecanismo de la mente que interactúa en función de los estímulos sensoriales que el habitante siente (Bartra, 2006). Uno de los objetivos que persigue la personalización del espacio, por parte de la arquitectura, es estimular y mantener lo más vivo posible esas reminiscencias del entorno cercano del habitante con problemas de memoria, como un medio para su estimulación sensorial y estabilización emocional.

En el caso del habitante con enfermedad de alzhéimer, la memoria semántica está dañada, deja de lanzar nexos de unión con el contexto que lo rodea, por lo que, para retomarlos le correspondería al entorno mantener viva, en lo posible, esa conexión. La arquitectura a través de sus recursos compositivos e integrando tecnologías emergentes, es capaz de proyectar determinados espacios que se pueden configurar como un exocerebro o memoria externa que está en condiciones de interactuar con el habitante y complementar sus carencias; manteniendo, prolongando o adaptando su contacto vital con el medio. Por ejemplo, puede ser que el enfermo no recuerde donde está el baño pero, sin embargo, es posible enseñarle o condicionarle determinados recorridos o actividades que lo lleven al mismo.

Frente a aspectos como la seguridad y la accesibilidad, bastante desarrollados e implantados (aunque con normativa solamente aplicable a personas con diversidad funcional física o sensorial, no cognitiva) lo que distingue la proyectación de espacios para enfermos con demencia es la personalización.



M. JAVIER HERRERO TURRIÓN

Director Científico del Banco de Tejidos Neurológicos del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (BTN-INCYL)

El Banco de Tejidos Neurológicos del INCYL (**BTN-INCYL**) es una entidad sin ánimo de lucro constituida a mediados del año 2.011, con sede en el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL; Universidad de Salamanca) y cuyo ámbito de actuación es la comunidad autónoma de Castilla y León y otras provincias limítrofes. Su objetivo principal es la recogida, procesamiento y almacenamiento de tejido cerebral (encéfalo, líquido cefalorraquídeo y/o medula espinal), cedido voluntariamente, para la realización de estudios post-mortem. En contraprestación a esta donación, nuestro biobanco se compromete a diagnosticar definitivamente la patología (neuronal) que tenía el donante y que los datos clínicos en vida no hubieran podido asegurar al 100% su diagnóstico. Finalmente, su objetivo último es poner a disposición de la comunidad científica los tejidos donados para que sean empleados en investigaciones relacionadas con las enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington, Síndrome de Down, ataxia cerebelosa, etc.).

Avanzar entre todos en la curación de enfermedades neurodegenerativas es el gran reto que tiene nuestra sociedad. Según un estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España, elaborado por la Alianza Española de Enfermedades Neurodegenerativas (NeuroAlianza) y la Universidad Complutense de Madrid (febrero, 2016), el impacto económico y social que se produce en alrededor del 2,08 % de la población española que padece una enfermedad neurodegenerativa (988.000 personas) provoca unos costes al afectado y en su familia de 23.354 euros de media al año.



Asimismo, se estima que, en Europa, casi se duplique el número de personas con algún tipo de demencia en las próximas décadas, en concreto, en el año 2.010, unos 10 millones de europeos padecían este tipo de patología y se prevé que en el año 2.050 haya casi 20 millones de europeos con esta enfermedad.

De forma resumida, las funciones que llevamos a cabo son:

- Concienciar a la sociedad en su conjunto la importancia de donar tejido nervioso para la investigación y, para ello, realizamos todo tipo de charlas divulgativas en asociaciones, hospitales, residencias, universidades, etc.
- Coordinar el mismo momento de la donación. Nuestro biobanco dispone en todo momento de un teléfono 24 horas: 669 605 723.
- Recoger, procesar y almacenar el tejido neurológico donado.
- Diagnosticar y clasificar la patología neurodegenerativa (si la hubiera) de la donación.
- Ceder el tejido donado a los investigadores que lo soliciten y cumplan las estrictas condiciones éticas, legales y científicas fijadas por la legislación vigente.

El BTN-INCYL mantiene activo de forma permanente su [Programa de Donación de Tejidos Neurológicos](#) para captar nuevos donantes de cualquier edad y tanto sanos como enfermos.

Por último, cabe resaltar que la labor que desempeña el BTN-INCYL no sería posible sin el apoyo de las asociaciones de pacientes con distintas enfermedades neurodegenerativas y sus familiares, como las AFAs de Castilla y León.



M. GUADALUPE BAHL

Arquitecta. Posgrado: Especializando en Intervención y Gestión Gerontológica.
Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, Argentina

En las últimas décadas se ha tomado una mayor conciencia a nivel mundial sobre el envejecimiento, siendo necesario que la arquitectura acompañe este cambio, cumpliendo con diversos requerimientos ambientales y físicos, respondiendo a necesidades y deseos del hombre a lo largo de toda su vida.

El envejecimiento poblacional trae asociado el incremento de enfermedades degenerativas, entre las que se encuentran las demencias, siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo, por lo que en este caso los desafíos de la arquitectura son mayores y más complejos.

La situación de Mar del Plata es significativa en este sentido, dado que es una de las localidades con más elevado índice de personas mayores de 60 años de la Argentina, considerándose a la ciudad un “polo gerontológico”. Es así que el Centro de Día G.A.M.A. (Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer y/o Enfermedades Semejantes) de esta ciudad, intenta sostener, en la medida de lo posible, el mayor nivel de desempeño funcional, intelectual y de integración de las personas con deterioro cognoscitivo leve, brindando servicios terapéuticos y sociales.

Desde el año 2016 el Centro de Día desempeña sus funciones en una nueva sede, diseñada por integrantes del Grupo de Investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata, según lineamientos teóricos y condiciones proyectuales dirigidas a mejorar el desempeño “ambiente físico- persona con demencia”; sumándose esta variable a las acciones terapéuticas.



El edificio en su conjunto intenta compensar las habilidades que se fueron perdiendo y estimular los remanentes de las áreas cognoscitivas, emocionales y sociales de las personas que asisten, permitiendo compensar los “desajustes” con el medio, brindándoles un espacio seguro y estimulante donde desarrollar sus actividades.

Se tiene por finalidad en el trabajo evaluar la utilización del ambiente por parte de las personas mayores con demencia, en la nueva sede del Centro de Día G.A.M.A., utilizando el mismo protocolo que se implementó en la sede donde la institución funcionaba previamente, siendo un edificio escasamente adaptado y poco pertinente.

Se presentan como posibles resultados, que el ambiente físico contribuye a compensar y actuar como catalizador de los desajustes que producen las demencias, en relación con el espacio construido; y que la estimulación y la seguridad en términos perceptuales pueden contribuir con las problemáticas de la desorientación en tiempo y espacio, el desasosiego, las incontinencias y otros desajustes producidos por la patología.

Se implementa en la investigación una metodología cuanti – cualitativa, utilizando estudios exploratorio-descriptivos. Se aborda desde el análisis bibliográfico y el trabajo de campo mediante observación directa y entrevistas en el Centro de Día; junto con el procesamiento de la información.

Datos de la autora: Docente e Investigadora. Becaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Proyecto “Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad”. Grupo de Estudios de Diseño Habitacional; Centro de Estudios de Diseño; Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño; Universidad Nacional de Mar del Plata; Buenos Aires; Argentina.



MERCEDES FERNÁNDEZ-RÍOS (1) | ROSA REDOLAT-IBORRA (1)
PATRICIA MESA-GRESA (1,2)

Universitat de València (1), Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia

Diversos indicadores demográficos, como los recogidos en el informe *Un perfil de las personas mayores en España 2018* muestran el claro envejecimiento de la población en nuestro país. Este envejecimiento demográfico va unido al aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer (EA). En el reciente *Plan Nacional de Alzheimer*, promovido por CEAFA, se proponen como ejes de actuación frente a este desafío: la investigación en el ámbito biomédico y socio-sanitario, la innovación y el conocimiento. Además se enfatiza la necesidad de ofrecer apoyo a los cuidadores y a todo el entorno familiar. La tarea de cuidado de una persona con EA puede tener un considerable impacto tanto sobre la salud psicosocial como física del cuidador. Las investigaciones realizadas en este ámbito señalan la importancia del apoyo social y de las estrategias de afrontamiento por parte del cuidador con el fin de mitigar en parte las consecuencias negativas derivadas de la tarea de cuidado. Estas investigaciones nos están ayudando a comprender cuáles son los factores que pueden modular estos efectos. Si queremos minimizar el impacto que esta tarea tiene en el cuidador es necesario desarrollar intervenciones que tengan una base empírica y contribuyan a disminuir tanto el estrés crónico como la sobrecarga que generalmente percibe el cuidador. El objetivo final debe ser mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los propios cuidadores.

La mayor parte de trabajos publicados hasta la fecha se han centrado principalmente en las consecuencias negativas derivadas de la tarea de cuidado de un paciente con EA (estrés, insomnio, síndrome de «sobrecarga o desgaste del cuidador», problemas físicos...).



En los últimos años, sin embargo, algunas investigaciones han comenzado a abordar este tema desde otra perspectiva más amplia, intentando integrar tanto las consecuencias negativas como las posibles ganancias que podrían ir asociadas a esta tarea. Entre estas ganancias se han destacado: crecimiento y desarrollo personal, sentirse comprometido con el rol de cuidador, recompensa por el cuidado brindado, reformulación de situaciones o aumento de la paciencia. Además, se destaca que el proceso conlleva la adquisición por parte del cuidador de las competencias necesarias para desarrollar la tarea de cuidado. La identificación de estos factores en futuras investigaciones puede contribuir al diseño de intervenciones que contemplen entre sus objetivos específicos el aumento de la resiliencia y la mejora de capacidad de afrontamiento.

Con el fin de poder contemplar la tarea de cuidado desde este horizonte más amplio se han desarrollado cuestionarios como el de «Ganancias Asociadas al Cuidado» (GAC), validado por J. Fabà y colaboradores en la Universitat de Barcelona, que permiten valorar de forma objetiva dimensiones como laboriosidad, identidad, intimidad, generatividad e integridad del yo, lo que puede proporcionar una visión más completa de la compleja experiencia que supone la tarea de cuidado de un paciente con EA u otra enfermedad crónica. Esta nueva perspectiva no pretende negar el impacto negativo sino poder identificar y trabajar desde recursos que propicien la experimentación de las posibles ganancias asociadas al cuidado.

Habiendo identificado como misión de nuestras AFAs la mejora de calidad de vida a los enfermos y su entorno debemos además de ofrecer el respiro necesario para que los cuidadores puedan desarrollar sus proyectos vitales, ofrecer programas dirigidos a cuidar al propio cuidador a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad. Ampliar la visión del impacto no sólo en el propio paciente sino también en su entorno es una forma adecuada de posibilitar la meta de «cuidar al cuidador».



**MARÍA AGUSTINA ACEIRO (1) | GASTÓN SAUX (1,2) | MILAGROS RUBIO (1)
MARÍA JOSEFINA GONZÁLEZ AGUILAR (1,2) | LINA GRASSO (1,2,3)**

Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP-UCA) (1), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (2), Hospital Español de Buenos Aires (3)

Las funciones ejecutivas, definidas como rutinas responsables de la monitorización y regulación de los procesos cognitivos, son un dominio de difícil evaluación en adultos mayores. Estudios determinan cómo estas funciones presentan ciertos deterioros en el envejecimiento normal.

La escala Frontal Assessment Battery (FAB), prueba de screening ampliamente utilizada entre profesionales, evalúa presencia y severidad de síndromes disejecutivos. El deterioro cognitivo leve (DCL) se caracteriza por un déficit cognitivo con una severidad que resulta insuficiente para poder ser diagnosticada como demencia.

Mediante las pruebas de screening es posible detectar indicadores tempranos de deterioro cognitivo y distinguir cuándo la disminución en el rendimiento está asociado al envejecimiento normal y cuándo al patológico.

El objetivo principal del estudio fue describir el rendimiento en la escala FAB (puntaje total y subítems que la componen) en adultos mayores argentinos controles con DCL y evaluar si existen diferencias entre ambos grupos.

La muestra total estuvo compuesta por 83 sujetos, la cual fue dividida en dos grupos diagnósticos según su rendimiento en una serie de pruebas de evaluación neuropsicológica: Grupo Control (GC) y Grupo Deterioro Cognitivo Leve (DCL).



Los grupos diagnósticos se dividieron de acuerdo a los criterios que siguen: los sujetos asignados al GC fueron los que presentaron un desempeño normal (i.e. hasta $-1,4$ desvíos estándar respecto de la media) en todas las pruebas neuropsicológicas administradas; el Grupo DCL presentó un desempeño de al menos $-1,5$ desvíos estándar inferiores a la media. De cada grupo se seleccionaron al azar la misma cantidad de sujetos, por lo que la muestra final utilizada para esta investigación fue de 60 sujetos ($n=30$ por grupo).

Se administró la escala FAB a 60 adultos mayores, 30 controles y 30 con DCL, emparejados por edad y nivel educativo. Se compararon las medias de ambos grupos mediante la prueba T de Student para muestras independientes, obtenidas en el puntaje total de la FAB y en sus seis subítems (conceptualización, flexibilidad mental, programación motora, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio y autonomía ecológica).

Resultados

El grupo control se diferenció significativamente del grupo con DCL en todas las pruebas aplicadas ($p < .01$), implicando tareas que involucran diversas funciones cognitivas que se ponen en juego en el momento de conceptualizar, denominar, enlistar palabras dentro de una categoría, planificar, organizar un dibujo, recordar información y mantener la atención. El grupo con DCL obtuvo un puntaje inferior en FAB total ($p<.001$), en conceptualización ($p<.001$), en flexibilidad mental ($p<.001$), en programación motora ($p<.007$) y en control inhibitorio ($p<.001$).

De esta investigación se concluye que la escala FAB es una prueba de screening que, en su puntaje total, diferencia el rendimiento en las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos y aquellos con diagnóstico de DCL. Este grupo presentó mayores dificultades en el desempeño de tareas que involucran la conceptualización, la flexibilidad mental, la programación motora y el control inhibitorio.



ROBERTO POLANCO-CARRASCO

Editor Científico Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Fneuropsychology

Recién iniciado el siglo veinte el psiquiatra y neurólogo alemán Alois Alzheimer pudo observar por primera vez los síntomas de la enfermedad que llevaría su nombre. Describió el caso de una mujer de 51 años llamada Auguste Deter, «Ella se sienta en la cama con una expresión impotente» escribiría Alzheimer en sus notas de este caso. Años más tarde, cuando la Sra. Deter falleció, Alzheimer examinó su cerebro y si bien tanto el color como su textura no diferían mucho de cualquier otro que hubiese visto, llamó su atención que el cerebro de la Sra. Deter se encontraba arrugado y salpicado de diminutas partículas pegadas a él, nadie había visto o registrado algo similar en algún cerebro hasta ese día. Alzheimer observó además lo que describió como «grotescas cuerdas retorcidas» de una proteína que hoy se conoce como Tau, aventurándose a señalar que estas proteínas retorcidas en las células cerebrales serían una «mala señal» que indicaría una destrucción del cerebro, quedando en el misterio –para la época- la causa de esta destrucción. En la actualidad, investigadores y patólogos pueden reconocer que las partículas observadas por Alois son depósitos de un fragmento de proteína (beta amiloide), que se acumula en los cerebros con alzhéimer siendo una de las características de la enfermedad y que la proteína Tau no es exclusiva de la enfermedad de Alzheimer observándose también en otras enfermedades degenerativas como son la enfermedad de Parkinson y la demencia de Pick.

En el mundo hoy en día, el alzhéimer se encuentra entre las principales causas de muerte y discapacidad y no son pocos los que consideramos que debe afrontarse como un problema de salud pública, más aun dado los pronósticos de crecimiento del nº de afectados para mediados de este siglo.



En la actualidad, esta demencia se presenta sin una cura ni forma de prevenir, siendo el diagnóstico precoz la mejor estrategia que permite el uso de medicamentos -eficaces si se administran en etapas tempranas- y cambios en el estilo de vida que ayuden a retrasar la aparición de los síntomas.

En la incesante búsqueda de los genes responsables de esta degeneración cerebral se han logrado avances significativos en el desarrollo de pruebas genéticas que permiten anticipar por varias décadas el diagnóstico de Alzheimer y con ello las estrategias de tratamiento.

Este importante desarrollo de biomarcadores -que no es exclusivo para las demencias- involucra cuestionamientos que deben ser abordados por las disciplinas competentes. En el caso del Alzheimer, con un diagnóstico tan precoz de 20, 30 o 40 años antes de la aparición de los síntomas surge la interrogante sobre «saber o no saber» y el impacto psicológico y conductual que estas pruebas genéticas, y vivir con el conocimiento tan «precoz» de un diagnóstico, tendrían en la población general.

Si bien no es el primer ni único tema donde la ciencia psicológica parece lejana, resulta preocupante los poquísimos estudios que hay sobre este tema considerando lo serio del problema y lo importante de un abordaje multidisciplinario del mismo. Quizá parte de la responsabilidad se encuentre en una formación donde muchas veces lo biomédico queda convenientemente alejado de la línea principal, sumado al poco incentivo de mantenerse al día en los avances e investigaciones dentro de la facultad y luego en la vida profesional.

Frente a este importante analfabetismo científico dentro de la psicología, los desafíos que vienen -y no solo en materia de demencias- involucran la formación profesional y a los investigadores llamados a hacer un trabajo no únicamente de difusión sino además de divulgación de sus estudios más allá de los espacios que entregan puntos al CV o aportan a los índices que miden las oficinas gubernamentales de ciencia y tecnología de sus respectivos países.



**ALFREDO ZAMORA MUR [A] | ARANZAZU ZAMORA CATEVILLA [B]
RAFAEL GARCÍA-FONCILLAS [C] | ÓSCAR AUBÍ-CATEVILLA [D]
MARÍA NABAL-VICUÑA [E]**

Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Servicio de Geriátría, Hospital de Barbastro (Huesca) [A], Servicio de Especialidades. Hospital de Barbastro (Huesca) [B], Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza [C], Departamento de Biomedicina. Universidad de Bergen. Noruega [D], Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Arnau (Lérida) [E]

Los pacientes con demencia son susceptibles de ser incluidos en programas de cuidados paliativos, especialmente domiciliarios, dada la ausencia a día de hoy de tratamiento curativo. Según la Organización Mundial de la Salud, existen más de 35 millones de personas en todo el mundo que padecen demencia, y se prevé que esta cifra pueda duplicarse en el año 2030. La mediana de supervivencia tras el diagnóstico es de 2 a 4 años, aunque es una enfermedad generalmente no reconocida como terminal hasta fases muy avanzadas de la misma. Generalmente el domicilio es el lugar donde los pacientes en fase terminal pasan gran parte del tiempo, siendo los familiares los que prestan hasta el 80-90% de los cuidados. Por este motivo, los cuidadores pueden presentar mayor morbi-mortalidad, y deben ser tanto dadores como receptores de cuidados. La atención domiciliar especializada presta cuidados a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados, dependiendo su organización frecuentemente de gerencias de atención primaria, con recursos propios. La atención a pacientes que precisan cuidados paliativos se realiza en este ámbito a través de los equipos de atención primaria y equipos específicos de soporte (equipo de soporte de atención domiciliar o ESAD). En este contexto, realizamos un estudio analítico prospectivo comparativo de dos cohortes de pacientes atendidos por un ESAD en sus domicilios, una afecta de demencia y la segunda sin dicho antecedente, en el sector sanitario de Barbastro (Huesca).



Presentaron demencia el 30,7% de los pacientes atendidos en este intervalo de tiempo, con edad media de $83,8 \pm 7$ años. El diagnóstico etiológico más frecuente fue demencia vascular (40,4%), seguido de cerca por la enfermedad de Alzheimer (31,7%), con porcentajes más pequeños de otros tipos de demencia. La puntuación media en la escala Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) fue de 6. Presentaron úlceras por presión el 19,6% de los pacientes con demencia, porcentaje más elevado que en pacientes sin este antecedente, así como síndrome de inmovilidad, observado en el 70%. Pudimos comprobar el amplio porcentaje de institucionalización en pacientes con demencia (38%), con mayor carga de cuidados por parte de los hijos y menor por parte del cónyuge que en pacientes sin deterioro cognitivo. Se detecta menor presencia de síntomas activos, salvo en el caso de la agitación psicomotriz, encontrándose un 31,6% en tratamiento con fármacos antidemencia, un 21,2% con inhibidores de la acetilcolinesterasa y un 10,4% con memantina. Los pacientes con demencia representaron un porcentaje menor de fallecimientos y de hospitalización que los no dementes a lo largo del seguimiento por el ESAD.

A pesar de que cada vez se investiga más en este campo, queda patente que es necesario realizar estudios prospectivos para ayudar a la creación de criterios de inclusión en programas de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas. La inclusión en un programa de cuidados paliativos ha demostrado aumentar la probabilidad de muerte en casa, reduciendo las muertes hospitalarias en pacientes con demencia. Muchas personas con demencia mueren en condiciones difíciles debido a que el sistema de atención de salud está mal equipado para hacer frente a sus necesidades.



NOELIA GARCÍA CUERVO (1) | LETICIA SÁNCHEZ VALDEÓN (2)

Grado de Enfermería por la Universidad de León (1), Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de León y Profesora Asociada

NOELIA GARCÍA CUERVO [1], LETICIA SÁNCHEZ VALDEÓN [2][1] GRADO DE ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD DE LEÓN. [2] DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD POR LA UNIVERSIDAD DE LEÓN Y PROFESORA ASOCIADA

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda causa de trastorno neurodegenerativo por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Fue descrita en el año 1817 por James Parkinson, denominándola «parálisis agitada». Los síntomas principales de la EP son bradicinesia, temblor de reposo, rigidez y alteración de los reflejos posturales. Este síndrome se denomina habitualmente parkinsonismo. Otras manifestaciones de la EP incluyen síntomas psiquiátricos tales como ansiedad y depresión, así como síntomas disautonómicos como hipotensión, estreñimiento, parestesias, calambres, disfunción olfativa y dermatitis seborreica. Conforme la enfermedad avanza, puede producirse un declive progresivo en el rendimiento cognitivo. Las alteraciones mencionadas afectan seriamente a la calidad de vida de los pacientes con EP.

El deterioro cognitivo y la demencia fueron reconocidos como parte de la EP desde las históricas descripciones realizadas por Jean-Martin Charcot. Los déficits cognitivos asociados a la EP se han descrito incluso en pacientes recién diagnosticados sin tratamiento, así como en personas en las fases más incipientes de la enfermedad, siendo dichos déficits más prominentes en los siguientes dominios: memoria, funciones ejecutivas y visuoespaciales. Tradicionalmente encuadrada en el grupo de las ‘demencias subcorticales’, la demencia en la EP puede presentarse con diferentes patrones clínicos y tener distintas bases



La demencia asociada a la EP se ha relacionado con un incremento de la mortalidad, reducción de la calidad de vida, incremento de la sobrecarga del cuidador, así como un factor de riesgo para traslado a medio residencial, con una importante implicación de costes sanitarios. Los factores de riesgo más consolidados son la edad, la gravedad de los síntomas motores, el deterioro cognitivo leve y las alucinaciones visuales. Otros factores de riesgo estudiados, sin que se haya conseguido demostrar su asociación de forma sólida, han sido el uso de fármacos antiparkinsonianos, la terapia sustitutiva con estrógenos, el colesterol, el traumatismo craneoencefálico, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Dentro de la amplia variedad de síntomas no motores que pueden aparecer en el parkinsonismo, la depresión es uno de los más frecuentes, llegando a apreciarse en alrededor del 35% de los pacientes con EP. La evidencia de las investigaciones llevadas a cabo en esta área sugiere que es más frecuente en personas con EP que en población anciana general, y que en pacientes con otras enfermedades crónicas o invalidantes, como la artrosis. La depresión es, además, un factor determinante de la salud, dado que impacta en la calidad de vida de los pacientes con EP y de sus cuidadores; se asocia con un peor rendimiento funcional y cognitivo y se relaciona con un incremento de la mortalidad. Los síntomas nucleares de la depresión son: ánimo depresivo, falta de capacidad de experimentar placer (anhedonia) y sentimientos de culpa o minusvalía. Los síntomas somáticos (pérdida de apetito, alteraciones del sueño, retraso psicomotor, hipomimia) son también parte de la depresión. Sin embargo, estos síntomas se observan incluso en pacientes con EP que no están deprimidos, lo que dificulta enormemente realizar un diagnóstico diferencial entre EP y depresión.

La tríada parkinsonismo, depresión y demencia resulta devastadora para una población normalmente en proceso de envejecimiento y, por tanto, presenta importantes implicaciones para la salud pública.



**DAVID CÓRCOLES [A,B] | ÁNGELES MALAGÓN [A] | MAGDALENA BELLSOLÀ [A]
ANA GONZÁLEZ [A] | ROMINA CORTIZO [A] | JORDI LEÓN [A]
ANTONI BULBENA [A,C] | VÍCTOR PÉREZ [A, B] | LUIS M. MARTÍN [A, B]**
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Hospital del Mar (Barcelona) [A], Centro de Investigación
Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (Barcelona) [B], Departament de Psiquiatria i
Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès (Barcelona) [C]

El objetivo del estudio fue valorar si los síntomas neuropsiquiátricos interferían en la detección del deterioro cognitivo por los médicos de familia en atención primaria, así como describir cuáles podrían generar más confusión.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo. La muestra final fue de 104 individuos mayores de 65 años (rango de edad de 65 hasta 93 años) derivados desde Atención Primaria para valoración psiquiátrica en domicilio por sospecha de enfermedad mental, supuestamente después de haber descartado el deterioro cognitivo, como se les había sugerido. Todos los casos recibieron un diagnóstico según criterios DSM-IV-TR. Se incluyeron en el estudio el Mini Mental State Examination (MMSE), el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings, la escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica, la escala de Evaluación de la Actividad Global, la escala de Impresión Clínica Global y el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.

A ninguno de los pacientes se le había administrado una prueba de cribado de deterioro cognitivo a pesar de la solicitud previa. En el 55,8% (n = 58) de la muestra la puntuación del MMSE sugería sospecha diagnóstica de deterioro cognitivo.



Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentemente asociados a la sospecha de deterioro cognitivo fueron los delirios, las alucinaciones, la agitación, la desinhibición, la irritabilidad y la conducta motora sin finalidad.

Los autores consideran que 2 factores claves para que se produzca esta confusión en este perfil de paciente. En primer lugar, la irritabilidad y la falta de colaboración de muchos de estos individuos provoca que no se pueda completar una prueba de cribado o que requiera más tiempo de lo habitual, del que no se dispone en AP. En segundo lugar, este tipo de síntomas son más parecidos a los que pueden presentar enfermos con enfermedad mental tipo esquizofrenia que pacientes de edad avanzada sin ninguna enfermedad mental.

Se recomienda que cuando se detecten síntomas psiquiátricos propios de trastorno mental severo (TMS) en individuos de edad avanzada sin antecedentes de TMS hay que sospechar un deterioro cognitivo y se debería administrar una prueba de cribado.



MERCEDES FERNÁNDEZ-RÍOS (1,2) | ROSA REDOLAT IBORRA (1)

Universitat de València (1), Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (2)

Los datos demográficos más recientes indican que la población envejecida en España continúa incrementándose. Según el último informe del Instituto Nacional de Estadística (2017), la cifra de mayores de 65 años representa ya un 18.8% de la población total. Junto a este importante incremento de los grupos de población de mayor edad se observa un aumento en la prevalencia enfermedades neurodegenerativas. Actualmente la enfermedad de Alzheimer afecta a más de 45 millones de personas en el mundo y a pesar de los continuos esfuerzos de los investigadores todavía no hay terapias efectivas para prevenir o enlentecer de forma efectiva la enfermedad. En España la cifra estimada de afectados por algún tipo de los trastornos neurodegenerativos se estima en 800.000 personas, de esta cifra entre un 60-80% corresponde a la enfermedad de Alzheimer. La atención sociosanitaria dirigida a este colectivo es considerada como uno de los mayores desafíos del siglo XXI.

En un gran porcentaje de casos el cuidado y asistencia de los pacientes con EA es realizado por un familiar que desempeña el rol de cuidador principal. Respondiendo al impacto social y económico generado por el incremento en la incidencia de las enfermedades neurodegenerativas se están planteando diferentes planes de acción. En nuestro país el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha impulsado la elaboración y aprobación del Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias, plan que se enmarca dentro de las estrategias de Enfermedades Neurodegenerativas del Ministerio Nacional de Salud. En la propuesta del Plan se identifica como uno de los ejes centrales el desarrollo de actuaciones dirigidas hacia el cuidador y hacia la familia que ejercen la tarea de cuidado de estos pacientes.



Dicho eje tiene como objetivo general la mejora de los sistemas de apoyo a los cuidadores, así como la promoción de una formación más específica para realizar estas tareas. El Plan, además, propone avanzar en la mejora de los sistemas, servicios, apoyos y prestaciones. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está interesado en desarrollar estrategias de promoción de la salud a través de diferentes canales. En una consulta reciente se puso de manifiesto que el 78,8% de los sujetos consultados valoró de forma muy positiva los programas impartidos por el Ministerio vía online. Las intervenciones que tradicionalmente se han brindado a los cuidadores han sido programas psicoeducativos, intervenciones psicoterapéuticas o multicomponente. Pero progresivamente las nuevas tecnologías se están incorporando poco a poco a este ámbito de acción. En nuestra sociedad actual la tecnología es considerada como un instrumento de indudable valor en diversas áreas de atención a la salud. En este contexto, la denominada mHealth o eHealth también se está incorporando de manera creciente en distintos ámbitos. Prueba de ello es la extensa muestra de posibilidades, como aplicaciones móviles (apps), plataformas web y otros recursos disponibles. Como ejemplos de la aplicación de las nuevas tecnologías en este ámbito podemos citar los cursos de formación online que han puesto en marcha desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) dirigidas a cuidadores y familiares; la app Stimulus dirigida al trabajo con el propio paciente y supervisada por profesionales, o AlzhUp que invita a que los usuarios, cuidadores y otros familiares participen en esta herramienta de gamificación.

En el ámbito de tecnologías aplicadas a los cuidadores se están desarrollando diferentes recursos. Por ejemplo, la OMS ha puesto a disposición del público la utilidad iSupport, una aplicación de ciber salud que se encuentra en fase de prueba y que tiene como finalidad principal servir de soporte para el suministro de recursos de información y capacitación para el cuidado de personas con demencia. Actualmente la aplicación está en inglés pero se espera que pronto se pueda adaptar a otros idiomas.



MANUEL RUIZ-ADAME REINA

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Granada

Las demencias representan una importante causa de preocupación entre los afectados y familias de personas con este problema, entre clínicos, e igualmente para las autoridades sanitarias, sociales, responsables económicos, y para sociedad en general por su alta prevalencia, la dependencia que conllevan y el coste que implican.

En España se considera que hay más de quinientas mil de personas potencialmente afectadas por la Enfermedad de Alzheimer (EA). En el ámbito donde se ha realizado este estudio, Andalucía, los casos estimados están por encima de las noventa y una mil personas.

Pese a las coberturas sanitarias y sociales, lo cierto es que la mayor parte del cuidado de las personas que padecen demencias se realiza en el propio domicilio y por parte del propio entorno familiar. La familia está experimentando cambios en su estructura de manera que se está reduciendo al tiempo que se da una mayor movilidad geográfica de sus miembros. Es pues razonable considerar que esta tradicional forma de atención muy probablemente no pueda ser sostenida en un futuro próximo, y deban reconsiderarse políticas asistenciales, y valorar los costes que a este nivel suponen.

El objetivo del presente trabajo es estudiar los costes asumidos por las personas que cuidan pacientes con la EA y otras demencias en el ámbito de Andalucía, y relacionar éstos con la aportación de los sistemas públicos de protección social y los diferentes estadios del síndrome.



Adicionalmente, se plantea como objetivo, a partir de los resultados que se obtengan, establecer una estimación del coste social que supone la atención a las personas con demencias a fin de establecer una ponderación de la participación de la familias, en base a la comparación respecto al PIB de la Comunidad y de España, para el año en que se recopilan los datos, 2012, realizando una comparativa en diferentes escenarios de estimación de costes. El tamaño muestral analizado fue de 778 casos, lo cual da un error al nivel de confianza del 95% del 3,5%, y del 4,6% al 99%. Los resultados de costes se interpretan además a partir de los costes directos desembolsados por las familias (según datos recogidos del cuestionario), aportación del Estado vía transferencias por las prestaciones de servicios sociales concertados (no se valoran costes de prestaciones sanitarias públicas). Los costes indirectos se valoran según el método de preferencias reveladas en base a 3 escenarios: 1) costes de oportunidad, en función de: a) la gravedad del paciente que obliga a diferentes intensidades de atención, y b) en base a nivel de formación del cuidador que se relaciona con un mayor coste del factor tiempo; 2) costes de sustitución por un cuidador profesional especializado, que se valora con un output a precio de mercado según convenio colectivo del sector de la dependencia del año 2012, para un sueldo de auxiliar/gerocultor, y 3) costes de sustitución por un cuidador no especializado, que se valora según salario mínimo interprofesional para 2012.

Resultados obtenidos:

1. Se ha comprobado que el coste directo del cuidado recae mayoritariamente (superior al 55% de promedio) en el entorno familiar, lo cual subraya más el carácter tradicional de la provisión de los cuidados, y la importancia que en sociedades de este tipo tiene la familia. Cuando se observa la evolución en cuanto a costes directos en base a la gravedad del síndrome, se aprecia que en los estadios leves la parte soportada por la familia es muy superior (63% del total) respecto a la asumida por la Administración Pública, pero que las distancias se van acortando hasta aparentar una cierta igualdad (55% en nivel moderado y 54% en graves).



Esta apariencia de igualación de participaciones privada-pública esconde una realidad oculta. Existe un precio sombra de esta situación, y es el de los costes indirectos. Conforme la enfermedad avanza el paciente progresivamente va necesitando más atenciones, sin embargo, como se ha comprobado, la Administración apenas aporta más recursos económicos en las fases de más gravedad, por lo que este incremento en la necesidad de cuidados es cubierta por el entorno del mismo. Es decir, apenas crecen los costes directos para la Administración, en cambio sí suben los costes indirectos, de oportunidad (exponencialmente) y de sustitución, para el entorno familiar.

- 2 Los datos analizados, tanto sobre coste directo como indirectos, han confirmado que efectivamente los gastos soportados por las personas de nivel formativo mayor, y por aquellas laboralmente ocupadas son efectivamente más elevados.
- 3 Los varones cuando se enfrenta a situaciones de cuidados tienden a buscar soporte externo con mayor frecuencia, y en consecuencia el coste para los varones resulte más alto.
- 4 El perfil de persona cuidadora, cuando la edad es menor de 40 años, encontrado en la muestra es marcadamente diferente al del grupo general, particularmente en variables relevantes como nivel formativo (más alto), situación laboral (ocupados en mayor proporción), y de convivencia (no conviven en mayor porcentaje). No obstante los resultados sobre costes no se han comprobado estadísticamente significativamente diferentes.
- 5 La situación de convivencia se relaciona con una reducción de los costes directos aportados por el entorno familiar.
- 6 La atención a personas dependientes por demencias supone un porcentaje relevante del PIB tanto si se estima a nivel de Andalucía como si se extrapola a nivel nacional, no obstante, el grueso del coste está en los costes indirectos, que pueden ser desde 3,55 hasta 7,97 veces más, en función de que se valoren como costes de oportunidad o como costes de sustitución por un cuidador especializado.



MARÍA TERESA SASTRE HERNÁNDEZ

Terapeuta Ocupacional

Más de un siglo después de descrita la enfermedad de Alzheimer, se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo debido a la prevalencia actual. El alzhéimer es además una de las enfermedades de mayor impacto social y económico para los sistemas de salud, grupos familiares y los pacientes mismos, pues afecta su funcionalidad y disminuye su calidad de vida.

El objetivo de este trabajo fue determinar la afectación de las funciones cognitivas; aplicación de un programa de ejercicio físico y observar los cambios que este produce y la comparación de los niveles de producción del habla de las personas con enfermedad de Alzheimer.

Para ello, se realizó un estudio longitudinal con 106 personas de Castilla y León divididas en dos grupos, control y experimental; los cuales fueron evaluados con los test Tinetti, Barthel, MMSE y Peabody, donde el grupo experimental realizó actividad física durante cuatro semanas y se volvió a reevaluar.

Resultados

No se encontraron cambios significativos en los niveles de producción del habla, aunque sí que se encontraron diferencias significativas entre la medición del equilibrio entre hombres y mujeres.

Como conclusión, destacar que caminar mejoró la comunicación verbal de las personas con enfermedad de Alzheimer, por lo que a menor grado de afectación de la enfermedad el ejercicio físico mejora esta comunicación.



Laura Alejandra Mayorga Cadauid | Andrés M. Pérez-Acosta

Universidad de Rosario (Bogotá, Colombia)

El propósito de este artículo es efectuar una revisión de la literatura científica que ha relacionado el reconocimiento de emociones con el deterioro cognitivo y las demencias. El envejecimiento es un proceso natural y gradual de la vida, en el cual se puede presentar el deterioro cognitivo, que se entiende como la disminución del rendimiento en al menos un dominio cognitivo; los dos grandes grupos de este son el deterioro cognitivo leve y las demencias, que se clasifican dependiendo de sus características y etiología, así mismo, los cambios que se presentan en este son definidos por las diferencias individuales y la plasticidad cerebral de cada individuo.

Las emociones son procesos que involucran el componente vivencial, fisiológico y un comportamiento determinado, a partir de la experiencia de un suceso vital significativo; una de las teorías más reconocidas de éstas es la de Paul Ekman que nos habla de seis emociones básicas y universales (alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa, miedo).

En cuanto a las estructuras cerebrales implicadas en las emociones encontramos principalmente la corteza tédporo-occipital, en especial el giro fusiforme, las zonas órbito-frontal y parietal derecha, la amígdala y los ganglios basales. Adicionalmente encontramos el reconocimiento de las emociones haciendo énfasis a la identificación de emociones tanto positivas como negativas por medio de diferentes tareas.



El reconocimiento de emociones en pacientes con algún cuadro de deterioro cognitivo se ve afectado, donde los pacientes con más evolución tienen un desempeño no tan bueno como lo presentan aquellos pacientes que se encuentran en fases tempranas u agudas de la enfermedad, no en todas las demencias se da de la misma forma, debido a que se ha identificado que en cada demencia el déficit presentado va de acuerdo a sus características, por lo que es necesario identificar bien las características de estas para de esta forma obtener mejores resultados a la hora de evaluar el reconocimiento de las emociones en estas.

Aunque reconocer emociones parecería una tarea fácil, para los pacientes con demencias es una tarea compleja, la cual les presenta retos; además, para un mismo tipo de demencia, incluso el desempeño puede ser diferente según el tipo de tarea, debido a que el cerebro actúa de una forma u otra dependiendo de lo que se le este pidiendo, por lo que se han desarrollado diferentes tipos de tareas para lograr identificar este tipo de diferencias y hacer más específico en qué tipo de reconocimiento es que se presenta el mayor déficit. Adicionalmente, encontramos que es importante tener conocimiento de los medicamentos o tratamientos que están recibiendo los participantes a evaluar, esto debido a que existen medicamentos o tratamientos que pueden disminuir las capacidades cognitivas.

Finalmente, de acuerdo a los reportes el reconocimiento emocional en los diferentes cuadros de demencia ofrecen oportunidad para la innovación tanto en herramientas de evaluación con de rehabilitación neuropsicológica, además puede brindar un buen complemento de los instrumentos actuales, que enfatizan más en los dominios cognitivos.



F. J. ROS FORTEZA

Serviço de Neurología, Unida de Local de Saúde da Guarda, Portugal

El Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior Reversible (LPR) es un síndrome clínico-radiológico de causa heterogénea. El reconocimiento de esta entidad está aumentando por el uso creciente de las técnicas de neuroimagen.

Se presenta un caso de una mujer de 79 años con cefalea hemicraniana izquierda de severa intensidad, pulsátil, acompañada de foto/fonofobia, sin vómitos de 7-10 días de evolución. Sin antecedentes psiquiátricos, TCE ni hábitos tóxicos. Portadora de HTA, analfabetismo y deterioro cognitivo ligero (DCL) hace 2 años. A la admisión con crisis hipertensiva. despierta, desorientada con periodos de verborrea, sin agitación. Fondo ojo normal, paresia facial central izquierda y ligera disartria.

El estudio analítico completo no mostró alteraciones y la presencia de tóxicos en orina fue negativa. La TC craneal identificó extensas áreas hipodensas bi-hemisféricas, aparentemente edematosas, sugestivas de LPR. Inició tratamiento sintomático con mejoría clínica espectacular. Al 5º día del inicio de los síntomas la paciente realiza RM craneal que revela extenso hiperseñal confluyente bi-hemisférico que envuelve la sustancia blanca (SB) y cortex, sugestivo de LPR, menos común causa toxico-metabólica. A las 4 semanas del inicio de los síntomas el MMSE fue de 14 con AVD's instrumentales alteradas. El genotipo era APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$. La paciente inició tratamiento con rivastigmina permaneciendo estable. Al 2º mes del inicio de los síntomas la RM craneal mostró hiperseñal menos extenso de SB y presencia de atrofia temporal medial (ATM).



El PET con PIB-C11 fue compatible con aumento de péptido beta-amiloide a nivel cortical. En este caso clínico la edad de presentación de la LPR no es la habitual y el patrón holohemisférico bilateral de SB en paciente con DCL no ha sido descrito en la literatura. En el diagnóstico diferencial de un paciente con LPR y deterioro cognitivo previo debe ser considerada la Angiopatía Cerebral Amiloide, que fue descartada.

Aunque en el caso descrito la progresión a demencia podría ser predecible (paciente anciana con factores de riesgo vascular, analfabetismo, DCL y genotipo APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$), lo más probable es que este LPR precipitó la EA. Los argumentos a favor del diagnóstico de EA son: deterioro cognitivo progresivo con discapacidad funcional, un marcador topográfico y de degeneración neuronal (ATM), un marcador fisiopatológico (PET-PIB+ con aumento de captación de radiofármaco bilateralmente en áreas típicas de EA) y el hallazgo del genotipo APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$ (factor de riesgo de EA, aunque este no afectó a la edad de inicio de la enfermedad).

La particularidad de este caso clínico es, que la paciente portadora de DCL progresó a EA después de ser corregida la HTA en contexto de LPR exuberante con genotipo APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$. Con este caso, se pretende alertar al clínico sobre el reconocimiento precoz de este síndrome, su pronta intervención terapéutica para evitar secuelas neurológicas y de la vigilancia estrecha que requiere todo paciente con LPR a través de una evaluación cognitiva/neuropsicológica a tiempo. Basándonos en la supuesta reversibilidad del LPR podemos subestimar un trastorno cognitivo e impedir el ajuste de nuestros pacientes.



DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: CÓMO HA RESURGIDO SU DIAGNÓSTICO

DR. CRISTIAN E. LEYTON | RAMÓN LANDIN-ROMERO

Faculty of Health Sciences, The University of Sydney, Sydney, Australia

En los últimos años el interés científico en las enfermedades neurodegenerativas ha crecido considerablemente. Esto ha sido motivado por el gran incremento en el número de personas afectadas por estas dolencias, unido al advenimiento de nuevas técnicas y métodos de evaluación que han posibilitado un mejor conocimiento sobre las mismas. En los últimos 10 años, grupos internacionales de investigadores han actualizado los criterios diagnósticos de demencia, incorporando el uso de imágenes cerebrales y otros marcadores biológicos en la valoración del juicio clínico. Las demencias frontotemporales son un conjunto amplio y heterogéneo de enfermedades neurodegenerativas que afectan frecuentemente a pacientes menores de 65 años. Se manifiestan a nivel clínico con cambios graduales en la personalidad y en el lenguaje, a diferencia de la enfermedad de Alzheimer que se asocia a una pérdida gradual de la memoria. Las demencias frontotemporales también se asocian con la acumulación tóxica de al menos dos proteínas distintas en las neuronas, mientras que la enfermedad de Alzheimer se caracteriza exclusivamente por la acumulación de ovillos neurofibrilares y placas de amiloideas en el cerebro. De acuerdo con la prominencia de las manifestaciones clínicas, las demencias frontotemporales pueden clasificarse en dos grandes grupos; la variante conductual y la variante afásica, esta última también referida como afasia progresiva primaria.

La variante conductual cursa con cambios larvados de la personalidad y comportamiento. Estos síntomas son a veces difíciles de determinar y cuantificar, debido a que su valoración clínica depende del relato del cónyuge, familiares, amigos o colegas del paciente.



Frecuentemente los familiares relatan conductas sociales inapropiadas, pérdida del decoro y cortesía, como también falta de empatía y contacto social, y pérdida de interés en pasatiempos. En muchos casos, las alteraciones conductuales dan lugar a conflictos conyugales, problemas interpersonales o dificultades laborales que pueden camuflar los síntomas primarios de la enfermedad y retrasar el diagnóstico. Debido a que este tipo de demencia afecta mayoritariamente a personas menores de 65 años, los síntomas también se pueden confundir con crisis existenciales, episodios depresivos, trastorno bipolar u otras alteraciones psiquiátricas propias de esta edad.

La evaluación de las funciones mentales superiores, de gran relevancia en la demencia frontotemporal, se efectúa mediante una evaluación neuropsicológica. Ésta puede evidenciar deterioros en la capacidad para ejecutar actividades complejas que requieren habilidad de planificación, jerarquización y resolución de conflictos. No obstante, la evaluación de estas habilidades (también conocidas como funciones ejecutivas) presenta ciertas limitaciones, ya que muchos pacientes con demencia frontotemporal muestran un rendimiento limítrofe o dentro del rango normal en comparación con personas sanas de la misma edad.

Nuevas técnicas como la resonancia magnética nuclear, permiten visualizar la anatomía del cerebro con gran detalle en pacientes con demencia en vida. El estudio de resonancia cerebral es además fundamental para descartar otras posibles causas de demencia, como la presencia de tumores o de enfermedad cerebrovascular. Las imágenes de resonancia en pacientes con demencia frontotemporal detectan una reducción significativa del tamaño de la parte delantera del cerebro, que incluye la parte inferior de los lóbulos frontales y la parte anterior de los lóbulos temporales. Sin embargo, en estadios temprano de la enfermedad, los cambios cerebrales son sutiles y muchas veces el clínico debe observar la progresión de los síntomas para establecer un diagnóstico certero.



NOELIA ASENSIO CAVA

Logopeda de la Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer y Otras Patologías de Cartagena y Comarca

«La actividad comunicativa y lingüística de los mayores está marcada por procesos de tipo socio-culturales y físico-orgánicos» (Valles, 2011). Los primeros están relacionados con los cambios en la rutina de vida debidos, por ejemplo, a la pérdida de la pareja, a la jubilación o cambios en el círculo familiar, haciendo que la interacción comunicativa disminuya, pudiendo generar cierto aislamiento (Riaño y Moreno, 2012; Valles, 2011). Los segundos, relacionados con lo biológico, provocan alteraciones en diversas funciones como las sensoriales, las cognitivas y las motoras, alterando el lenguaje expresivo y/o comprensivo (Valles, 2011).

Es conocido que el alzhéimer no afecta únicamente a la memoria pues los cambios en la estructura cerebral provocan el desmantelamiento progresivo de todas las funciones cognitivas superiores, entre las que se encuentra el lenguaje. Desde el inicio de esta enfermedad, la competencia comunicativa empieza a alterarse. (Pérez, 2012; Valles, 2013). El lenguaje de las personas afectadas por la demencia manifiesta diversas características, las cuales varían drásticamente de un paciente a otro y de acuerdo con la progresión y etiología de cada tipo de demencia (Horcajuelo, Criado-Álvarez, Correa y Romo, 2014). En general, las limitaciones lingüísticas más destacadas se observan en el nivel léxico-semántico, y pragmático (Valles, 2013; Pérez, 2012).

El lenguaje espontáneo, en general, presenta pausas para encontrar las palabras (Montagut, Sánchez-Valle, Castellví, Rami, y Molinuevo, 2010).



En la etapa inicial, las primeras dificultades lingüísticas pueden tardar en aparecer algún tiempo (problemas para encontrar las palabras, dificultad para detectar recursos humorísticos e irónicos...) en la etapa moderada, todos los déficits comunicativos de la fase anterior se agravan hasta el punto de convertir su discurso en una jerga y en ocasiones vacío de significado; en la etapa avanzada aparece un discurso repleto de ecolalias (repeticiones involuntarias) y la comprensión se ve gravemente alterada. En el final de esta etapa el hablante cae en un estado de mutismo (Pérez, 2012).

Los logopedas tienen un papel primordial en la identificación, la evaluación y el tratamiento de los desórdenes cognitivo-comunicativos asociados a las demencias incluyendo la colaboración con los miembros del equipo interdisciplinar en el manejo de casos, así como en la educación, la promoción y la investigación (Jaramillo, 2010).

Uno de los principales objetivos del logopeda es retrasar al máximo la pérdida de la capacidad comunicativa de las personas con demencia, igualmente deberá participar en la educación sanitaria, informando a los familiares, cuidadores y profesionales de las características del trastorno detectado y de las medidas de mejora, facilitando, consejos sobre la comunicación de los que puedan beneficiarse las personas del entorno de los pacientes, con lo que se conseguirá mejorar la adaptación emocional y social de los enfermos (Fernández, González, Sande, Crego, y Calenti, 2002).



BEATRIZ GRANDAL LEIROS

Servicio de Geriátria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

La población española, como el resto de la población mundial envejece y con dicho envejecimiento aumenta la prevalencia de demencias. Estas tienen graves consecuencias sobre los pacientes y sus familias pero también sobre el sistema sanitario y la economía. Existen diferentes tipos de demencias, el desarrollo de la inmunohistoquímica permitió clasificarlas en función del depósito cerebral de una proteína que sería la responsable de la activación de diferentes mecanismos patogénicos y diferente sintomatología. Pero, en práctica clínica, lo habitual es la comorbilidad cerebral, es decir el depósito de proteínas puede ser múltiple y coexistir con patología cerebrovascular.

Probablemente sea por dicha comorbilidad por la que usando las herramientas actualmente disponibles (historia clínica, exploración neuropsicológica, analítica y pruebas de neuroimagen), no siempre podemos encuadrar a nuestros pacientes dentro de los criterios diagnósticos de cada tipo de demencia. Aunque no dispongamos de fármacos con un impacto dramático sobre el curso de la enfermedad, un correcto manejo terapéutico ayuda a enlentecer su progresión y mejorar la calidad de vida del paciente.

En la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui nos propusimos hacer una revisión crítica de nuestro trabajo y para ello empleamos los datos de 114 cerebros donados por pacientes con demencia. El objetivo era conocer mejor a nuestros pacientes, la frecuencia de cada demencia en la practica clínica y la concordancia entre nuestro diagnóstico clínico y el anatomopatológico. Para ello contamos con la colaboración del Banco de tejidos Neurológicos de Navarra donde se realizó el examen de las muestras.



Al analizar los datos observamos que los diagnósticos más frecuentes tanto a nivel clínico como anatomopatológico fueron Enfermedad de Alzheimer y Demencia Mixta pero la prevalencia se invirtió pasando de un 39 y 18% a nivel clínico a un 22 y 34% a nivel anatomopatológico. Hasta en el 53% de los cerebros hallamos patología cerebrovascular concomitante y en un 11% depósito de cuerpos de Lewy.

La concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico fue de un 62%, es decir, casi un tercio de nuestros pacientes no tenían un diagnóstico certero en vida. La principal causa fue el infradiagnóstico de la patología cerebrovascular a lo que pudo haber contribuido el disponer únicamente de tomografía axial computerizada como prueba de neuroimagen.

No evidenciamos que disponer de más pruebas complementarias, el menor deterioro cognitivo al diagnóstico o un diagnóstico más precoz en cuanto al tiempo de evolución, mejoraran nuestra concordancia diagnóstica. No obstante, no hay que perder de vista que con frecuencia fueron los pacientes con manifestaciones clínicas atípicas a los que se les solicitó la donación de tejido neurológico.

Sabemos que los resultados solo reflejan como trabajamos en nuestro centro y que no son extrapolables, pero a pesar de ello, creemos que este trabajo nos ayudará a todos a reflexionar sobre como abordamos las demencias en la práctica clínica habitual y qué hacer para mejorar.





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

