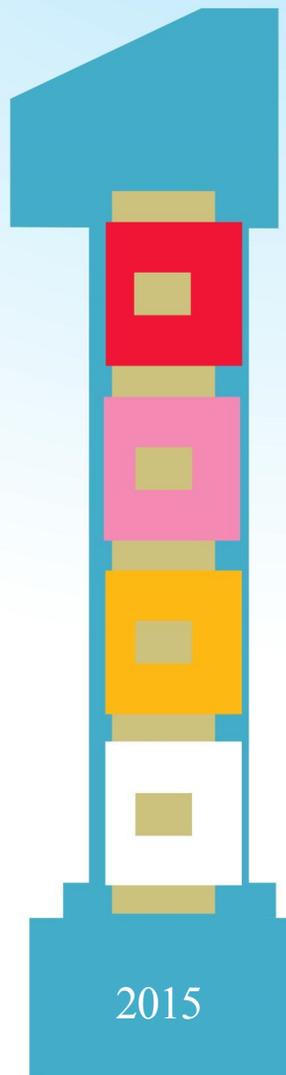




CENTRO DE
REFERENCIA ESTATAL
PARA PERSONAS
CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS

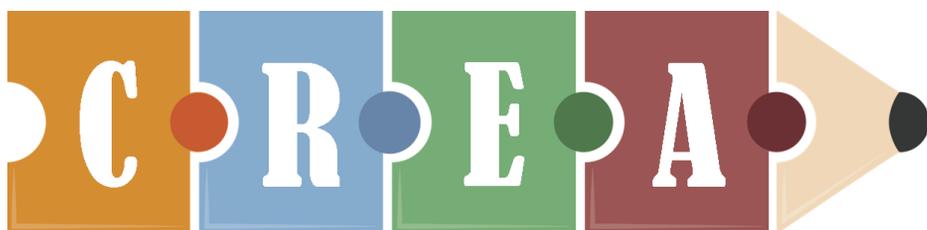


Recopilatorio

2015



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 2015. En total, esta publicación recoge 26 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. MECANISMOS MOLECULARES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: CAUSAS GENÉTICAS Y «ESPORÁDICAS»	9
II. DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	11
III. DIFERENCIAS EN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO ENTRE CUIDADORES INFORMALES Y FORMALES DE PACIENTES CON DEMENCIA	13
IV. DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO Y SU POSIBLE ROL COMO PRÓDROMOS DE DEMENCIA	15
V. ANOSOGNOSIA Y DEPRESIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER	17
VI. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DEL TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	19
VII. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA BATERÍA DE EVALUACIÓN DEL DETERIORO GRAVE EN PACIENTES CON DEMENCIA	21
VIII. NO TODO ES LA MEMORIA: SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	23



IX. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADAS	25
X. HISTORIA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LA DEMENCIA	27
XI. LA OCUPACIÓN COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	29
XII. DEL CUIDADO DEL ALZHEIMER AL CUIDADO DE LA IDENTIDAD	31
XIII. SOBRE LA INCAPACITACIÓN CIVIL EN LAS DEMENCIAS: NORMATIVA VIGENTE Y REVISIÓN DE SENTENCIAS DEL TRIBUNAL SUPREMO	33
XIV. LA CAPACIDAD PARA CONVERSAR EN LA DEMENCIA	35
XV. RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS QUEJAS DE MEMORIA	37
XVI. INTERACCIÓN Y PREDICTIBILIDAD: LOS INTERCAMBIOS CONVERSACIONALES CON HABLANTES CON DEMENCIA	39
XVII. SOBRECARGA, PSICOPATOLOGÍAS Y RELACIÓN CON CUIDADORES INFORMALES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER	41
XVIII. DEGENERACIÓN LOBAR FRONTOTEMPORAL: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO	43
XIX. GERONTOPSICOMOTRICIDAD Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UN MODELO DE ATENCIÓN AL BINOMIO PACIENTE-CUIDADOR	45
XX. «DR., YO EN CASA LO HAGO TODO!» LA ANOSOGNOSIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	47
XXI. PROPUESTA DE UNA BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE EVALUACIÓN COGNITIVA PARA DETECTAR DCL Y DEMENCIAS.....	49
XXII. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIA EN EL ENTORNO DE LA CRONICIDAD	53



XXIII. MODELOS COMPUTACIONALES DEL COMPORTAMIENTO OCULAR PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO COGNITIVO55

XXIV. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LOS MATERIALES CINEMATOGRAFICOS57

XXV. AFAS EN GALICIA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA59

XXVI. CRISIS EPILÉPTICAS EN LA DEMENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER61



FRANCISCO WANDOSEL

Investigador en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa CSIC/UAM & CIBERNED

La enfermedad de Alzheimer (AD) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, con de alto nivel de prevalencia en la población que denominamos «tercera edad» (entre 15-20%) en los países más industrializados, y está empezando a ser de importancia relativamente alta en «los países en vías de desarrollo», ya que va asociada al envejecimiento de la población. El análisis neuropatológico de los cerebros de los pacientes permite confirmar generalmente el diagnóstico y en estos cerebros podemos poner de manifiesto por diferentes técnicas de histología que existen dos marcas histopatológicas que se tienen que dar a la vez para confirma el diagnóstico. Estas son las denominadas placas seniles, que están formadas por un depósito extracelular de la proteína amiloide (β A); y los ovillos neurofibrilares (NFTs) que es un depósito intracelular de la proteína (tau).

Aunque la patología de Alzheimer es una enfermedad mayoritariamente esporádica, en un 90-95%, un porcentaje entre 5-10% (dependiendo de poblaciones) son variantes genéticas, denominadas (Alzheimer Familiar o FAD). Estas variantes son mutaciones en una serie de proteínas e implican una «trasmisión genética dominante» a la descendencia de los pacientes. El análisis de muchas de esas mutaciones ha permitido comprobar que, hasta hoy, hay tres genes implicados en ese grupo de FAD, y se han caracterizado e identificado esos genes. En humanos se localizan en los cromosomas 21, 14 y 1, y corresponden a las proteínas denominadas como Proteína de Precursora del Amiloide (APP), Presenilina 1 (PS1) y Presenilina 2 (PS2), respectivamente.



Además de estas mutaciones o variaciones genéticas existen una serie de variaciones alélicas que se presentan en la población normal (por lo tanto «no-mutante») de varios genes, que se caracterizan porque algunas de sus variantes aumentan la susceptibilidad (la probabilidad) de sufrir esta patología (por ejemplo los alelos de los genes para las proteínas Apolipoproteína E, Clusterin , PICALM, etc.). El origen de la enfermedad de Alzheimer no está clarificada totalmente ya que si bien tenemos buena información sobre las variantes «mutantes» (FAD's), no tenemos buena información sobre la población que no posee mutaciones, es decir los esporádicos, que como mencioné además son el grupo mayoritario (90-95%). Dentro de la diversa hipótesis que se ha estado presentando a través de los años, quizás la teoría amiloidogénica es la que tiene mayor difusión. Esto se basa en la posibilidad de las diferentes mutaciones de modificar la cantidad de péptido amiloide (β A), y la capacidad posterior de este péptido de polimerizar y agregarse hasta formar las placas seniles. Aunque es un tema de debate sin cerrar, se considera que este péptido, o variantes poliméricas, serían el origen de una cadena neurotóxica que compromete la viabilidad de las neuronas y/o la neurotransmisión. Además se considera que este péptido debe ser el responsable de generar la disfunción neuronal que, en una segunda acción o prácticamente en paralelo, genera la modificación por fosforilación y la polimerización de la proteína neuronal tau, que ira generando en el interior de las neuronas los «ovillos neurofibrilares» NFT's.

De acuerdo con esta hipótesis varias drogas terapéuticas se han propuesto y se han probado en animales y posteriormente en humanos, sin embargo no han podido mostrar su efectividad para prevenir o para ralentizar sustancialmente la progresión de la enfermedad. Con todo ello proponemos que el Alzheimer de tipo «esporádico» debe ser más profundamente estudiado para entender la base molecular de estas alteraciones, basada obviamente en «genes no-mutantes». A la vez, hipótesis alternativas o complementarias que se basan por ejemplo en problemas vasculares y/o metabólicos se deberían considerar, para proponer nuevas «dianas terapéuticas» contra esta cruel patología.



JUAN LLIBRE RODRÍGUEZ (1) | RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA (2)

Centro de Estudios de Alzheimer, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (1) y
Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. Nuevo León, México. Cuba (2)

La región de América Latina y el Caribe se enfrentan a una nueva epidemia de proporciones sin precedentes, con una elevada repercusión social, económica y fundamentalmente humana. La demencia es la primera causa de discapacidad en adultos mayores y la mayor contribuyente de dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador, sin embargo, aún no recibe la misma prioridad que otras enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que tienen un mayor impacto en la mortalidad, particularmente en los países en vías de desarrollo. La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77% en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134% a 146% de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo.

La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410.938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos. De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar a la de Norteamérica. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410.938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos.



De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar a la de Norteamérica. La demencia es responsable de un costo económico de 612 billones de dólares en todo el mundo, equivalente al 1% de la carga global de enfermedad (GDP, siglas en inglés), si bien dos tercios de estos costos ocurren en los países desarrollados donde viven un tercio de las personas con demencia. En la región de Las Américas los costos totales estimados para las demencias son de 235,84 billones de dólares, sin embargo, solo el 11% de estos costos (23 billones de dólares) corresponden a América Latina y el Caribe, donde vive cerca del 44% de las personas con demencias. Los costos se relacionan fundamentalmente con los cuidados informales, así como los costos directos derivados de los cuidados sociales (proporcionados por cuidadores formales y profesionales en la comunidad, centros de día y hogares de ancianos) y del tratamiento y cuidados médicos de las demencias y la comorbilidad asociada en los diferentes niveles de atención médica. Estos enormes costos que producen las demencias y el reto que representa el incremento del número de adultos mayores producirán un cambio dramático en los sistemas de cuidado en todo el mundo. Como el número de personas con demencia en América Latina y el Caribe, se duplicará cada 20 años y alcanzará los 18,7 millones de personas enfermas en el 2050, es de esperar un aumento proporcional de los costos, sin embargo, el mayor costo de las demencias es su costo humano cuyas dimensiones son inestimables. Las familias y los cuidadores sufren las mayores consecuencias psicológicas, físicas, sociales y financieras adversas de las demencias, que incluyen elevados niveles de ansiedad y depresión, afectación de su salud física, y de sus finanzas, directa (por ejemplo, costos de los medicamentos) e indirecta (por ejemplo, pago de servicios, entre estos a otras personas por el cuidado).

La prevención primaria con un enfoque multifactorial y durante el curso de la vida incluyendo amplio acceso a la educación y mejores condiciones socioeconómicas, estilos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovasculares, pueden conducir a una disminución del número de personas con demencias.



**DAYSY KATHERINE PABÓN POCHE | MAYRA JUALIANA GALVIS APARICIO
ANA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA**

Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga (Colombia)

La enfermedad de Alzheimer (EA) es «una encefalopatía degenerativa primaria de evolución progresiva» (Fontán, 2012, p. 36); aunque es la demencia más frecuente en la población anciana, no tiene cura conocida hasta el día de hoy (Romano, Nissen, Del Huerto & Parquet, 2007), y aunque produce una incapacidad funcional y cognitiva importante en el paciente, no es este el único que se ve afectado por esta enfermedad. El cuidador, ya sea formal o informal, es quien resulta afectado significativamente en su salud física, emocional y mental (Espín, 2008).

Del total de cuidados que reciben las personas mayores, el 80-88% los brinda exclusivamente la familia (Aparicio, Díaz, Cuéllar, Castellanos, Fernández & De Tena, 2008); sin embargo, existen casos en que la red familiar del enfermo no es suficiente para hacerse cargo de su cuidado, por lo cual se acude al «cuidador formal».

Estos últimos, los cuidadores formales deben manejar altos niveles de estrés, lo cual les puede generar trastornos depresivos u otras alteraciones en su salud mental (Camacho, Hinostroza & Jiménez, 2010), especialmente cuando tienen un bajo nivel de cualificación para la tarea. Esto se demuestra en el estudio de Aristizábal y Ortiz (2002), en el que el 42% de cuidadores presentaba algún grado de depresión, siendo principalmente de tipo leve o moderado.

A pesar de la situación que puede desencadenarse en los cuidadores, hay un factor que puede predecir, controlar o/y disminuir los efectos del cuidado de un paciente con Alzheimer.



El estudio de Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers (2010) encontró que las necesidades más importantes en un grupo de cuidadores era recibir apoyo de tipo informativo; la necesidad de recibir apoyo emocional por parte de profesionales, familiares y personas que hayan pasado por la misma experiencia, y la necesidad de recibir apoyo de la comunidad (amigos, la iglesia y otras organizaciones).

El «apoyo social» puede ser definido como una práctica de cuidado que se genera en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona (Muñoz, 2000). Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos, entre ellos la carga, la tensión y el malestar emocional (Vega-Angarita & González, 2009; Carretero, Garcés & Ródemas, 2006). Es por ello que la falta de apoyo social o familiar, según resultados encontrados en el estudio de Espinoza y Joffre (2012) y Vega-Angarita (2011) puede producir cambios negativos en los niveles de estrés, en la preocupación por el nivel físico y psicológico, la presión social y el agobio del cuidador (Calero, Fernández & Roa, 2009; Espín, 2009).

Teniendo en cuenta los estudios sobre apoyo social, se ha demostrado el impacto que puede generar esta variable en los cuidadores; es así como este estudio de tipo no experimental transversal comparativo tuvo como objetivo identificar el nivel de apoyo social percibido por cuidadores informales y formales de pacientes con enfermedad de Alzheimer de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana y establecer las diferencias más significativas entre ambos grupos. Se evaluaron 53 informales y 62 cuidadores formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer por medio del cuestionario MOS de apoyo social percibido. Se logró determinar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre interacción social ($p=0,03$); apoyo afectivo ($p=0,032$) y apoyo global ($p=0,037$) de los grupos de cuidadores formales e informales; los cuidadores formales presentan mayor puntuación, lo que denota una mejor percepción del apoyo social que reciben.



NILTON CUSTODIO

Neurólogo del Instituto Peruano de Neurociencias, Lima (Perú)

Tanto depresión como demencia, sobre todo enfermedad de Alzheimer (EA), son entidades frecuentes en la salud mental de la tercera edad, disminuyendo la calidad de vida e incrementando el deterioro de actividades de vida diaria de individuos de la tercera edad. EA tiene pobre pronóstico al ser una enfermedad neurodegenerativa; mientras que depresión es básicamente reversible. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de demencia y particularmente de EA se realiza por exclusión, efectuando una historia cuidadosa y descartando otros problemas que pueden producir deterioro cognitivo, pero que son potencialmente reversibles, como la depresión.

El problema radica cuando los síntomas depresivos son clínicamente significativos y aparecen a la vez que los primeros síntomas cognitivos de deterioro. Entonces, es difícil distinguir si los síntomas depresivos son secundarios a un posible problema de demencia, si los síntomas depresivos coexisten con los síntomas cognitivos, o bien, si los síntomas depresivos constituyen por sí mismos un síndrome, y son síntomas primarios acompañados de quejas de memoria. Así pues, la depresión constituye, en la práctica diaria, uno de los principales y más frecuentes problemas de diagnóstico diferencial con el síndrome de demencia, en especial en sus fases iniciales.

Es interesante reconocer que el compromiso de las áreas cognitivas de los pacientes deprimidos se explican por reducción en la velocidad de los procesos de información; en el que la disfunción ejecutiva y los factores de riesgo vascular son potentes mediadores de los otros déficits.



En la práctica clínica diaria, el compromiso de la memoria en ambas condiciones tiene algunas particularidades. Los pacientes con depresión típicamente exhiben deficiencias en la memoria cuando se usan pruebas cognitivas que emplean tareas de recuerdo libre de la información previamente aprendida (sin claves), mientras que las tareas que requieren el reconocimiento o con claves de ítems recientemente aprendidos son generalmente normales. Por el contrario, durante estadios tempranos de EA, los pacientes con EA exhiben compromiso tanto del recuerdo así como del reconocimiento de ítems previamente aprendidos.

Un factor importante en la etiología y el curso de la depresión y su relación con el deterioro cognitivo, es la edad en la cual un individuo experimenta su primer episodio de depresión, clínicamente significativo, y para esta revisión definimos depresión de inicio tardío (DIT), a aquellos que inician su primer episodio depresivo después de los 50; mientras que la depresión de inicio precoz (DIP), incluirá a los individuos que presentan su primer episodio depresivo antes de los 50. De esa manera, los estudios de seguimiento longitudinal y de caso-control reportan una estrecha asociación entre DIT y deterioro cognitivo progresivo, pues se ha demostrado riesgo de incremento en 2-5 veces para desarrollar demencia en pacientes con DIT. Por otro lado, algunos estudios han encontrado asociación directa entre la mayor severidad de los síntomas depresivos en la evaluación basal con elevado riesgo de desarrollar demencia y EA; y una relación directa entre el número de episodios depresivos y el riesgo de desarrollar demencia, siendo significativo, cuando se compara individuos con un episodio depresivo y comparado con aquellos que tienen más de 4 episodios. Por otro lado, DIP ha demostrado en forma consistente ser también un factor de riesgo para demencia, y escasas probabilidades de ser pródromos de demencia. La naturaleza de la asociación (sí depresión es un pródromo o consecuencia de demencia, o un factor de riesgo para desarrollar demencia) permanece aún sin ser esclarecida. Independiente de ello, las estrategias para tratar depresión podrían alterar el riesgo de desarrollar demencia.



JOSEP LLUÍS CONDE-SALA

Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona

Introducción: La anosognosia es el «desconocimiento, mala interpretación o negación explícita de los síntomas de una enfermedad», una característica de la Enfermedad de Alzheimer (EA) que puede estar presente en los distintos estadios evolutivos de la demencia, aunque de forma más notable en la mayor gravedad. Su prevalencia oscila entre el 40-75% de los casos.

Por otra parte, la depresión es uno de los síntomas más comunes de la EA, con una mayoría de las estimaciones respecto a su prevalencia de entre el 20% y el 30%. Las relaciones entre la anosognosia y la depresión, han sido un tema analizado por distintos autores con resultados contradictorios. Dado que estas variables pueden influir en la valoración de la calidad de vida, el objetivo de la investigación fue analizar las relaciones entre anosognosia y depresión y sus implicaciones en la percepción de la calidad de vida del paciente (QoL-p) en los pacientes y sus cuidadores.

Métodos: La muestra estuvo formada por 221 pacientes con la EA y sus cuidadores, con un seguimiento de 12 meses. La anosognosia fue evaluada mediante la Anosognosia Questionnaire-Dementia (AQ-D); la depresión con la Geriatric depression Scale (GDS-d) de 15 ítems y la calidad de vida del paciente con la Quality of Life in AD (QoL-AD). La anosognosia está presente con puntuaciones ≥ 32 puntos en la escala AQ-D y la depresión está presente con puntuaciones ≥ 6 puntos en la escala GDS-d. Se analizaron las puntuaciones de estas variables según el estadio evolutivo de la enfermedad con la Global deterioration Scale (GDS) en la evaluación basal y a los 12 meses. Se indicó el tamaño del efecto de las diferencias (Cohen's d = pequeño: 0,2-0,4; medio 0,5-0,8; grande: $> 0,8$).



Resultados: Los resultados obtenidos indican que los pacientes con anosognosia presentaron unas puntuaciones de depresión menores que los que no tenían anosognosia. Estas diferencias se incrementaron con la mayor gravedad de la demencia. Estas dos variables mantuvieron de forma constante una relación inversa: mayor anosognosia asociada a menor depresión y menor anosognosia a mayor depresión. Respecto a las implicaciones de la anosognosia y la depresión en la percepción de la calidad de vida del paciente, los pacientes con anosognosia valoraron mejor su calidad de vida. Así mismo, los pacientes sin depresión valoraron también mejor su calidad de vida.

Las puntuaciones de los cuidadores respecto a la calidad de vida del paciente (QoL-p) fueron mucho menores en relación a los pacientes que tenían anosognosia, con un tamaño del efecto de las diferencias que oscilaba entre 2,3 y 3,0. También fueron mucho menores las puntuaciones de los cuidadores en los pacientes sin depresión con un tamaño del efecto de las diferencias que oscilaba entre 1,3 y 3,4. Por el contrario las puntuaciones entre pacientes y cuidadores estuvieron más próximas en los pacientes que no tenían anosognosia y estaban deprimidos. Cabe destacar que el tratamiento farmacológico antidepressivo no tuvo ninguna influencia significativa en los pacientes respecto a la depresión o a la percepción de la QoL-p.

Conclusiones: La mayor anosognosia y la menor depresión estaban asociadas a mejores puntuaciones de los pacientes respecto a su calidad de vida, siendo estas variables las que ocasionaban la mayor discrepancia con las puntuaciones de los cuidadores en la QoL-p. La menor conciencia de los déficits (anosognosia) puede estar asociada a una menor depresión y a una mejor percepción de la calidad de vida en los pacientes (QoL-p), especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad.



**CASTILLO, RUBÉN ADRIANA | DE LUNA CASTRUITA, JOSÉ ÁNGEL
LÓPEZ GARCÍA, RAQUEL | PLIEGO FLORES, FABIOLA MAYTÉ
SÁNCHEZ RUBIO, ULISES | GALLEGOS, EVA GABRIEL**

Reaprende, Centro de Rehabilitación Neuropsicológica

El aspecto más evidente del trastorno neurocognitivo mayor es la dependencia subyacente a un deterioro cognitivo severo que consiste en dificultades en la memoria, el lenguaje y las habilidades visoespaciales, lo que trae consigo la disfunción social y laboral.

El objetivo del presente estudio ha sido realizar un análisis comparativo entre los tres tipos de trastorno neurocognitivo para conocer el patrón neuropsicológico de deterioro cognitivo de pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, para así identificar las fortalezas y debilidades de su funcionamiento y guiar el desarrollo de estrategias de intervención adecuadas.

Se realizó un estudio retrospectivo en un grupo de 86 pacientes con tres tipos de enfermedad: enfermedad de Alzheimer, enfermedad vascular y enfermedad frontotemporal (EA, EV y TFT) valorados entre las fechas de Enero de 2002 a Julio de 2012. Los procesos cognitivos fueron evaluados por medio de: La escala de memoria de Wechsler y la escala de inteligencia para adultos de Wechsler. La sintomatología clínica del paciente se evaluó con la escala de Demencia de Blessed.

La muestra obtuvo un índice de deterioro general promedio de 28.30 (Dt= 21.6). Los procesos más deteriorados en los tres grupos fueron: atención auditiva inmediata, memoria reciente verbal de un texto, memoria reciente visual, coordinación visomotora y planeación. Las funciones menos deterioradas fueron: memoria remota, conceptualización y juicio social.



Las capacidades para desarrollar las actividades de la vida cotidiana que se encontraron más afectadas fueron: memoria 97%, improductividad económica 94%, orientación 82%, cálculo 82%, estado de ánimo depresivo 81% y las relacionadas al manejo de las finanzas personales 80%.

Los tres tipos de trastorno neurocognitivo estudiados en etapas avanzadas mostraron un perfil neuropsicológico específico sin diferencias entre sí. Se observó que las funciones cognitivas más deterioradas en los tres grupos se han documentado ampliamente en la literatura, siendo el olvido de acontecimientos recientes y la conservación de la memoria a largo plazo de los principales criterios para el diagnóstico clínico. El deterioro en las funciones ejecutivas en estos pacientes puede verse reflejado de manera clínica en la dificultad para desempeñar en forma adecuada actividades que requieren de patrones secuenciados, por ejemplo el baño diario, el orden en el uso de las prendas de vestir, la preparación de los alimentos y el manejo de las finanzas personales, lo cual fue ampliamente referido por los familiares de los pacientes en la Escala de Blessed.

Las habilidades visoespaciales que se afectan desde las primeras etapas y mayormente en la EA, y se mantuvieron muy deficitarias en las etapas avanzadas en los tres tipos de demencia en nuestro estudio. Esto se pudo ver clínicamente reflejado cuando los familiares reportaron en la escala de Blessed el extravío de los pacientes en lugares cotidianos en el 82% de los casos.

Los tres tipos de enfermedades que explicaban el trastorno neurocognitivo mayor mostraron un perfil neuropsicológico específico, lo cual a su vez permite considerar el proceso de intervención que se ha de llevar a cabo, ya que se propone que éste no solo se centre en las estimulación de aquellas funciones disminuidas en las etapas iniciales, sino que se diseñe un programa de estimulación cognitiva global que permita fortalecer aquellas funciones que con el progreso de la enfermedad también se verán afectadas, para de ésta forma mantener por un tiempo más prolongado la funcionalidad de los pacientes en el desempeño de sus actividades de la vida cotidiana.



ISABEL CRUZ ORDUÑA

Psicóloga

La mayoría de los instrumentos de evaluación para la demencia han sido diseñados para ser aplicados en fases leves o moderadas. Los avances médicos, en investigación y el desarrollo de los cuidados en pacientes con demencia, está aumentando el número de pacientes que llegan a un estado avanzado de la enfermedad. Además, existe evidencia de que en estas fases avanzadas de la demencia existe capacidad cognitiva que puede ser detectada con test específicos que sean más sensible al estado cognitivo y que, al mismo tiempo, sean capaces de dar cuenta de la heterogeneidad de la ejecución cognitiva en las fases avanzadas de la enfermedad. La realidad clínica muestra que se cuenta con insuficientes instrumentos válidos y fiables para evaluar el estado mental en estos pacientes.

El objetivo de este trabajo consistió en evaluar los atributos psicométricos de la Batería de Evaluación del Deterioro Grave, en su forma abreviada (SIB-s) en población española. Este test fue desarrollado por Saxton et al., 2005 para evaluar el estado cognitivo de pacientes institucionalizados con demencia avanzada. Se tarda en administrar unos 15 minutos, la mitad de tiempo que la escala original. Consta de 26 preguntas agrupadas en los mismos 9 dominios que la escala original (SIB). El rango posible de puntuación oscila de 0 a 50 con un máximo de puntuación de 2 para 24 de los ítems y de 1 punto para dos ítems (19 y 38). Mantiene las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad de la escala original.

En el presente trabajo los pacientes evaluados proceden de la residencia (85,8%) y del centro de día (14,2%) para sujetos con demencia degenerativa del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía (CAFRS).



La muestra del estudio estaba formada por 127 pacientes (mujer: 86,6%, media de edad: 82,6±7,5) con un diagnóstico de demencia basado en los criterios del DSM-IV-TR. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer posible o probable (74%) fue el más frecuente. Respecto al grado de deterioro, en el 92,9% los pacientes presentaron un deterioro moderadamente-grave o grave. Los pacientes fueron evaluados con la SIB-s y además con las siguientes medidas: Escala de Deterioro Global [GDS], Mini Examen Cognoscitivo [MEC], Mini Examen del Estado Mental Grave [sMMSE]), Índice de Barthel y escala FAST del estado funcional.

Los resultados mostraron una puntuación media total de la SIB-s de 19,10±15,34 (rango: 0-48). Los efectos suelo y techo menores del 20%. El análisis factorial identificó un único factor que explica el 68% de la varianza total de la escala. La consistencia interna fue alta (alpha de Cronbach=0,96). La correlación item-total corregida osciló entre 0,27 y 0,83 y la homogeneidad de los ítems 0,43. La fiabilidad test-retest e inter-evaluador fue satisfactoria (ICC=0,96 y 0,95), así como la validez de constructo convergente con otras medidas cognitivas MEC (rs=0,83), sMMSE (rs=0,90). El error estándar de la medida fue de 3,07 para el total de la escala ($1/2DE_{\text{basal}}=7,67$).

Podemos concluir que los resultados del presente estudio sugieren que la SIB-s es un test fiable y válido en la evaluación de pacientes con demencia moderada-grave de forma relativamente breve, manteniendo la fiabilidad y validez de la SIB original sin un efecto techo y suelo significativos.



PABLO RICHLY

Médico psiquiatra. Jefe de la Clínica de Memoria de INECO

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia a nivel mundial causando trastornos cognitivos, funcionales y conductuales. Estos últimos suelen ser subestimados o considerados erróneamente como accesorios cuando en la realidad son parte importante de la presentación clínica y del pronóstico de la enfermedad. Por ello es fundamental que los médicos estén capacitados para detectar y tratar síntomas como la depresión, la apatía, los síntomas psicóticos, los trastornos del sueño, la agitación y/o agresividad ya que frecuentemente se observan en esta enfermedad. Tanto la presentación clínica como el abordaje de estos síntomas pueden diferir del de otros trastornos psiquiátricos o neurológicos, por lo cual es importante conocer la especificidad de los mismos, entendiendo que son emergentes de la propia enfermedad de Alzheimer.

Actualmente se considera que los trastornos conductuales de la EA tienen un importante peso específico en el impacto de la enfermedad y son frecuentemente motivo de consulta en el sistema de salud. La correcta identificación y abordaje de los mismos son vitales en la concepción de un abordaje integral de la enfermedad tanto desde el punto de vista individual, familiar como sanitario.

Debido a la escasa eficacia de las medidas farmacológicas es de vital importancia la capacitación de los cuidadores y personal involucrado en el cuidado de la persona afectada por la enfermedad para buscar a través de un adecuado control de los síntomas conductuales y psiquiátricos asociados a la demencia la mejoría de la calidad de vida del paciente y su familia sin exponer al mismo a riesgos para su salud.



<p>Depresión</p>	<p>La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de marcada tristeza y/ o dificultad para sentir placer. Se estima que afecta a un 30-50% de las personas con EA.</p>
<p>Apatía</p>	<p>Actualmente se considera que la reducción de la motivación, el interés, la iniciación de la acción y la reactividad emocional son parte de la apatía y que la falta de motivación es el núcleo de la misma. Es el síntoma neuropsiquiátrico más frecuente en la EA con una prevalencia que va del 60 al 90% (aumenta con la severidad de la enfermedad).</p>
<p>Síntomas psicóticos</p>	<p>Aproximadamente el 40% de los pacientes con EA experimentan síntomas psicóticos en algún momento del curso de la enfermedad, siendo los delirios los más prevalentes. Dentro de estos los más frecuentes son los de hurto, abandono, persecución e infidelidad.</p>
<p>Agitación/ agresividad</p>	<p>Estos síntomas se hacen más evidentes en la medida que la enfermedad progresa y son los síntomas que requieren intervenciones farmacológicas con mayor frecuencia ya que suelen provocar elevados niveles de estrés en familiares y cuidadores. Se estima que afecta al 20% de los pacientes con EA que viven en la comunidad y entre el 40-60% de los pacientes institucionalizados.</p>
<p>Trastornos del sueño</p>	<p>Pueden presentarse como dificultad para conciliar o mantener el sueño, tener demasiado sueño durante el día, quedarse dormido en momentos inapropiados, presentar alteraciones del ritmo sueño-vigilia o conductas anormales durante el mismo. Ningún fármaco tiene un claro balance riesgo/beneficio positivo en estos cuadros pese a usarse frecuentemente.</p>



BEATRIZ LEÓN SALAS

Doctora en Sociología

La demencia, uno de los mayores problemas de salud pública de la actualidad, es un síndrome que causa una tremenda sobrecarga en los pacientes, sus familiares y la sociedad. La causa más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, responsable del 60–75% de todas las demencias en los países occidentales. En España existente unas 400.000 personas con demencia causada por la enfermedad de Alzheimer.

Debido a que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica y degenerativa para la que no existe un tratamiento curativo, el bienestar y la calidad de vida de estos pacientes se considera una de las principales prioridades en su cuidado. La calidad de vida en demencia ha sido definida como el resultado subjetivo individual de la experiencia y la valoración de circunstancias personales relacionadas con el bienestar psicológico, el nivel de competencia (social, físico y cognitivo), la interacción con el medio y la enfermedad (Lawton, 1994; Whitehouse et al., 1997b; Brod et al., 1999a; Martínez-Martín, 2006).

Desde el punto de vista práctico, existen dos aproximaciones a la medida de la calidad de vida de personas con demencia: calidad de vida percibida directamente por quien sufre la enfermedad y calidad de vida percibida por las personas más cercanas de los enfermos. Además existen diferentes instrumentos específicos para medir la calidad de vida de personas con demencia. Uno de los más utilizados en el ámbito internacional es la «Quality of Life–Alzheimer’s Disease scale» (Escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer, QoL–AD) (Logsdon et al., 1999).



Objetivos

Los objetivos principales de este estudio fueron:

- ◆ Analizar y evaluar la fiabilidad y las propiedades psicométricas de la versión española de la QoL-AD en personas institucionalizadas diagnosticadas de demencia.
- ◆ Comparar las evaluaciones realizadas por las personas con demencia y las de sus familiares.
- ◆ Hallar los determinantes sociales y relacionados con la salud de la calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas.
- ◆ Examinar la evolución de la calidad de vida en el tiempo (estudio de seguimiento de 1 año).

La calidad de vida fue medida utilizando la QoL-AD. Además se recogieron variables sociales, demográficas y de salud (tanto de los residentes como de sus familiares) así como otras variables relacionadas con la demencia: cognición (Mini Examen del Estado Mental-MMSE), actividades de la vida diaria (Índice de Barthel -BI e Índice de Lawton-LI), conducta (Inventario Neuropsiquiátrico-NPI), emoción (Escala Cornell para la Depresión en Demencia-CSDD), apatía (Apathy Inventory-AI) e intensidad de la demencia (Escala de Deterioro Global-GDS).

Resultados

La escala QoL-AD fue un instrumento efectivo para medir la calidad de vida en la población analizada y fue útil para examinar las percepciones de residentes e informantes.



MANUEL MENÉNDEZ GONZÁEZ

Neurólogo del Hospital Álvarez Buylla, Mieres (Asturias)

A finales del siglo XX se aprueba la comercialización del primer fármaco que demuestra cierta eficacia para combatir la enfermedad de Alzheimer: la tacrina. A principios de los años 80 se publica un trabajo en *The New England Journal of Medicine*, donde 12 de los 18 enfermos estudiados presentaron una espectacular mejoría. Estos buenos resultados hicieron que la industria farmacéutica propietaria de la tacrina se decidiera a seguir investigando. Más de 10 años de estudios en muchos pacientes con esta enfermedad culminaron con su comercialización en los Estados Unidos en septiembre de 1993.

Dos estudios fueron cruciales en este sentido, en los que participaron más de 600 pacientes, con unos criterios diagnósticos y de clasificación de la enfermedad de Alzheimer más homogéneos, utilizando nuevos instrumentos de evaluación desarrollados al efecto. Los resultados mostraban la eficacia sintomática de la tacrina sobre la enfermedad y la buena tolerabilidad del medicamento. Este tratamiento sintomático tiene como objetivo mejorar la pérdida de la memoria y es eficaz mientras se está tomando. Sin embargo, un reciente análisis a largo plazo sugiere que existe un cierto efecto enlentecedor de la enfermedad. Este trabajo, que se publicará en agosto en la revista *Neurology*, demuestra que los pacientes con enfermedad de Alzheimer que tomaban menos de 120 mg/d de tacrina ingresaban en residencias una media de un año antes que los que tomaban 120 mg/d o más. Además, también parece existir una menor mortalidad en el grupo que tomaron las dosis de 120 mg/d o más. Sin embargo, los efectos secundarios, especialmente la hepatopatía, han ido reduciendo su uso y en muchos países se acordó la retirada progresiva de este fármaco del mercado.



A este anticolinesterásico pronto le siguieron otros, como el Donepezilo, la Rivastigmina y la Galantamina, disponibles en formulación oral y la Rivastigmina disponible también en forma de parche transdérmico. La indicación de estos tratamientos se ha ido extendiendo desde la enfermedad de Alzheimer a otras demencias neurodegenerativas, como el uso de Rivastigmina para la demencia por cuerpos de Lewy y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson e incluso hay evidencia que avala el uso de estos fármacos en la demencia mixta con componente vascular.

De los anticolinesterásicos pasamos a la otra molécula comercializada en la actualidad para la enfermedad de Alzheimer: la memantina. El clorhidrato de memantina se sintetizó originariamente en 1963 buscando un fármaco antidiabético, pero resultó ser ineficaz para este objetivo. Una década más tarde se comprobó que tenía cierta eficacia en la enfermedad de Parkinson, si bien no se llegaron a promover ensayos clínicos en este sentido. En 1989 se describió su mecanismo de acción, consistente en un antagonismo reversible de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA), y se comenzó a usar en Alemania como un fármaco para el tratamiento de la demencia. Sin embargo, los ensayos clínicos que condujeron a su aprobación formal para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer no concluyeron hasta finales de la década de los 90; siendo aprobado su uso en la Unión Europea en el año 2002 y en Estados Unidos en 2003 para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderadamente avanzada. Y desde entonces no se han aprobado nuevos fármacos para el tratamiento de las demencias en general, y de la enfermedad de Alzheimer en particular. Más de una década ausentes de nuevas armas terapéuticas para luchar contra una enfermedad que causa tanto daño a los pacientes y a sus familiares.



JOSÉ MIGUEL ARAVENA CASTRO

Terapeuta ocupacional. Universidad de Chile

La demencia es un síndrome que se está incrementando de forma alarmante, estimándose que existen más de 44 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y esta cifra se duplica cada 20 años. Una persona con demencia vive un promedio aproximado de 8 años con esta condición, lo que se traduce en 8 años de una pérdida progresiva de la independencia en las actividades cotidianas, 8 años de necesidades de cuidados que van complicándose en el tiempo, 8 años en los que un familiar deberá desempeñar el rol de cuidador.

De estas personas, cerca del 60% padecen de demencia por enfermedad de Alzheimer o demencia tipo Alzheimer (DTA). La DTA es la manifestación clínica de la enfermedad de Alzheimer. Múltiples reportes han demostrado que sujetos que han tenido la enfermedad de Alzheimer a nivel cerebral nunca manifestaron el cuadro clínico de demencia. Es por esto que se ha entendido que la DTA no solo depende de los factores neurobiológicos y genéticos (factores no modificables) de la enfermedad de Alzheimer, sino que al parecer tiene un origen multifactorial donde podríamos encontrar una serie de factores modificables.

En los últimos 10 años la investigación en la DTA se ha enfocado en conocer nuevos mecanismos de diagnóstico precoz e identificar cuáles son los eventuales factores de riesgo y factores protectores que favorecerían o retardarían su manifestación. A partir de esto, se ha visto que existen una serie de factores eventualmente modificables que están ligados al riesgo de presentar DTA como son: la hipertensión, la diabetes mellitus y la obesidad a mediana edad, el nivel educacional, los estilos de vida (alimentación, ejercicio, tabaquismo, y alcoholismo) y el aislamiento, entre otros.



De acuerdo al último reporte entregado por la Alzheimer Disease International en el 2014, los principales factores que tienen una asociación causal con la demencia son la diabetes a lo largo de la vida, la hipertensión, el consumo de tabaco y el bajo nivel educacional. Ante estos factores se sugieren diversas estrategias: controlar los factores de riesgo cardiovasculares y las enfermedades asociadas a estos (hipertensión, diabetes), mejorar el acceso a la educación secundaria y terciaria, mantener una vida activa realizando ejercicio y actividades cognitivas, mantener la participación social y una dieta saludable.

Se estima que una reducción de estos factores de riesgo en un 10 a 25% a nivel poblacional, podría potencialmente prevenir 1,1 a 3,0 millones de casos de DTA en todo el mundo, por lo que las prácticas de salud preventiva pueden ser altamente beneficiosas para esta problemática, considerando que muchos de estos factores corresponden a ocupaciones, y que son potencialmente modificables (como los estilos de vida, no tener un patrón de actividades durante el día, la falta de actividad cognitiva y física, y la escasa realización de actividades de participación social). Si bien, se ha puesto atención en factores protectores tales como el uso de antihipertensivos, anti-oxidantes, y anti-inflamatorios, la prevención a través de las ocupaciones es una estrategia que permite fortalecer las acciones enfocadas a evitar y cambiar la aparición de factores y conductas de riesgo de DTA. Sumado a que el mismo involucramiento en diversas ocupaciones tiene un potencial de promoción neuroplástica incluso en las personas mayores.

Si bien aún no existe evidencia suficiente para afirmar categóricamente que la mantención de hábitos adecuados y una constante participación en ocupaciones diversas y de interés puede ayudar a prevenir la DTA, sí se puede reducir el riesgo de manifestarla, por lo que es necesario considerar que los sujetos puedan ir modificando sus hábitos y rutinas, dirigiéndolas a la participación en ocupaciones que permitan entregar un valor protector para la DTA, generando espacios que promuevan la prevención como la mejor estrategia para mejorar y mantener la salud.



MAYTE ACOSTA GUAS

Licenciada en Psicología por la Universidad de La Habana

El verdadero sentido filosófico del acto de cuidar, subyace sintetizado tras los objetos que buscamos preservar. La elección del objeto más genuino es una lectura fidedigna del proceso constructivo de la subjetividad humana, elegir entre varios de ellos, devela nuestras prioridades; y nuestras prioridades nos definen. Quienes han elegido el «cuidado de la vida» se convertirán en legítimos «cuidadores/as», quienes encarnan una incautación de la vida propia, cuya trascendencia reside en el cuidado de la vida ajena. El presente estudio se propone caracterizar la expresión del bienestar psicológico de cuidadores/as de personas con demencia tipo alzhéimer, teniendo en cuenta que esta patología neurodegenerativa, además de representar la primera causa de demencia, supone un enorme reto por su compleja sintomatología, para quienes cuidan del enfermo a toda costa o, ¿a todo coste? Desde la investigación queda planteada una intercepción con la perspectiva de género que relaciona el bienestar con la estructuración de la identidad generizada. De modo que se tuvo en cuenta la relación existente entre la identidad de género, la forma particular en que se asume el rol del cuidado y el impacto que ello posee en el bienestar psicológico.

Los resultados demuestran una tendencia a la disminución del bienestar psicológico de los cuidadores/as, consecuencia de múltiples insatisfacciones en diferentes esferas de actuación, y la predominancia de afectos negativos. Se determinó que tal afectación en el bienestar posee puntos de convergencia con manifestaciones sintomatológicas de la enfermedad, que devienen en estados emocionales negativos del cuidador.



Trastornos del comportamientos propios, como alucinaciones, irritabilidad, mutismos, estados de agitación, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, incontinencia, y alteraciones de la memoria, producen marcados estados de ansiedad y rasgos depresivos al cuidador/a, quien ve frustradas sus expectativas de retribución. Las principales expresiones de insatisfacción, demuestran que en lo personal se experimenta un deterioro de la salud física y psíquica. Los principales reclamos se asocian a la carencia de tiempo libre, de espacios de ocio, la imposibilidad de proyectarse en dimensión futura con optimismo. Oportunamente uno de los cuidadores del estudio sintetiza estas vivencias como una «prisión domiciliaria». En otras esferas se advierten demandas de apoyo dirigidas al sistema familiar; imposibilidad de realizar actividades laborales o la jubilación a destiempo y dificultades referidas a toda actividad de socialización. Predominan los estados emocionales negativos como negación, irritabilidad, ansiedad y rasgos depresivos, que permiten establecer una analogía del proceso de enfermedad con el proceso de elaboración de duelo. La investigación logra demostrar cómo la identidad de género de los cuidadores/as puede estructurarse en tres dimensiones que impactan de manera diferente en el bienestar. En casos en los que la identidad es tradicional, para las cuidadoras la asunción del rol ocurre de forma naturalizada, mediando una acriticidad que impide la asociación del malestar a la condición de género; mientras que en los cuidadores se vivencia una imposición de rol que agudiza el malestar. En los casos de identidad en estado transicional, en dependencia de los niveles de complejidad que posea la problematización sobre la asignación asociada al género, en las cuidadoras se vivencia el rol como impuesto o como decisión personal, siendo más, o menos intensas las vivencias contradictorias. Mientras en los casos de identidad transgresora, el ejercicio del cuidado se realizará desde el placer, como una decisión personal y sin que medien contradicciones que auto-limiten al cuidador/a en otras esferas de actuación. ¿Quedará planteado el ejercicio del cuidado como una actividad instituyente de nuevas formas de identidades? ¿Serán los cuidadores/as de enfermos de alzhéimer víctimas de una desestructuración identitaria que los despersonaliza? Ciertamente son múltiples los contenidos por desenrañar en la compleja relación cuidador/a-paciente de alzhéimer.



DOLORES M. BURGOS DEL PINO (1) | JOSÉ IGNACIO ROBLES SÁNCHEZ (2)

Psicóloga, Máster en Psicogerontología (1) y Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica (2)

En este artículo se trata de informar a quienes pudieran estar interesados en el proceso de incapacitación y los recursos de protección disponibles para las personas afectas de enfermedades que producen deterioro cognitivo. Un recurso legal necesario y no muy conocido.

Para que una persona pueda ser declarada incapaz tiene que cumplir una serie de requisitos y haber una sentencia judicial firme que demuestre que cumple con las condiciones que exige la ley, y esto es, según el artículo 200 del Código Civil, que la persona padezca cualquier enfermedad o deficiencia física o psíquica que le impida su autogobierno.

Se expone la normativa vigente y el procedimiento a seguir ante la presunción de incapacidad de una persona, así como las diferentes medidas y figuras que vienen recogidas en el artículo 215 del Código Civil. Por ejemplo, el tutor, que será el representante legal de la persona con demencia y el administrador de sus bienes; el curador, que se encargará de administrar sus bienes pero no su persona; y el defensor judicial, quien representa y ampara los intereses del tutelado en los casos en los que pueda haber conflicto entre la persona tutelada y sus tutores.

Otra figura que aparece en el Código Civil, en el artículo 303, es la guarda de hecho, que es la persona que, sin orden judicial que la nombre, ejerce de tutor de forma temporal y se encarga de realizar los actos en beneficio del incapacitado. A lo largo del artículo, se explicitan los deberes y derechos de estas figuras.



Otro aspecto que se trata en el artículo es la normativa en cuanto a responsabilidad civil y responsabilidad penal o criminal, puesto que es conveniente saber que la primera se mantiene pese a estar incapacitado.

Se exponen también la Autotutela y el Documento de Instrucciones Previas. Ambos son documentos que puede adoptar cualquier persona que tenga suficiente capacidad de obrar, y persiguen preservar las voluntades de la persona y respetar su autonomía, en previsión de ser incapacitada en un futuro. La primera se utiliza para lo relacionado con la incapacitación, designación de tutor, etc., y la segunda para lo relacionado con la salud y cuidados.

Finalmente, se realiza una búsqueda de sentencias en una base de datos entre los años 2005 y 2012, centrándose en aquéllas en las que aparecen implicadas personas con demencia, con el fin de mostrar los diferentes engaños y situaciones ilegales en los que se ven implicadas estas personas. Se encuentran un total de 122 sentencias del Tribunal Supremo entre las que destacan como motivos más frecuentes por los que se acude a este Tribunal, la apropiación indebida y/o estafa y pensión/indemnización. El artículo incluye una discusión de dichas sentencias y las conclusiones a las que se llega tras su análisis, en las cuales se recomienda iniciar el proceso de incapacitación de una persona con demencia, para que se nombre un tutor que la represente y cuide de ella y de sus bienes, puesto que, como se puede contrastar con los ejemplos mostrados, de las diferentes sentencias analizadas, se hace necesario en multitud de ocasiones.



ANA PÉREZ CACHÓN (1) | SARA FERNÁNDEZ GUINEA (2)

Diplomada en Logopedia (1) y Licenciada en Psicología (2)

El deterioro del lenguaje es uno de los síntomas que habitualmente se asocian a la enfermedad de Alzheimer. Su estudio resulta útil en el diagnóstico y en algunos casos es el síntoma de debut, sin embargo, su importancia se pone de manifiesto sobre todo en las repercusiones que esta alteración tiene en la vida de los enfermos y sus familias. El deterioro del lenguaje asociado a la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) y de la capacidad comunicativa no es parejo. Por una parte, los cambios en el lenguaje que manifiesta la persona afectada no son únicamente producto de alteraciones lingüísticas sino que intervienen otras capacidades como la memoria, la atención o la velocidad de procesamiento. Por otra parte, en un contexto natural de comunicación, los interlocutores disponen de otros medios (gestos, expresiones faciales, contexto) que permiten comunicar más allá del lenguaje verbal y en este sentido, algunos estudios que demuestran que los resultados de la comunicación con pacientes en estadios tardíos son mayores que los que predicen algunas escalas de deterioro. El propósito de este trabajo fue recoger parte de la evidencia en torno al lenguaje en contexto de personas con Demencia Tipo Alzheimer (DTA) para agruparlas por estadios y hacer una aproximación a cómo sería la capacidad conversacional en el curso de la enfermedad. De esta revisión y síntesis y de forma general se puede afirmar que:

- En el **estadio leve** el discurso aparece relativamente intacto. El paciente utiliza rodeos para expresar una idea o una palabra, a veces cambia una palabra por otra del mismo campo semántico y utiliza frases más sencillas y estereotipadas pero lo que dice tiene contenido, estructura y coherencia. En una conversación pone en marcha estrategias para recuperar la comunicación cuando algo no se ha entendido.



Los gestos que acompañan al habla son algo más ambiguos o simples y menos metafóricos, pero los comprenden en su interlocutor y los usa eficazmente y entiende las emociones que se asocian a las expresiones faciales.

- En un **estadio leve-moderado** las frases que construye son más simples y cortas y empiezan a aparecer errores. Usa menos preposiciones y el vocabulario se reduce. Con cierta frecuencia se refiere a cosas que no se han explicitado anteriormente o deja frases inacabadas. Tiene dificultades para captar los chistes, los dobles sentidos, el lenguaje abstracto y la intención del hablante y para comprender frases si estas son complejas o ambiguas. La capacidad para entender pantomimas y gestos asociados a la conversación y la prosodia empieza a alterarse aunque mantiene la capacidad de expresarlas. Elige temas de conversación dependientes de contexto y, debido al entrecimiento cognitivo, es esperable un aumento del tiempo de respuesta en los turnos de habla.

- En un **estadio moderado** es improbable que la persona afectada inicie la conversación y es posible que no responda a los intentos de sus interlocutores. Se produce un vaciamiento progresivo del contenido del lenguaje, de modo que produce oraciones simples y palabras bien articuladas que transmiten poca información, abusando de las frases hechas y del uso de palabras genéricas. El uso y la comprensión de pantomimas está afectada. Sin embargo parece que, en algunos casos, puede contribuir al tema de conversación con respuestas verbales y no verbales apropiadas y adaptar la longitud de su intervención a la situación.

- Cuando se llega a un **estadio avanzado** la comunicación es extremadamente difícil por la severidad de los problemas de comprensión. La expresión puede ser un conjunto de automatismos o expresiones estereotipadas de contenido vacío, puede que el paciente no hable en absoluto o que su expresión verbal se reduzca a unas pocas sílabas aunque puede preservarse una articulación adecuada.

Concluimos al final del trabajo que existía necesidad de más estudios sobre lenguaje en uso en la DTA y, añadimos ahora, que es necesario también ahondar en las estrategias comunicativas que resulten más útiles con este tipo de pacientes.



ALINE FERREIRA CORREIA

Departamento de Psicología, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo (Sudáfrica)

Una de las quejas más comunes en la consulta neuropsicológica es la presencia de olvidos frecuentes, los cuales generan gran preocupación en quienes los padecen. Aunque la queja sea común, la significancia clínica varía en cada caso, siendo la tarea del profesional el dilucidar el diagnóstico subyacente. Esto puede ser particularmente difícil en las personas que llevan una vida independiente y/o carecen de factores desencadenantes o enfermedades asociadas que puedan explicar las fallas. Frecuentemente, las opciones diagnósticas detrás de las fallas de memoria son:

- *Demencia*: es el trastorno neurológico más frecuente entre las personas mayores de 65 años (Chui & Zhang, 1997), siendo la Demencia Tipo Alzheimer la más común. El período inicial de la demencia puede durar varios años e incluye la presencia de déficit cognitivos muy leves; el curso de deterioro es gradual y progresivo. La memoria está especialmente afectada aunque se encuentran fallas en otras funciones, sin presencia de otros diagnósticos médicos que expliquen el cuadro. Este deterioro debe ser evidente en pruebas neuropsicológicas y afectar la habilidad de vivir independientemente. Es también denominado Trastorno Neurocognitivo Moderado o Severo (APA DSM-V). Nuestros resultados muestran alteraciones objetivas en todas las modalidades de la atención, así como en la capacidad de aprendizaje, fijación y evocación.

- *Déficit Cognitivos No Demencial*: este grupo está conformado por quienes presentan fallas de memoria corroboradas por un familiar. Los déficits afectan levemente las actividades cotidianas e implican un cambio reciente de sus habilidades previas.



Las alteraciones cognitivas deben ser evidentes en alguna de las pruebas neuropsicológicas y no hay demencia. Esta categoría es tratada en la literatura como Trastorno Cognitivo Leve (TCL) es considerado por muchos autores como un estadio previo a la demencia (Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins, Ritchie, Rossor, Thal, & Winblad, 2001; Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings y DeKosky, 2001; Petersen, 2006; Visser, 2006). Es también diagnosticado como Trastorno Neurocognitivo Leve (DSM-V). La dificultad con esta entidad diagnóstica reside en diferenciar aquellos que están en una etapa inicial de demencia de aquellos que mantendrán un curso estable. La edad constituye un criterio importante a la hora de establecer diagnósticos para este tipo de fallas de memoria. De acuerdo a nuestros hallazgos, personas mayores de 60 años que pertenecen a este grupo entran en la categoría de TCL. En contraste con aquellos menores de 60 años, quienes no mostraron déficit cognitivos en las pruebas neuropsicológicas, de hecho no presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a los controles (adultos sanos); sólo se observa una prueba alterada y resulta ser de atención y no de memoria. Este hallazgo sugiere que, a pesar de las similitudes en presentación clínica, este grupo está conformado por dos diagnósticos diferentes (uno con fallas de atención y memoria y otro sólo de la atención sostenida). Más investigaciones son necesarias para entender estas diferencias y así mejorar la precisión diagnóstica –y el pronóstico- de ambas sub-categorías.

- *Fallas de memoria de origen funcional*: están relacionadas con la presencia de ansiedad y depresión. Nuestro estudio no encontró diferencias entre los participantes sanos y aquellos que reportaron sintomatología emocional.

- *Sin Trastorno Cognitivo Aparente*: constituido por los pacientes que acudieron con quejas leves caracterizadas básicamente por olvidos benignos, pero que no afectaban las actividades diarias y/o no eran corroboradas por un familiar.

Si bien las pruebas neuropsicológicas no son, aisladamente, una herramienta diagnóstica infalible, al usarlas en conjunto con los criterios clínicos, aumenta la confiabilidad del diagnóstico y el pronóstico.



JOSÉ LUIS PÉREZ MANTERO

Universitat de València

La concepción que ha guiado la gran mayoría de los estudios sobre el déficit lingüístico ha provocado que se deje de lado la comunicación interpersonal para ocuparse especialmente de las características del lenguaje de la persona con patología, algo a todas luces necesario pero insuficiente. Nuestra investigación lingüística debe contemplar la certeza de que la capacidad comunicativa no se refleja en la actuación frente a un test o en las respuestas a una serie de cuestiones planteadas en una consulta de logopedia, sino que es la conversación cotidiana el medio por el que mejor podemos descubrir las verdaderas habilidades lingüísticas de una persona.

Siguiendo el camino emprendido por otros investigadores, decidimos analizar la secuencia conversacional prototípica, la sucesión entre una pregunta y una respuesta, con el fin de detectar, por un lado, qué tipo de pregunta resultaba más comprometida para las habilidades decrecientes del hablante con demencia de tipo alzhéimer (DTA) y, por otro lado, si los interlocutores sin demencia se adaptaban a esta realidad a través de sus preguntas.

Para realizar este estudio analizamos los tipos de preguntas que plantean tanto el investigador como el interlocutor clave (el familiar que interactúa con más frecuencia con la persona demenciada) a los hablantes con DTA, y las respuestas de estos en nueve conversaciones de 20 minutos. Estas nueve grabaciones se dividen equitativamente entre las tres etapas de la demencia.



En primer lugar, en cuanto al tipo de cuestiones formuladas, no se observaron diferencias significativas a través de las distintas etapas de la enfermedad, lo que puede dar cuenta de una no adaptación a las verdaderas capacidades del sujeto con alzhéimer, presumiblemente menores con el paso de la demencia. El mayor porcentaje de preguntas polares (preguntas que se responden con «sí» o «no») en el caso de los investigadores y de preguntas abiertas en el caso de los familiares puede ser resultado tanto de una concepción distinta de la dificultad que entraña cierto tipo de pregunta para la persona con demencia como del tipo de interacción conversacional estudiado; es importante resaltar que antes de comenzar la conversación se ha pedido al interlocutor clave que sea el encargado de interactuar de forma preferente con su familiar con demencia. Es posible que el interlocutor clave se vea en la obligación de formular más preguntas abiertas con el objetivo de que la persona con DTA dé más información y hable durante más tiempo. En segundo lugar, se observa un decrecimiento gradual de las respuestas apropiadas a lo largo de la enfermedad. Con respecto al tipo de inadecuación en la respuesta, se concluye que al comienzo de la demencia existe un mayor número de respuestas vagas que se convierte en una cantidad más elevada de no repuestas en un nivel más avanzado. El hablante con DTA se va desconectando de la conversación y no gestiona el tema conversacional de manera adecuada.

Finalmente, hemos demostrado que el porcentaje de respuestas inadecuadas es mayor tras una pregunta abierta que tras una pregunta polar y que la diferencia entre el número de respuestas inapropiadas tras un tipo u otro de pregunta no varía a lo largo de las tres etapas de la demencia. Por esta razón, con la idea de dotar a los interlocutores clave de mecanismos para mantener una buena comunicación el máximo tiempo posible, estamos confeccionando una guía comunicativa en la que, por un lado, apoyamos el empleo de un mayor número de preguntas abiertas en las primeras etapas de la enfermedad y, por otro lado, fomentamos que, cuando responder de forma adecuada a este tipo de pregunta sea muy difícil para la persona con demencia, se utilice un mayor porcentaje de preguntas polares.



NATALIA VÉREZ COTELO

Farmacéutica

Los cuidadores principales familiares (CPF) viven junto al enfermo de alzhéimer (EA) y sufren el deterioro progresivo e irreversible de su familiar. El cuidado diario de un familiar enfermo de alzhéimer (EA) supondrá un estrés emocional y físico importante para el cuidador. El resultado puede desembocar en un intenso sentimiento de sobrecarga y conducir a diversas psicopatologías como depresión, ansiedad, agresividad, astenia psicofísica, etc. El aumento en la incidencia de la enfermedad está provocando escasez de cuidadores y falta de apoyo social e institucional a las familias que se encargan de cuidar a un EA.

Los principales objetivos de la investigación eran conocer el perfil de los cuidadores principales familiares de EA, evaluar los niveles de sobrecarga, apoyo familiar y social percibido y la sintomatología ansiosa y depresiva, así como evaluar la relación existente entre el apoyo familiar y social percibido por el CPF y la existencia de sobrecarga y psicopatologías relacionadas, la relación entre el tiempo de evolución del EA y la carga emocional del CPF y la solicitud de consejo farmacéutico y la relación de los CPF con su farmacia habitual.

Tras el estudio descriptivo transversal en el que participaron 30 CPF de EA no institucionalizados seleccionados aleatoriamente entre los que acudían a una farmacia próxima a un centro de salud (zona urbana de Pontevedra), los resultados desvelaron que el perfil de cuidador corresponde al de una mujer de 55 años, principalmente hijas, con estudios primarios, con ansiedad (20%), depresión (22%) y alto grado de sobrecarga (24%), que pertenece a una familia normofuncional y con apoyo social percibido normal.



El 68 % de los CPF está a tratamiento con psicofármacos (ansiolíticos, anti-depresivos, inductores del sueño), el 48% solicitó o se le indicaron infusiones para mejorar su situación de nerviosismo, ansiedad, insomnio, etc., y al 24% se le dispensaron vitaminas y reconstituyentes para mejorar su estado físico. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) más frecuentes: necesidad de tratamiento para problema de salud no tratado (ansiedad, depresión, estado de ánimo) e inefectividad del tratamiento antidepressivo ansiolítico cuando está establecido. El 40% de los encuestados solicitaron al farmacéutico información (estado general, la enfermedad del familiar, etc.) y suelen acudir siempre (96%) a la misma farmacia. Además, el estudio reveló que el nivel de sobrecarga se reducía cuanto más no-mofuncional era la familia, algo que repercutía favorablemente sobre el apoyo social percibido y menores niveles de depresión y que aumentaba el riesgo de ansiedad, depresión y sobrecarga cuanto mayor era el grado de dependencia física y deterioro mental del EA. .

Los resultados de esta investigación coinciden con la encuesta de la Fundación Alzheimer España (FAE 2010) y Alzheimer Europe (2006). Un elevado porcentaje de los encuestados recibe tratamiento con psicofármacos o ha solicitado infusiones para mejorar su nerviosismo, ansiedad, falta de sueño, lo cual da una idea del desgaste psíquico que sufren los cuidadores. Los cuidadores señalaron la necesidad de mayor información sobre todos estos temas. Los CPF suelen acudir siempre la misma farmacia y están satisfechos con el trato recibido.

Conclusiones

Existe importante sobrecarga, ansiedad y depresión en los cuidadores. El farmacéutico debe participar en equipos multidisciplinarios para mejorar su salud y calidad de vida. En la farmacia se pueden identificar psicopatologías no diagnosticadas, lograr un diagnóstico precoz y ofrecer información sobre las ayudas a los EA y sus cuidadores.



MARÍA DEL MAR CARMONA ABELLÁN

Neuróloga en la Clínica Universidad de Navarra

A continuación se presenta el trabajo de revisión titulado «Perfil neuropsicológico de la degeneración lobar frontotemporal». En él se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura para poder definir mejor los perfiles neuropsicológicos de cada uno de los síndromes que conforman esta entidad. Consideramos fundamental el papel de la neuropsicología como marcador clínico de las distintas entidades de la degeneración lobar frontotemporal, tan necesario para llevar a cabo un diagnóstico temprano, así como poder realizar un diagnóstico diferencial con otras formas de demencia.

La degeneración lobar frontotemporal engloba tres síndromes diferentes, con características clínicas y patológicas comunes. Se incluyen en este grupo las tres variantes de la demencia frontotemporal [la variante conductual de la DFT (vcDFT), la afasia progresiva no fluente (APNF) y la demencia semántica (DS)], el síndrome corticobasal (SCB) y el síndrome de parálisis supranuclear progresiva (SPSP). El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión del perfil neuropsicológico de cada una de ellas, para así poder diferenciarlas entre sí y frente a otras demencias.

Para ello se han revisado los diferentes trabajos publicados en la literatura al respecto, de manera que se describen las características clínicas, patológicas y los hallazgos de imagen de cada entidad, para a continuación, describir de manera exhaustiva los hallazgos en los diferentes dominios neuropsicológicos y su progresión en cada una de las entidades. Finalmente se ha realizado una comparativa con otras formas de demencia y se han englobado los resultados de distintos estudios para definir cada entidad por separado.



No obstante, se observan casos en los que existe un solapamiento entre las distintas entidades mencionadas, dificultando el diagnóstico en las fases iniciales de la enfermedad. Algunos autores han llegado a postular que existe un continuum entre estos síndromes clínicos caracterizados por la presencia de deterioro cognitivo y parkinsonismo.

Aunque existe un solapamiento entre los síndromes que conforman la degeneración lobar frontotemporal, la comparación del perfil neuropsicológicos de las mismas entre sí y frente a otras demencias permite establecer características propias de su perfil neuropsicológico y así poder llevar a cabo un diagnóstico más preciso.

En el caso de los pacientes con una vcDFT predomina la alteración de la función ejecutiva, con preservación de la memoria episódica, tanto en dominios verbales como no verbales. Es la afectación de la función ejecutiva y la menor afectación de la memoria el dato que con más precisión diferencia vcDFT y EA. En la DS predomina un discurso fluido con empobrecimiento del lenguaje y evidente anomia. A diferencia de los pacientes con EA existe una relativa preservación de la memoria episódica. La APNF se caracteriza por una afectación del procesamiento gramatical, que se manifiesta por la escasa fluidez del discurso, agramatismo y parafasias fonéticas. La mayor afectación de memoria de trabajo y función ejecutiva permite diferenciar los pacientes con APNF de los pacientes con EA. El patrón cognitivo del SPSP se caracteriza por una afectación de la función ejecutiva desde estadios iniciales, en combinación con un enlentecimiento en el procesamiento de la información; mientras que la afectación de la memoria es leve y mejora con claves semánticas. En el SCB se afecta la función ejecutiva y el lenguaje, así como la función visoespacial, fundamentalmente la copia y el dibujo, siendo este último aspecto importante en la distinción con otros parkinsonismos como el SPSP. De igual modo que ocurría en el SPSP existe una afectación del recuerdo, que mejora con claves, fundamentalmente semánticas.



SOLEDAD VÁZQUEZ (1) | JUAN MILA (2)

Docente Coordinadora de la Carrera de Especialista en Gerontopsicomotricidad. Facultad de Medicina. Universidad de la República (Uruguay) (1) y Profesor Director Carrera de Especialista en Gerontopsicomotricidad. Facultad de Medicina. Universidad de la República (Uruguay) (2)

En la actualidad, el aumento de la expectativa de vida, acompañado de un envejecimiento demográfico, ha provocado un crecimiento significativo de la prevalencia de las demencias a nivel mundial. Actualmente, constituye un problema de salud pública y de asistencia sanitaria importante, con una trascendencia que va más allá de lo puramente médico-psicológico, teniendo repercusiones laborales, económicas, sociales, etc. debido a la carga que supone para los que acompañan a la persona con demencia, así como las inversiones en cuidados que hay que realizar. Sin embargo y a pesar de la importancia social y económica de esta enfermedad, la actitud hacia la misma suele ser nihilista. Es en ese contexto en el que surgen las llamadas terapias no farmacológicas para los pacientes, y las asociaciones que buscan nuclear y brindar asistencia a las familias, así como impulsar la profesionalización de los cuidados. Sin embargo, todos estos tipos de intervención, que apuntan sin lugar a dudas a paliar los efectos devastadores de la enfermedad, en general son parciales enfocándose en uno u otro miembro, ya sea el propio enfermo, o su familia, o en los cuidadores.

Resulta entonces importante presentar el papel que la Gerontopsicomotricidad como especialidad puede tener, con una mirada particular e integradora que toma al binomio enfermo-cuidador como objeto de intervención, en el entendido que a través de esta forma de trabajo se pueden operar cambios positivos perdurables para ambas partes y para la relación.



Se plantea la necesidad de intervenir con el enfermo, partiendo de la base de que de poco o nada servirá el trabajo sistematizado de estimulación cognitiva, funcional y psicomotriz en un Centro de Salud, si no garantizamos una continuidad de las acciones en el resto de los medios en los que éste se desenvuelve habitualmente. Es así que dispositivo de trabajo diseñado a tales fines, tiene como objetivo reforzar a los cuidadores en su función, brindándoles estrategias útiles de estimulación, alternativas al tiempo ocioso improductivo, realizando señalamientos oportunos acerca de la mejor manera de potenciar la autonomía y autovalidez de sus familiares, así como brindando un espacio donde experimentar de manera positiva el vínculo. Se trata de sesiones grupales, que se dividen en Unidades de Trabajo, donde a través de actividades de estimulación psicomotriz y técnicas de estimulación cognitiva, se realiza un acompañamiento de cada binomio atendiendo a sus necesidades. De este modo, se propone dirigir estratégicamente el foco de atención y pasar a concebir, no al enfermo o bien al cuidador, sino al binomio como objeto de atención.

Este binomio, que tendrá sus características particulares de construcción vincular, de modalidades de relacionamiento entre sí y con el resto de las personas, será el objetivo para la planificación de un modelo de intervención centrada en el mejoramiento de la calidad de vida de la díada paciente-cuidador a mediano y largo plazo.



ORIOI TURRÓ GARRIGA

Doctor en Psicología. Unidad de Valoración de la Memoria y las Demencias. Hospital Santa Caterina.
Institut d'Assistència Sanitària. Salt. Girona

La alteración de la consciencia de déficits o anosognosia aparece en la literatura asociada a distintas patologías, siendo bastante elevado el número de pacientes que niegan su enfermedad o las consecuencias de ella. En la enfermedad de Alzheimer (EA) es un síntoma frecuente y que refleja la pérdida asociada a la discapacidad funcional y a los trastornos de la conducta vinculados al deterioro cognitivo característico. La presencia de anosognosia se ha asociado con una mayor frecuencia y gravedad de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD), mayor realización de conductas de riesgo, así como un mayor impacto para el entorno familiar del paciente.

El estudio de la anosognosia carece de un marcador neurobiológico o patrón oro que permita determinar su presencia o el grado de la misma. La mayor parte de los estudios se han realizado mediante 3 tipos de aproximaciones: la valoración clínica de la falta de consciencia de enfermedad del paciente, la discrepancia pre-post test y la discrepancia paciente-cuidador. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia, realizar una comparativa entre dos instrumentos de evaluación y evaluar la carga percibida por los cuidadores asociada a la presencia de anosognosia.

Metodología

Estudio transversal en pacientes con diagnóstico de EA no institucionalizados del entorno del Hospital Santa Caterina de Salt (HSC) o del Hospital Universitario de Bellvitge.



Para la evaluación de la anosognosia se utilizó la Anosognosia Dementia Questionnaire (AQ-D) que evalúa mediante la discrepancia paciente-cuidador. A partir de una discrepancia ≥ 32 puntos se considera presencia de anosognosia. Para la comparativa se utilizó una escala de evaluación clínica (Experimenter Rating Scale) entre los pacientes visitados en el HSC.

Resultados

La muestra final fue de 342 pacientes (124 procedentes del HSC) con una media de edad de 78,4 años y un 64,9% de mujeres. La prevalencia global de anosognosia clínica fue del 46,7% de los pacientes (IC 95% 41,3-52,1). La prevalencia de pacientes con anosognosia aumentó con el mayor estadio evolutivo, siendo del 28,4% (IC 95% 21,8-35,0) en los pacientes en fase leve, del 64,6% (IC 95% 55,3-73,8) en fase moderada y del 91,4% en fase grave (IC 95% 76,9-98,2), siendo estas diferencias significativas. Para el global de la muestra, la gravedad fue la principal variable asociada a la presencia de anosognosia. En los casos leves, la variable con mayor riesgo fue la presencia del trastorno de desinhibición (OR=1,307; IC 95%= 1,05-1,63; $p=0,017$). La puntuación media en la Burden Interview de Zarit (BI) fue de 43,6 puntos (DE=14,3; rango=22 – 87). En el modelo de regresión lineal ajustado, el aumento de la puntuación total en la BI estuvo asociado a mayor anosognosia ($\beta=0,346$; $p<0,001$), en los factores de la BI, la presencia de anosognosia, se asoció a los factores *carga física y social, presión emocional y relación de dependencia*.

Discusión

La anosognosia en la EA ha sido relativamente poco estudiada y en el contexto clínico aún existe un elevado infra-diagnóstico. Según nuestros datos, 1 de cada 4 pacientes con EA en fase inicial puede presentar anosognosia y ello se asocia con mayor presencia de SPCD como apatía, desinhibición e irritabilidad. Alteraciones que, asociadas a la propia enfermedad, incrementan aún más la carga y la presión que percibe el cuidador en relación a la prestación de asistencia.



PILAR LUNA LARIO (1) | LEIRE AZCÁRATE JIMÉNEZ (2)
RAQUEL SEIJAS GÓMEZ (3) | JAVIER TIRAPU USTÁRROZ (4)

Complejo Hospitalario de Navarra

En la actualidad no existe un biomarcador que permita el diagnóstico de la demencia en fase prodrómica y que determine el pronóstico, por lo que el diagnóstico precoz y etiológico del síndrome demencial en la práctica clínica sigue siendo la evaluación neuropsicológica. El propósito de este artículo es presentar una batería neuropsicológica de evaluación cognitiva para detectar deterioro cognitivo leve (D.C.L.) en cualquiera de sus formas clínicas y demencia, así como discriminar entre los principales perfiles del síndrome demencial en función de su clasificación topográfica y etiología: frontotemporales, temporoparietales, subcorticales, córtico-subcorticales y multifocales. Esta batería se implementa desde abril de 2013 en el Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra (Área de Neuropsicología). Su aplicación es relativamente fácil y rápida, pero su interpretación ha de ser realizada por un neuropsicólogo experto. Sólo así es posible su utilidad para ayudar en la detección de demencias iniciales, discriminar entre diferentes tipos de demencia, clasificar la severidad de un cuadro demencial, contribuir al pronóstico, orientar la rehabilitación y servir como medición de base para ponderar cambios. Sin duda, si esta propuesta de evaluación alcanza estos objetivos requerirá de estudios futuros que lo avalen. La batería consta de las siguientes pruebas:

● **Denominación y comprensión de órdenes (Test Barcelona Revisado):**

Podemos encontrar una ejecución deficitaria en demencias de diferente etiología: Enfermedad de Alzheimer neocortical, demencia frontotemporal variante frontal, demencias subcorticales y córtico-subcorticales.



•Versión Neuronorma del test de recuerdo selectivo y facilitado de Buschke:

La estructura de la prueba permite que los resultados sean interpretados desde el modelo modal de Atkinson y Shiffrin o modelos similares más actuales y, desde una aproximación más dinámica, describir las diferentes fases del procesamiento de las palabras que se dan en la M.C.P. y en la M.L.P. (codificación, almacenamiento/consolidación y recuperación).

•Test de paisajes:

Valora la memoria semántica visual (a corto y a largo plazo) en sus fases de codificación y consolidación inicial.

•Dígitos directos e inversos (versión Neuronorma):

Evalúan la memoria a corto plazo verbal, si bien cada tarea requiere procesos ejecutivos diferentes. Esperamos una ejecución deficitaria en deterioros que cursen con afectación de las funciones ejecutivas, especialmente en las demencias frontotemporales (no sólo en la variante disejectiva sino también en la afasia progresiva primaria, en la que este dato puede ser un indicador que apoye el diagnóstico); subcorticales y cortico subcorticales.

•Test del reloj (propuesta de Cacho y Col, 1999):

Se propone la utilización de la condición "a la orden" (T.R.O.) por su mayor validez predictiva. Permite evaluar funciones visuoperceptivas, visuomotoras, visuconstructivas, planificación y ejecución motoras. Se recomienda realizar complementariamente el análisis cualitativo de la realización del dibujo.



●Gesto simbólico, imitación de posturas, uso secuencial de objetos (test de Barcelona revistado):

Son varias las demencias que cursan con alteraciones práxicas, aunque cada una de ellas tiene diferente patrón de afectación: afasia progresiva primaria, apraxia progresiva primaria, alzhéimer, demencia semántica, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Parkinson y degeneración corticobasal.

●Evocación de frutas y vegetales en un minuto: test de fluencia verbal semántica (versión Neuronorma):

Estas tareas evalúan el componente ejecutivo de acceso a la memoria a largo plazo semántica (mantenimiento dentro de la categoría, inhibición de ítems incorrectos, monitorización y recuerdo para evitar perseveraciones, flexibilidad cognitiva para cambiar de una subcategoría a otra).

●Evocación de palabras que empiezan por «m» en 1 minuto: test de fluencia verbal fonológica (versión Neuronorma):

Estas tareas exploran la generación de estrategias de búsqueda y recuperación estratégica de la información almacenada en la M.L.P. semántica, componente ejecutivo que se relaciona con la corteza prefrontal dorsolateral (C.P.F.D.L.) [30].

●Trail Making Test Parte A y B:

Se propone interpretar esta prueba desde el modelo clínico de la atención de Sholberg y Mateer y el modelo factorial de la atención de Ríos y col. La parte A permite evaluar la V.P.; la parte B evalúa atención alternante, modalidad de atención compleja vinculada al circuito fronto-parietal



Los autores no han querido centrarse en la descripción de los test de evaluación sino plantear modelos teóricos que guíen su interpretación y, consecuentemente, maximicen la utilidad de los test para alcanzar los objetivos de la exploración neuropsicológica en demencias. Se proponen los perfiles cognitivos esperables en los test para los principales tipos del síndrome demencial en función de su clasificación topográfica y etiología

1. Rendimiento esperado en la batería de evaluación cognitiva propuesta en las demencias temporoparietales iniciales.

2. Rendimiento esperado en la batería de evaluación cognitiva propuesta en las demencias frontotemporales iniciales.

3. Rendimiento esperado en la batería de evaluación cognitiva propuesta en las demencias subcorticales y córtico-subcorticales.

[1] Neuropsicóloga clínica. Programa de Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Fundación Argibide. Pamplona. Navarra.

[2] Psicóloga Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud.

[3] Neuropsicóloga clínica. Programa de Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Fundación Argibide. Pamplona. Navarra.

[4] Neuropsicólogo clínico. Programa de Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Fundación Argibide, Pamplona.



PAU SÁNCHEZ FERRÍN

Médico Especialista en Medicina Interna y en Geriátrica. Director del Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

La evolución demográfica en Cataluña muestra una tendencia al envejecimiento progresivo de la población. En la actualidad con unos 7.5 millones de habitantes, tiene una esperanza de vida de 82,5 años y un incremento de los porcentajes de envejecimiento y sobreenviejimiento. Este cambio demográfico viene acompañado del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor. Una de estas enfermedades, la demencia, presenta una elevada prevalencia en los grupos de mayor edad, con repercusiones muy importantes en el paciente y la familia que van a influir en la planificación sanitaria y en la provisión de recursos sociales. La sociedad va a tener que desarrollar acciones específicas para la atención de estas personas.

Desde el Departamento de Salud de Cataluña hace años que se iniciaron acciones específicas para mejorar la atención de las personas ancianas con enfermedades crónicas, o con algún tipo de demencia, o en situación terminal. En el año 1.986 se desarrolla el Programa «Vida als Anys» que permitió el desarrollo de un modelo de atención integral, basado en el trabajo en equipo y orientado a tratar la persona enferma y su impacto en el paciente y la familia. Durante estos años, además del modelo de atención, se realizó una transformación y reordenación de los servicios, impulsando la actual red sociosanitaria que cuenta con recursos de institucionalización (media y larga estancia), equipos de soporte en geriatría y cuidados paliativos (equipos domiciliarios y en centros hospitalarios) y recursos ambulatorios como los hospitales de día sociosanitarios y los equipos de atención integral ambulatorios para el diagnóstico específico de trastornos cognitivos, geriatría y cuidados paliativos.



El «Pla de Salut» de Cataluña 2011-2015 propone una reordenación del sistema sanitario con una orientación específica a los pacientes con enfermedades crónicas. El Pla Director Sociosanitario (PDSS) es el actual instrumento de información, estudio y orientación de las directrices a seguir en la atención geriátrica, en la atención de personas con necesidades de atención paliativa, en la atención a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias y las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad. El PDSS ha elaborado sus objetivos estratégicos en el marco del «Pla de Salut».

Entre las actividades que se están realizando y que afectan directamente a la atención de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias destacan:

- Promoción de los servicios de atención subaguda. Orientados a la atención de personas con enfermedades crónicas descompensadas que se van a beneficiar de una atención integral. Las personas con algún tipo de demencia presentan problemas que pueden precisar ingresos en estas unidades.

- Reordenación de la larga estancia sociosanitaria. Con la aparición de la Ley de la dependencia y la evolución de estos servicios en otros países, se está trabajando en la adecuación y reordenación de estos servicios.

- Tarjeta Cuida'm. Esta tarjeta pretende dar un trato preferencial (discriminación positiva) a las personas con algún tipo de demencia que precisen atención en algún dispositivo sanitario.

Ruta asistencial de la demencia. Se ha propuesto y trabajado la realización de un proceso clínico integrado. En este proceso es importante el diseño de circuitos entre atención primaria y la especializada, trabajar siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas, el seguimiento coordinado de los enfermos, la orientación comunitaria de este tipo de atención y la resolución de las situaciones de crisis entre otros.



**JUAN A. BIONDI (1) | GERARDO FERNÁNDEZ (2) | MARCELA SCHUMACHER (2)
JUAN ARRIOLA (1) | DAVID OROZCO (3) | LILIANA CASTRO (1)
SILVIA M. CASTRO (1) | OSVALDO AGAMENNONI (1,4)**

Universidad Nacional del Sur (1), CONICET (2), Clínica Privada Bahiense (3) y
Comisión de Investigaciones Científicas Bahía Blanca (Argentina) (4)

Actualmente es muy difícil detectar la Enfermedad de Alzheimer (EA) en sus dos primeras etapas (Pre-sintomática y Asintomática en riesgo). Es de suma importancia poder detectar tempranamente la patología dado que existen fármacos que ayudan a ralentizar la evolución de la misma. La detección temprana de la EA permitiría extender el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la irrupción de la demencia. De esta manera, sería posible prolongar una calidad de vida razonable para el paciente y el entorno familiar, como así también reducir el costo asistencial, ya que el mismo se incrementa considerablemente con la evolución de la patología.

El método desarrollado por el grupo de investigación basado en la técnica de seguimiento ocular (eye tracking) ha mostrado ser eficiente en lo que respecta a la detección de la EA en etapas tempranas.

El seguimiento de los movimientos oculares (eye tracking) permite evaluar la información adquirida por una persona durante la lectura u observación de una imagen. Durante la percepción visual, el ojo realiza movimientos sacádicos seguidos de fijaciones, durante las cuales es adquirida la información que será procesada posteriormente por el cerebro. Es mediante estas últimas en que la información es adquirida y procesada por el cerebro. El eye-tracker registra y graba tanto el lugar de fijación ocular de donde se extrae la información, como el tiempo que necesita la persona para procesar tal información.



En el caso de la lectura, los movimientos lineales, de salteo, de retroceso y curvos muestran qué tipo de estrategias desarrollan los lectores para percibir una oración, para entenderla y, finalmente, para recordarla. Del análisis de este proceso dinámico hemos encontrado, en el caso de la lectura, patrones cognitivos y conductuales que son de gran interés para estudiar deterioros propios de enfermedades neurodegenerativas, tales como la EA.

En el grupo de trabajo se desarrolló un método orientado al diagnóstico y medición del deterioro cognitivo temprano a partir del modelado del movimiento ocular. Se desarrollaron diversos modelos del comportamiento ocular que permiten evaluar la manera en que personas sanas y pacientes en una fase muy temprana de la enfermedad procesan información. Para ello se diseñó el material de estímulo apropiado (varias oraciones de distinto tipo) que permitió medir el desempeño de la memoria ejecutiva, de la memoria de trabajo, de la memoria semántica y de la memoria de recuperación (retrieval memory).

Del análisis de la información obtenida se pudo concluir que en sujetos con enfermedad de Alzheimer incipiente el momento de «cuándo» generar el próximo sacádico, irá en detrimento a medida que avance la enfermedad. Durante la tarea de lectura, por ejemplo, la palabra entrante (palabra siguiente a la que se está fijando) dejará de ser predecible y modificará el patrón de movimiento. Las palabras serán procesadas sin que se activen las propiedades léxicas, semánticas y contextuales. Comenzará a predominar el sistema oculomotor sobre el sistema cognitivo y los ojos comenzarán a escanear las palabras en lugar de analizarlas. Las propiedades de las palabras dejarán, finalmente, de ejercer su efecto sobre el procesamiento eficiente de la información.



LAURA HERNÁNDEZ-GARCÍA (1) | ROCÍO LOZANO-HERNÁNDEZ (2)
SANDRA HERNÁNDEZ-GARCÍA (2) | LORENZO MARTÍN-PLAZA (2)

Unidad de Estancias Diurnas Virgen de la Esperanza, Almería (1) y

Residencia Virgen de la Esperanza (2)

La Enfermedad de Alzheimer según la OMS se define como una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, manifestada por rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos cuya evolución es progresiva durante años. En España más de 450.000 personas padecen enfermedad de Alzheimer, apareciendo anualmente unos 100.000 casos nuevos.

Son numerosas las películas con temas relacionados con la salud plasmada en todos los géneros cinematográficos, un pequeño ejemplo de ello son temas que despiertan temor en la población como el caso de epidemias, SIDA, cáncer, adicciones, eutanasia, trasplantes de órganos, el aborto, enfermedades mentales, etc.

El cine también se ha hecho eco de la enfermedad de Alzheimer dada las características de la enfermedad y el aumento del número de casos en los últimos años. En la gran pantalla se puede mostrar cómo asume el paciente su enfermedad, las limitaciones que empieza a tener, su relación con el entorno y la familia, el tratamiento a seguir, etc.).

Es obvio que el contenido de las películas no son equivalentes a los libros y a las revistas científicas, y que algunas visiones sanitarias aparecen incompletas e incluso sesgadas dado el tiempo limitado en el que transcurre y que no nos permite realizar un abordaje más exhaustivo.



Pero gracias al cine y a su gran alcance de masas podemos utilizar este medio como divulgación y formación en ciertos aspectos, en concreto en el área sanitaria.

El objetivo principal del presente trabajo fue revisar la presencia de la patología neurológica, (EA) en las sinopsis de los distintos materiales cinematográficos, con el fin de cuantificar los documentos tratados en el séptimo arte. Para ello nos basamos en una metodología descriptiva longitudinal. La muestra estuvo constituida por los materiales cinematográficos de la base de datos IMDb.

Como resultados principales destacar que se analizaron 111 materiales en los cuáles dónde más se refleja la enfermedad de Alzheimer son en los cortometrajes y en los que menos los TV Movie. La palabra alzhéimer aparece en la sinopsis en el 65.11% en el 45,94% se hace mención específica del personaje con EA y en el 12.61% se habla de cuidadores. En cuanto al impacto familiar sólo se refleja en la sinopsis en un 0.90%.

El periodo de tiempo en el cual se ha producido más material cinematográfico es durante los años 2008-2010 siendo EE.UU el país donde más material cinematográfico se produce, 33.33% y el drama el género que más predomina 50.45%.

Como conclusión principal destacar que el cine es un gran medio de comunicación y un extraordinario medio de comunicación de masas que puede utilizarse para educar, divulgar y formar en el área sanitaria.



JOSÉ LUIS CAAMAÑO PONTE (1) | MANUEL GANDOY CREGO (2) ANA DEL MONTE PÉREZ (3)

Mayores Atención a la Dependencia (1), Grupo de Investigación en Dependencia, Gerontología y Geriátrica. Facultad de Enfermería. Universidad Santiago de Compostela (2) y Mayores Servicios Sociales (3)

En Galicia, las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAS) forman un sistema de soporte social de enorme relevancia de cara a una atención integral de las demencias. Con presencia en 12 localidades de las cuatro provincias de la Comunidad Autónoma. Agrupadas en la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia (FAGAL), desarrollan programas y acciones de diferente naturaleza con la misión de mejorar la calidad de vida de las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y otras demencias así como la de sus familias. En sí mismas parecen constituir un modelo de Responsabilidad Social ligado a su misión, fines y objetivos, y al desarrollo de sus estrategias de gestión y funcionamiento operativo transversal. La Comisión Europea (CE) en el texto Estrategia renovada de la Unión Europea para 2011-2014 sobre la Responsabilidad Social de las Empresas, define ésta (3) como «la responsabilidad de las empresas por su impacto en la sociedad», modelo desarrollado previamente por autores como como Porter y Kramer (2006) bajo la denominación de RSC estratégica.

Por otro lado, Pau Vidal, experto en el funcionamiento de organizaciones no lucrativas, habla de Responsabilidad Social de las Organizaciones (RSO), haciendo énfasis en la diversidad de origen y actividades, de regímenes legales o, de forma específica, la gestión del voluntariado. Plantean que las misiones de las ENL son en sí mismas éticas y buenas, pero podrían optimizarse sus programas y proyectos lográndolos de una manera responsable.



En su planteamiento consideran que el centro del modelo y la palabra clave se llama “coherencia” y su integración multidireccional en los grupos de interés y las áreas de interés de cada entidad no lucrativa, incluyendo aspectos como la comunicación, la transparencia, la gestión medioambiental y, por supuesto, la mejora social, además de los clásicos de servicios asistenciales y de gestión.

Objetivo

Conocer el desarrollo y conocimiento de los conceptos y dimensiones esenciales de la RSC y, específicamente, los relativos a la Gobernabilidad y Buen Gobierno Corporativo, en las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia y su integración prospectiva en la estrategia de gestión de las mismas.

Metodología

Estudio prospectivo empleando el método Delphi a través de una encuesta de doble circulación, dirigida vía e-mail a las 12 AFAS existentes en Galicia que deberían cumplimentar de forma anónima directivos o gerentes de las mismas, constituidos como panel de expertos. La 1ª ronda Delphi, se basó en un cuestionario de 15 preguntas relacionadas con aspectos generales de RSC y 15 cuestiones específicas sobre *Gobernabilidad y Buen Gobierno Corporativo* en las AFAS. El sistema de puntuación fue también de 1 a 5 (muy bajo a muy alto), solicitándose doble respuesta, a saber, prioridad de que suceda (deseo) y posibilidad de que suceda, siguiendo una escala Likert. Para la 2ª ronda se siguió igual método pero adjuntando la media ponderada y/o la mediana de las respuestas de la 1ª ronda.

Resultados

Las encuestas recibidas fueron contestadas desde AFAS de las provincias de A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra, con un total de 8 respondedores. La media de edad fue de 44,8 años (33-61). Por sexo, 4 mujeres y 4 hombres. Como principal conclusión del estudio destacaríamos que la Gobernanza y el Buen Gobierno Corporativo constituyen un área de mejora en la estrategia de las AFAS que será facilitadora de los hábitos de RSC en los próximos años.



**SHEILA CASTRO SUÁREZ (1,2) | ERIK GUEVARA-SILVA (2) | DAVID LIRA (1)
MARCELA MAR (1) | EDER HERRERA-PÉREZ (1,3)
LIZA NÚÑEZ DEL PRADO (1,2) | ROSA MONTESINOS (1) | NILTON CUSTODIO (1)**
Instituto Peruano de Neurociencias. Lima (Perú) (1), Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
Lima (Perú) (2) e Instituto de Salud del Niño. Lima (Perú) (3)

La epilepsia y la enfermedad de Alzheimer son enfermedades neurológicas que se presentan en personas mayores de 65 años de edad, es por ello que la edad avanzada es considerada un factor de riesgo en ambas enfermedades; aunque aún no está claro si comparten también algún mecanismo fisiopatológico. Se han postulado tres hipótesis que intentan explicar los mecanismos que generan crisis epilépticas y compromiso cognitivo; uno de ellos está en relación a los péptidos y proteasas involucradas en la síntesis del β amiloide que por diversos mecanismos influiría en la hiperexcitabilidad neuronal; y los otros dos mecanismos están en relación a la pérdida de la inhibición por disminución de la expresión de los canales de sodio Nav1.1 en las interneuronas gabaérgicas y los cambios que producen los ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Las crisis epilépticas constituyen parte del espectro clínico de la enfermedad de Alzheimer, se presentan independientemente del estadio de la enfermedad y su prevalencia en el mundo fluctúa entre 1,5 a 64%.

Dentro de los factores de riesgo específicos más importantes en la enfermedad de Alzheimer que predisponen la presencia de crisis epilépticas se consideran el desarrollo de deterioro cognitivo de inicio temprano (en menores de 65 años de edad) y el factor genético (mutaciones en el gen de la presenilina1, presenilina 2, duplicaciones de la proteína precursora del amiloide y presencia de por lo menos un alelo $\epsilon 4$ de la apolipoproteína E).



Reconocer la presentación clínica de las crisis epilépticas en un paciente con enfermedad de Alzheimer es una tarea difícil de realizar debido a algunos aspectos como el comportamiento inusual que pueden experimentar los pacientes o al hecho de identificar episodios no epilépticos (síncopes, episodios de amnesia global transitoria, ataques isquémicos transitorios, trastornos del sueño, ansiedad, trastornos metabólicos o tóxicos) como epilépticos. Respecto al tipo de crisis epiléptica pueden presentarse tanto crisis epilépticas generalizadas como parciales complejas que son consideradas las más frecuentes, pero también se han descrito crisis epilépticas parciales simples y mioclónicas sobre todo en pacientes con síndrome de Down y enfermedad de Alzheimer.

El electroencefalograma con registro prolongado podría ser una herramienta útil que ayude a identificar la presencia de crisis epilépticas en la enfermedad de Alzheimer ya que la mayoría de crisis epilépticas son no convulsivas; aunque no existe un patrón típico en el registro electroencefalográfico se ha identificado un enlentecimiento (ondas theta y delta) y descargas interictales corticales (puntas, punta onda); además estos registros hallados en pacientes con enfermedad de Alzheimer sin evidencia clínica de crisis epilépticas predicen la presencia de estas en el curso de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que las crisis epilépticas en la enfermedad de Alzheimer no diagnosticadas y por ende no tratadas generaría fluctuaciones cognitivas diarias; de allí se deduce que el tratamiento oportuno y adecuado con drogas antiepilépticas podría mejorar el perfil cognitivo de estos pacientes y su calidad de vida; sin embargo los pacientes con epilepsia y enfermedad de Alzheimer son un grupo vulnerable, por lo que la selección de la droga antiepiléptica requiere una elección cuidadosa; no solo teniendo en cuenta los aspectos clínicos si no también los farmacológicos como los efectos adversos; las interacciones farmacológicas y costos. Las drogas antiepilépticas que muestran mejor eficacia y tolerabilidad en este grupo de pacientes son el levetiracetam y la lamotrigina.





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

