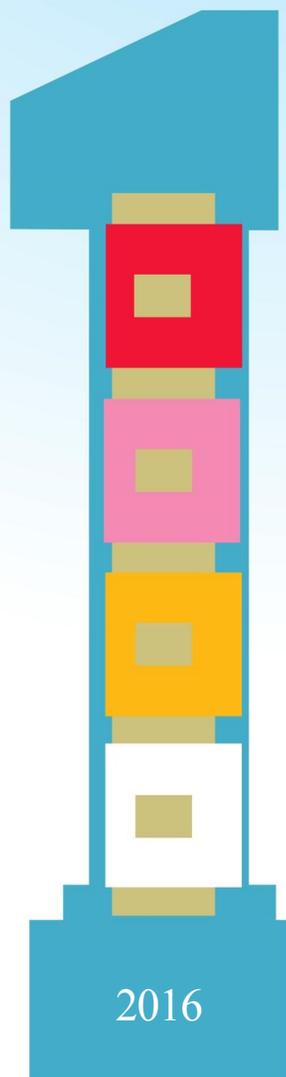




CENTRO DE  
REFERENCIA ESTATAL  
PARA PERSONAS  
CON ENFERMEDAD  
DE ALZHEIMER Y  
OTRAS DEMENCIAS



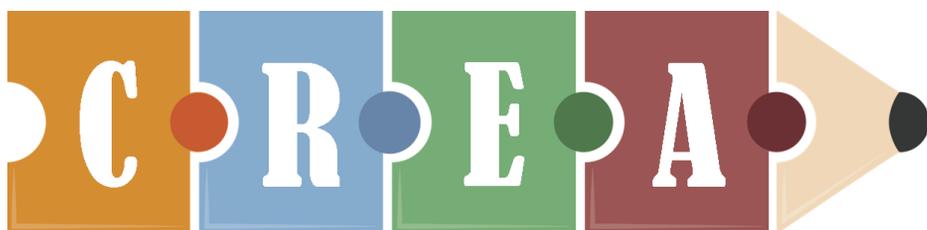
**Recopilatorio**

2016





# 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 2016. 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**

---

<b>I. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS- CONDUCTUALES EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER .....</b>	<b>9</b>
<b>II. EDAD, ESCOLARIZACIÓN Y TAREAS DE FLUENCIA VERBAL PARA EL SCREENING DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....</b>	<b>11</b>
<b>III. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DESDE EL ANÁLISIS DE REDES SOCIALES .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....</b>	<b>15</b>
<b>V. BIOBARCADORES Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UNA ENCUESTA DE OPINIÓN .....</b>	<b>17</b>
<b>VI. NEUROIMAGEN DE LAS DEMENCIAS: CORRELATOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES .....</b>	<b>19</b>
<b>VII. VALORACIÓN DEL RIESGO/BENEFICIO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. A PROPÓSITO DE UNA INTERACCIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>VIII. CONFABULACIÓN Y DEMENCIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS ÚNICOS .....</b>	<b>23</b>

---



<b>IX. ¿OCURRE DE LA MISMA FORMA EL CONDICIONAMIENTO EVALUATIVO EN PERSONAS SANAS Y PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER? ....</b>	<b>25</b>
<b>X. LA FUERZA DEL TREN INFERIOR PRINCIPAL PREDICTOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ALZHEIMER .....</b>	<b>27</b>
<b>XI. VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER .....</b>	<b>29</b>
<b>XII. MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN RESILIENCIA PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER .....</b>	<b>31</b>
<b>XIII. DETERIORO COGNITIVO Y ALZHEIMER: RETOS Y DESAFÍOS FRENTE AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN .....</b>	<b>33</b>
<b>XIV. LA DEPRESIÓN: UN PREDICTOR DE DEMENCIA .....</b>	<b>35</b>
<b>XV. APLICABILIDAD DE KINECT EN TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS SOBRE POBLACIÓN CON DETERIORO COGNITIVO .....</b>	<b>37</b>
<b>XVI. DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIFERENCIAS ATENCIONALES .....</b>	<b>39</b>
<b>XVII. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....</b>	<b>41</b>
<b>XVIII. LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ...</b>	<b>43</b>
<b>XIX. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EUROPA .....</b>	<b>45</b>
<b>XX. ANÁLISIS DE LAS INTRUSIONES SEMÁNTICAS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA ALTERNATIVA .....</b>	<b>47</b>
<b>XXI. ENFOQUE PALIATIVO PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON DEMENCIA AVANZADA .....</b>	<b>49</b>



<b>XXII. SÍNDROME DE DOWN Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: FACTORES DE RIESGO, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN .....</b>	<b>51</b>
<b>XXIII. ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA EN ANCIANOS CON ALZHEIMER: EXPERIENCIA DESDE EL PRACTICUM DE EDUCACIÓN SOCIAL .....</b>	<b>53</b>
<b>XXIV. LAS PAUSAS EN EL DISCURSO DE INDIVIDUOS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. ESTUDIO DE CASOS .....</b>	<b>55</b>
<b>XXV. CRISIS EPILÉPTICAS EN LA DEMENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....</b>	<b>57</b>
<b>XXVI. ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR: UN MARCO PARA LA ATENCIÓN PROFESIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....</b>	<b>59</b>



### MABEL GARZÓN-PATTERSON (1) | YADIRA PASCUAL-CUESTA (2)

Licenciada en Enfermería, Máster en Ciencias de la Enfermería. Policlínico Docente Julio Antonio Mella. Facultad de Enfermería Lidia Doce (1)

Licenciada en Enfermería, Máster en Urgencias Médicas, Máster en Ciencias de la Enfermería. Profesora Asistente. Facultad de Enfermería Lidia Doce. La Habana, Cuba (2)

El envejecimiento comienza con la vida misma, es parte de ella y con ella termina. La ancianidad es la fase final de la vida. Cuba es el cuarto país más envejecido de América Latina, con un incremento de la expectativa de vida al nacer que alcanza los 77.97 años. Con el envejecimiento paulatino de la población se han incrementando las necesidades de tipo biomédico, psicológico y social de los ancianos, tales como las demencias que representan la más trágica decepción, siendo la enfermedad de Alzheimer la más común, se caracteriza por ser un proceso neurodegenerativo de causa incierta, ocasionando en la mayoría de los casos la pérdida progresiva de un tipo muy selectivo de memoria, denominadas síntomas psicológicos-conductuales, los cuales son causa de estrés elevado y se asocian a enfermedad física y psíquica en los cuidadores.

El mayor costo es el humano en especial los cuidadores principales, que constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y de trastornos psiquiátricos, entre otros factores, debido a la progresiva e irreversible desestructuración de la personalidad del enfermo y a la fuerte carga emocional que ello conlleva.

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre los síntomas psicológicos-conductuales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado y la depresión que experimentan sus cuidadores principales.



## Método

Estudio descriptivo correlacionar en una muestra de 35 cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado del policlínico Carlos Manuel Portuondo del municipio Marianao, seleccionados por un muestreo por conveniencia. Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se confeccionaron tablas de contingencia. Se evaluó la asociación a través de la prueba paramétrica coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ). Se tuvo en cuenta un nivel de significación de  $\alpha \leq 0.01$ .

El estudio identificó que el SPC que se asoció significativamente con la depresión percibida por los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada fue la euforia con un nivel de .004 ( $r = -.470$ ).

## Conclusiones

Se necesita un mayor número de publicaciones que establezcan las relaciones entre las variables estudiadas, además se considera que se deben realizar programas de intervenciones dirigido a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer debido a que estos están en peligro de experimentar situaciones estresantes.



**ADRIANA GOÑI SARRIÉS (1) | JOSÉ J. LÓPEZ-GOÑI (2)**  
**DAVID GRANADOS-RODRÍGUEZ (3) | ÁNGELA GÓNZÁLEZ-JIMÉNEZ (4)**

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (1), Departamento de Psicología y Pedagogía.  
Universidad Pública de Navarra (2), Servicio Andaluz de Salud (3), Hospital San Juan de Dios.  
Pamplona (4)

La Fluencia Verbal (FV) es la capacidad de producir un habla espontáneamente fluida, sin pausas ni fallos en la búsqueda de palabras. A pesar de su aparente simplicidad es una tarea cognitiva compleja que requiere la intervención de procesos lingüísticos, mnésicos, ejecutivos y atencionales.

En el contexto clínico la FV se valora mediante distintas tareas en las que la persona debe generar tantas palabras como pueda bajo unas condiciones restringidas de búsqueda y en un tiempo limitado (normalmente un minuto). Hay dos criterios de evocación, el semántico (por ejemplo, «dígame cosas que puede encontrar en su casa») que engloba las tareas de fluidez verbal semántica (FVS) y el fonológico (por ejemplo, «dígame palabras que empiecen por la letra “F”») que son tareas de fluidez fonológica (FVF). Ambas son muy empleadas en la práctica clínica porque no necesitan instrumental, exigen poco tiempo, se pueden realizar en cualquier medio y aplicar a personas no evaluables por otras pruebas.

Los objetivos que pretende este estudio son:

1. Comparar la capacidad discriminativa de las tareas de FVS «cosas en una casa» y «alimentos» frente a la tarea «animales» entre pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y sujetos sanos.
2. Comparar el uso de los fonemas “P”-“M”-“R” como tarea alternativa y/o paralela a los fonemas “F”-“A”-“S”.

3. Valorar el uso combinado de ambos tipos de tareas junto con el de variables sociodemográficas para la discriminación de pacientes con EA y sujetos sanos.

La muestra está formada por 100 sujetos, 50 en un grupo experimental procedente de un Centro de Día Psicogeriátrico, diagnosticados de EA probable según CIE-10 y con un deterioro cognitivo moderado, y otros 50 en un grupo control formado por las parejas de los pacientes y cuidadores externos.

Tanto la categoría semántica como fonológica muestran resultados semejantes, una alta correlación entre las distintas tareas, mantienen la validez de criterio y permiten su utilización de forma paralela. La combinación de ambas pruebas mejora la discriminación entre población sana y con demencia. El modelo de predicción que logra discriminar correctamente al 91% de los sujetos evaluados es el que incluye las tareas “cosas en una casa”, los fonemas “A” – “S” y las variables edad y años de escolarización. El modelo no ha incluido la variable sexo, lo que indica que las variables sociodemográficas relevantes son la edad y el nivel educativo.

Este estudio presenta limitaciones. Sería deseable replicar los resultados con otras muestras clínicas, se podría variar el orden de pasación de las pruebas para controlar el efecto de la fatiga que pudiera estar afectando a los resultados y, por último, es importante continuar con la normativización de estas pruebas para mejorar su eficacia diagnóstica.

En este trabajo se proponen tareas alternativas a ambas categorías de FV tanto para contribuir a diferenciar población con EA frente a sujetos sanos, como para disponer de otras pruebas en exploraciones neuropsicológicas repetidas. El modelo predictivo incorpora un uso combinado de ambas tareas y tiene en cuenta variables sociodemográficas, con un mínimo de tiempo para su aplicación.



### JAIME LLOPIS CAÑAMERAS

Diplomado en Enfermería. Doctor en Antropología Social y Cultural (Parc Sanitari Sant Joan de Déu)  
Hospital General (Sant Boi de Llobregat, Barcelona)

Al aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer que venimos observando en las últimas décadas, debemos sumarle el incremento de las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Al mismo tiempo los cambios en los modelos familiares, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la actual crisis económica por la que atraviesa la sociedad, entre otros factores; están favoreciendo al aumento de estudios en los que se relacionan el apoyo social y el estudio de las redes personales, tanto de afectados por determinadas enfermedades como de sus familiares.

La investigación que aquí se presenta nace de la inquietud por parte de los miembros de la Escuela de Cuidadores del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Esta escuela tiene como principal objetivo dar información acerca de las enfermedades neurodegenerativas y evitar el agotamiento psíquico de las/los cuidadoras/es.

Esta investigación ha sido de carácter cualitativa y cuantitativa. El objetivo se ha dirigido a determinar si las redes personales de las/los cuidadoras/es que atienden a un familiar afectado por la enfermedad de Alzheimer, se ven modificadas como consecuencia de la situación estresante a la que se ven sometidas. Han participado un total de 23 personas obtenidas de forma consecutiva a través de la consulta médica del Servicio de Neurología del Hospital General del Parc Sanitari, así como de los asistentes a la Escola de Cuidadors, teniendo en cuenta la probable saturación de la información.



Para su realización se han utilizado tres técnicas: la observación, el Test sobre la carga del Cuidador – Zarit y finalmente el análisis de redes personales.

Los resultados obtenidos proceden de triangular los resultados obtenidos en las técnicas empleadas. Sentimientos de culpabilidad, angustia y depresión, cambios en las estructuras de la vivienda, relaciones de pareja; son entre otras las manifestaciones más frecuentes que se observan en las distintas sesiones organizadas por la Escola de Cuidadors.

Las principales fuentes de apoyo proceden del propio núcleo familiar de la persona cuidadora, de sus familiares y de sus amigos. El principal apoyo que requieren las/los cuidadoras/es es de carácter afectivo. Las redes personales se reducen y se concentran en las funciones de apoyo siguiendo distintas evoluciones posibles: redes reducidas, institucionalizadas, medicalizadas y normalizadas. Tales tipologías dependerán de la propia evolución de la enfermedad en cuestión.

A la sobrecarga de los cuidados a una persona, se une la pérdida de las relaciones personales respecto a su entorno social. Esta circunstancia favorece la exclusión social, en especial entre las cuidadoras.

Los resultados obtenidos nos ofrecen una visión actual del entorno del cuidador y de la cuidadora principal. Al mismo tiempo, el conocimiento de las estrategias que se adoptan en momentos tan difíciles como es la aparición de una enfermedad, nos permitirán reducir la potencial exclusión social de los/las cuidadores/as.



### PASCUAL CUESTA, YADIRA (1) | GARZÓN PATTERSON, MABEL (2) COLLAZO LEMUS, ESTHER DE LA CONCEPCIÓN (3)

Aspirante a Doctor en Ciencias de la Enfermería. Facultad de Enfermería Lidia Doce/Departamento Postgrado e investigaciones. Licenciada en Enfermería (1), Policlínico Julio Antonio Mella/Vicedirección Docente. Licenciado en Enfermería (2), Facultad de Enfermería Lidia Doce/Departamento Multidisciplinario. Licenciado en Enfermería. La Habana, Cuba (3)

El envejecimiento poblacional ha traído aparejado un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Entre ellas las demencias, que tienen una gran repercusión para el adulto mayor que la padece y las personas que los cuidan. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de las demencias. Es una enfermedad devastadora que afecta la calidad de vida del paciente y sus familiares. Con el transcurso del tiempo los pacientes que la padecen van perdiendo las capacidades para poder realizar actividades de la vida diaria y requieren la atención y los cuidados de otras personas. Las actividades básicas de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, usar el inodoro y continencia, frecuentemente se convierten en tareas difíciles de llevar a cabo, tanto para el paciente con la enfermedad de Alzheimer como para quien lo atiende.

El objetivo de este estudio fue describir el grado de dependencia de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en los estadios leve y moderado para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

#### **Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo.



Este estudio incluyó a 35 pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado de la enfermedad, residentes en el área de salud del Policlínico Carlos Manuel Portuondo en el municipio Marianao, quienes fueron diagnosticados y clasificados en la consulta de trastornos cognitivos del Hospital Carlos J. Finlay en el propio municipio. Se aplicó el índice de Katz en el domicilio de los pacientes. Esta entrevista persigue determinar el grado de dependencia del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Todos los cuidadores principales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que participaron en el estudio, firmaron previamente la solicitud del consentimiento informado. Para el procesamiento y análisis de los resultados se creó una base de datos con el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas estadísticas de frecuencias absolutas y porcentaje.

Los resultados del estudio indican que en el estadio leve de la enfermedad de Alzheimer existe un predominio de trastornos de la memoria y el lenguaje, así como dificultades para realizar las actividades independientes y avanzadas de la vida diaria. En el estadio moderado, en el paciente se evidencian dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente; las cuales van creando dependencia. Predominaron los pacientes que requirieron la asistencia de su cuidador principal para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Seguido de los que se ubicaron en las categorías independiente y dependiente respectivamente. Las actividades básicas de la vida diaria que más requirieron de la asistencia del cuidador fueron bañarse, trasladarse y alimentarse. Las actividades vestirse, usar el inodoro y continencia predominaron en menor frecuencia que las anteriores.

La conclusión principal de esta investigación es que los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Se hace necesario desarrollar investigaciones que brinden herramientas a los cuidadores para el cuidado del anciano con demencia en el hogar.



TARAGANO FE (1, 2) | CASTRO DM (1) | SERRANO CM (1)

HEISECKE SL (1, 2) | PÉREZ LEGUIZAMÓN P (1) | LOÑ L (1) | DILLON C (1, 2)

Sub-sección de Investigación y Rehabilitación de Enfermedades Neurocognitivas. Sección Neurología.

Departamento de Medicina. CEMIC (1)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET. Buenos Aires, Argentina (2)

A comienzos de la segunda década del tercer milenio, la historia del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA) experimentó un gran cambio debido a los avances en el conocimiento de la fisiopatología enfermedad. En 2011, el *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* de EE.UU. fijó los nuevos criterios para el diagnóstico del alzhéimer incluyendo, entre ellos, a la utilización de marcadores biológicos que permiten identificar la enfermedad previo al estadio de demencia. Estos biomarcadores reflejan el proceso de neurodegeneración y depósito *in vivo* de la sustancia  $\beta$ -amiloide cerebral. Las técnicas que evidencian ese depósito son la tomografía por emisión de positrones (PET) combinada con el uso de radioligandos y la medición de los niveles de proteína amiloide  $A\beta_{1-42}$  y proteína Tau total y fosforilada en líquido cefalorraquídeo

Ante este nuevo escenario, los especialistas ya no deben esperar la conversión a demencia de los pacientes con deterioro cognitivo para establecer un diagnóstico de EA. Las nuevas técnicas disponibles permiten determinar, una vez descartadas todas las causas posibles de pérdida de memoria y otras formas de deterioro cognitivo y/o conductual, los casos de deterioro que deben su origen a una patología de tipo amiloide (como la que caracteriza a la EA), de 3-7 años previo a la destrucción diseminada de neuronas y el diagnóstico de demencia. Este avance fue motivo de controversia y debate tanto en el ámbito profesional como en los medios masivos de comunicación pues se planteó la siguiente pregunta: «¿De qué sirve decirle a una persona que tiene olvidos -con diez años de anticipación- que va a desarrollar la EA si sabemos que, de momento, no tiene cura...?».



Esta situación nos alentó a diseñar una encuesta de opinión entre los profesionales del ámbito de la salud y el público en general. Las preguntas realizadas se orientaron a: 1) Conocer la postura acerca del diagnóstico precoz de la EA; 2) Evaluar la presencia de dilemas éticos relacionados con la búsqueda y comunicación del diagnóstico precoz de EA; 3) Indagar acerca de la opinión sobre el avance de los descubrimientos genéticos y su posible relación con la discriminación hacia las personas; 4) Averiguar sobre la aceptación del uso de estudios diagnósticos biológicos y moleculares no invasivos del cerebro.

La encuesta se realizó en Argentina, durante los meses de agosto y septiembre de 2012. La encuesta tuvo un alcance nacional y el simposio se realizó en el Hospital Universitario CEMIC de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De las encuestas enviadas por correo electrónico obtuvimos 1503 respuestas: 807 del grupo Profesionales de la Salud (PS) y 696 del grupo Público General (PG). La mayoría de los encuestados (84.7%) prefirió la opción de realizar el diagnóstico temprano de la EA aun conociendo la falta de tratamiento curativo. El 31.8% del grupo PS vs. el 45.1% del grupo PG respondió que no cree que se genere un dilema de comunicación ni ético en los médicos al informar el diagnóstico de la enfermedad. El grupo PS mostró mayor divergencia en las opiniones que el PG.

Entre las causas que llevarían a los pacientes a querer realizar el diagnóstico temprano de la EA se destaca la posibilidad de planificar mejor su futuro, adoptar cambios que estén enfocados a mejorar la calidad de vida y la evolución de la enfermedad como ser la práctica de estimulación cognitiva, actividad física, el control de los factores de riesgo cardiovascular y consumo de una dieta adecuada, entre otras. La diferencia entre la opinión del grupo PS y PG puede indicar un cambio en la dinámica de la relación médico-paciente que requeriría que los médicos dedicados al diagnóstico y tratamiento de la EA y desórdenes cognitivos pregunten a sus pacientes si desean conocer el diagnóstico de la enfermedad en forma precoz. Según lo observado en nuestro trabajo, el cambio en la relación entre médicos y pacientes es importante en el nuevo escenario de las enfermedades degenerativas y especialmente la EA.



### JOAN DEUS I YELA

Profesor agregado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Unidad de Investigación en Resonancia Magnética de CRC-Hospital del Mar

El uso de la neuroimagen, como prueba diagnóstica médica complementaria, es un acto rutinario en la evaluación de las demencias y, a veces, puede resultar crucial para una adecuada evaluación. Sin embargo, hasta la fecha, el diagnóstico más prevalente de una enfermedad neurodegenerativa tipo demencia sigue siendo, básicamente, clínico y se sustenta en una anamnesis bien estructurada, en una completa exploración neurológica y en una adecuada y dirigida exploración neuropsicológica que perfile el deterioro neurocognitivo del paciente en estudio. En los últimos años, las técnicas de neuroimagen estructural (Tomografía Axial Computerizada –TAC- y Resonancia Magnética –RM-), funcional (Tomografía por Emisión de Positrones –PET-, Tomografía de Emisión Monofotónica –SPECT-, Resonancia Magnética Espectroscópica –RMe- y Resonancia Magnética Funcional –RMf-) y de conectividad funcional y estructural (RMf en reposo e Imágenes con Tensor de Difusión -DTI-), se han constituido como un instrumento útil e imprescindible para la investigación y comprensión de la relación entre cerebro y conducta.

Ciertos avances de neuroimagen, como el estudio del ligando Pittsburg (PIB) mediante el PET como biomarcador en la enfermedad de Alzheimer, mejoran la capacidad del clínico para poder diferenciar ciertas demencias neurodegenerativas. Más recientemente, el estudio volumétrico de la RM de alta resolución permite identificar las variantes lobares de la Demencia Fronto-Temporal, la degeneración córticobasal y algunas formas de parkinsonismo o trastornos neurodegenerativos cerebelosos como la atrofia multisistémica y las ataxias espinocerebelosas.



Los estudios de conectividad cerebral pueden ayudar al diagnóstico precoz de ciertas demencias y clarificar la patofisiología que permita explicar el déficit neurocognitivo. En consecuencia, se puede decir que en la última década los avances en neuroimagen han permitido generar unos biomarcadores que aumentan la certeza diagnóstica de un proceso neurodegenerativo, proporcionan una valiosa información sobre su pronóstico y sugieren la patología neural subyacente al síndrome de demencia.

La neuroimagen también permite una circunscrita topografía neuroanatómica cortical o subcortical, en las fases iniciales e intermedias, de la afectación estructural o funcional que define y caracteriza al proceso neurodegenerativo. Ello posibilita una clasificación topográfica de las demencias dividiéndolas según la localización de las lesiones (difusas, focales o lobares y multifocales) y, además, permite la posibilidad de establecer una relación con el perfil del déficit neurocognitivo del proceso neurodegenerativo, primario o secundario, en curso. A la luz de los recientes estudios, se vislumbra un panorama nuevo y mucho más positivo para la neuroimagen en el manejo del diagnóstico presintomático de las demencias, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, de su curso clínico evolutivo y de la potencial respuesta al tratamiento. Ciertamente, aunque sólo la evaluación clínica puede llevar a un diagnóstico de un proceso neurodegenerativo tipo demencia, en la actualidad, se puede afirmar que las diferentes modalidades de la neuroimagen estructural y funcional contribuyen al diagnóstico y comprensión de la patofisiología de los diferentes tipos de demencias y es claramente una herramienta de gran valor para el clínico en el diagnóstico diferencial. El futuro de la neuroimagen, para poder completar dichos objetivos, implicará la incorporación de nuevas modalidades de estudio en la práctica clínica de rutina y una combinación de biomarcadores de imagen.

El objetivo del presente artículo es proporcionar una revisión general de los diferentes métodos de neuroimagen utilizados para el diagnóstico clínico de las enfermedades neurodegenerativas más prevalentes en la actualidad y su relación con el perfil neurocognitivo o neuropsicológico que las caracteriza.



MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ ARROYO | ALFONSO DÍAZ MADERO

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria en Zamora

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más frecuente y representa hasta el 70% de los casos de demencia. Aunque actualmente no se conoce ningún tratamiento capaz de curar o prevenir la enfermedad, están comercializados en España para su tratamiento sintomático: a) Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE): donepezilo, rivastigmina y galantamina; autorizados para la EA leve o moderada; b) Antagonista no competitivo de los receptores de N-metil D-Aspartato: memantina; autorizado para la EA moderada y grave.

Con el fin de tratar comorbilidades asociadas a los IACE, es frecuente la prescripción de fármacos con efectos anticolinérgicos en pacientes con EA. Su uso contrarresta la modesta eficacia de los IACE, dado que ejercen su efecto farmacológico por un mecanismo de acción opuesto y favorecen la aparición de toxicidad anticolinérgica, que se asocia con múltiples efectos adversos sobre el sistema nervioso, tanto periféricos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria o visión borrosa, entre otros) como centrales (delirium y deterioro cognitivo). La intensidad de los efectos adversos depende de la carga anticolinérgica acumulada en el conjunto de medicamentos, de la función cognitiva de base y aumenta con la edad. Por estos motivos, los anticolinérgicos se consideran fármacos inapropiados en pacientes de edad avanzada y con demencia.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de prescripción concomitante de IACE y anticolinérgicos en un Área de Salud, identificar los pacientes afectados por esta interacción e informar a los médicos responsables para valorar la idoneidad de los tratamientos y mejorar su eficacia y seguridad.



Para ello, se seleccionaron pacientes en tratamiento con IACE y algún fármaco anticolinérgico en el primer trimestre de 2015. Para la identificación de anticolinérgicos, se utilizó como referencia la revisión de Durán et al., asignando una puntuación a cada fármaco en función de su potencia anticolinérgica. Los datos de fármacos dispensados, edad y sexo de los pacientes, fueron obtenidos del Sistema de Información de Consumo Farmacéutico Concyliya, que contiene información sobre especialidades farmacéuticas dispensadas con receta del SNS por las oficinas de farmacia de Castilla y León.

Se proporcionó a cada médico una nota informativa sobre la interacción, la relación de pacientes afectados y recomendaciones para optimizar la farmacoterapia en la EA. Bajo estos criterios se incluyeron 486 pacientes, lo que supone un 59,0% sobre el total de pacientes con EA del Área. El 66,0% eran mujeres, 86,8% mayores de 75 años y tenían prescritos una media de 9,2 fármacos/paciente. El número medio de fármacos anticolinérgicos por paciente fue 1,6; el 38,3% de ellos tenían prescritos varios fármacos anticolinérgicos y el 23,9% algún fármaco de alta potencia anticolinérgica. En cuanto a la carga anticolinérgica acumulada por paciente, 442 (90,9%) obtuvieron una puntuación entre 1 y 3 y 44 (9,1%) obtuvieron una puntuación entre 4 y 6; estos últimos, con un promedio de 80,3 años y 3,5 fármacos anticolinérgicos/paciente. Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre tomar IACE y anticolinérgicos de forma concomitante ( $p=0,000$ ; OR: 3,9). Los grupos terapéuticos más frecuentemente implicados en la interacción con los IACE fueron antidepresivos (37,0%) y antipsicóticos (31,9%). A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que la prevalencia de la interacción entre IACE y anticolinérgicos es relevante, considerando que además afecta a población vulnerable. Proporcionar a los médicos información en base a la evidencia disponible sobre la interacción, los fármacos implicados y su potencia anticolinérgica, podría ser una herramienta de ayuda a la toma de decisiones clínicas, que permitiría mejorar la seguridad y los resultados en salud de los pacientes.



### ALMUDENA DEL AVELLANAL CALZADILLA (1) | ÁNGEL MORENO TOLEDO (2)

Psicólogo Sanitario (1), Psicogerontólogo (2)

La enfermedad de Alzheimer en estadios moderados afecta considerablemente al recuerdo. Los problemas en el procesamiento de la información y la laguna memorística, hacen que el enfermo de alzhéimer confeccione un recuerdo infundado en base a retazos de su historia vital. Este recuerdo es útil para sortear la ansiedad generada ante la pregunta ¿Qué hizo ayer?. A esta falsa verbalización se denomina confabulación, que constituyen confeccionados acontecimientos que desplazados de su línea temporal, están basados en sucesos autobiográficos o recuerdos episódicos.

La confabulación parte de un fracaso en la recuperación del recuerdo (procesamiento de la información) y está condicionada a esquemas de la trayectoria vital que alimentan el hilo argumentativo de las emisiones. Esta incapacidad para recordar, se hace más evidente en los casos de requerimiento y búsqueda de un recuerdo en concreto, predispone a que el enfermo improvise y confeccione esos evocaciones infundadas o auxiliares para evitar la ansiedad ante la pesquisa del recuerdo y la incapacidad de respuesta.

La naturaleza del suceso autobiográfico, está basada en acontecimientos significativos, efemérides que de algún modo marcaron al sujeto o forman parte del conjunto de su historia vital.

Existen dos tipos de confabulación, las espontáneas y las provocadas. La espontánea es aquella organizada sin la aparente finalidad, propósito o requerimiento del sujeto. En cambio, la provocada es consecuencia de la proposición del sujeto hablante de un recuerdo específico.



Las confabulaciones espontáneas suelen ser estables en cuanto a temática, grandiosas, fantásticas y ocurren sin elicitación, en cambio, las provocadas son momentáneas y ocurren como consecuencia de una pregunta que demanda un recuerdo. Hay casos en los que sucesiva a la confabulación el acontecimiento verbalizado se representa conductualmente. Esto es, la confabulación actúa como un guión que arbitra la ejecución de la conducta. Se presentan dos casos de confabulación, en uno desentrañamos la génesis de la confabulación el acontecimiento verbalizado se representa conductualmente. La confabulación actúa como un guión que arbitra la ejecución de la conducta.

La confabulación ejecutiva sería una representación motora, corporal y ejecutiva de un acto verbalizado a consecuencia de una confabulación. El contenido temático se lleva a cabo conductualmente, siendo habituales relacionadas con antiguos quehaceres o viejos desempeños. Esta representación o performance, encarna un ritual de conducta que evoca un acontecimiento.

Se presentan dos casos de confabulación, en uno desentrañamos la génesis de la confabulación provocada mediante las preguntas dirigidas ¿Qué hizo ayer? ¿Dónde estuviste? ¿Con quién?. Del mismo modo, analizamos la formación de la confabulación espontánea a paciente confabulador. Observamos que el contenido temático queda vinculado firmemente a la trayectoria vital del sujeto. De esta forma, el hilo argumentativo o el discurso creado por el enfermo le instruyen para elaborar esa cadena de sucesos que origina finalmente la confabulación. Muchos autores han tratado de explicar este fenómeno, achacándolos fundamentalmente a las distorsiones de memoria, al problema de recuperación o a un tipo de personalidad, la denominada, «personalidad confabulatoria» según DeLuca.

**Fuente:**

*Neurama. Revista electrónica de Psicogerontología* [www.neurama.es](http://www.neurama.es)

*Moreno, A. y Del Avellanal Calzadilla A. (2015). Confabulación y demencia: A propósito de dos casos únicos. Neurama. N2 Vol.2. p.15-23*



MELODY GONZÁLEZ ANTA

Pedagoga

Desde hace varios años, diversos profesionales han intentado estudiar cómo funciona la aversión y el gusto por determinadas cosas en los seres humanos. Esto es a lo que llaman condicionamiento evaluativo (CE), el cual supone que se produce un cambio en la valencia de un estímulo debido al emparejamiento reiterado de un estímulo condicionado (EC) con un estímulo incondicionado (EI). Esto puede producir en las personas preferencias por un tipo de comida o aversión por otra, o que pueda gustarles una película o por el contrario, les cause miedo. Por lo tanto, como consecuencia de estas preferencias y aversiones se produce en las personas un cambio de conducta debido a los mecanismos asociativos que intervienen en el CE.

El condicionamiento evaluativo permite que se produzca un aprendizaje puesto que éste se basa en el vínculo entre los estímulos que son más relevantes para las personas.

Por otro lado, el papel que tiene la conciencia en este trabajo es de vital importancia para poder relacionarlo con la enfermedad de Alzheimer, puesto que es significativo asumir la pregunta de si el condicionamiento evaluativo es independiente de la conciencia, o si depende de ella. Por ello hay dos problemas que se presentan cuando hablamos de conciencia. Uno es que existe un mecanismo único de naturaleza representacional, y el segundo implica la participación de un mecanismo dual. Si hay correspondencia entre una respuesta condicionada y conocimiento consciente estaríamos hablando de un único proceso de aprendizaje, pero si nos encontramos con segregaciones entre estas dos medidas estaríamos hablando de múltiples procesos de aprendizaje que se producen en la persona.



Para entender bien la importancia de la conciencia hay que hacer una distinción entre lo que es el condicionamiento evaluativo y el condicionamiento clásico. El condicionamiento es un proceso asociativo que se inicia por la manifestación en el entorno entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado, esto significa que los seres humanos manifiestan una respuesta condicionada mediante los efectos del estímulo incondicionado. El principal resultado de este condicionamiento es que los seres humanos son capaces de dar información sobre la relación que existe entre el EC y el EI. Por lo que el condicionamiento puede ocurrir sin necesidad de la conciencia o mediante ella. El condicionamiento evaluativo, como hemos dicho anteriormente, es una forma de aprendizaje que presenta cambios en las valoraciones afectivas de las personas. En este caso el estímulo condicionado activa simplemente una representación mental del estímulo incondicionado sin saber que éste último va a aparecer. En este caso puede haber una falta de conciencia entre la relación del EC y EI.

Otro aspecto importante en el CE es la relación que hay entre el aprendizaje y la memoria, ya que son dos procesos psicológicos a través de los cuales los organismos elaboran la información que les proporcionan los sentidos. Son dos fenómenos interdependientes puesto que los efectos en la conducta son consecuencia de lo aprendido, pero esto debe permanecer en la memoria, es decir, el cerebro tiene mucha capacidad para aprender nuevos conocimientos y también la capacidad de recordarlos.

Por todo esto, hemos diseñado un proyecto de investigación para observar si se produce de la misma forma el condicionamiento evaluativo en personas sanas y en personas con la enfermedad de Alzheimer con el mismo rango de edad, siendo el objetivo principal analizar en qué medida un estímulo neutro adquiere valencia emocional como consecuencia de su relación con un estímulo incondicionado con valencia positiva o negativa en la memoria a través del condicionamiento evaluativo con escenas de películas en personas con la enfermedad de Alzheimer y en personas sanas.



**FERNANDO PINEDA ORTEGA | JAVIER BUENO ANTEQUERA | MIGUEL ÁNGEL OVIEDO CARO | DIEGO MUNGUÍA IZQUIERDO**

Grupo de Investigación «Actividad Física, Salud y Deporte CTS-948». Departamento de Deporte e Informática. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

La causa más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer (EA), la cual tiene una prevalencia cada vez mayor en los países occidentales debido a que la esperanza de vida sigue creciendo (Santana-Sosa, Barriopedro, López-Mojares, Pérez y Lucia, 2008).

En los países desarrollados la EA, junto con otras demencias, ha llegado a ser una de las diez principales causas de muerte (World Health Organization, 2011).

Aunque el riesgo de demencia y particularmente de EA, depende en gran medida de factores biológicos y genéticos (Armstrong, 2011; Hollingworth et al., 2011; Sillen et al., 2006), hay evidencias crecientes de que algunos factores del estilo de vida están vinculados con el desarrollo de la enfermedad, factores estos potencialmente modificables (Flicker, 2010), lo que sugiere que los individuos pueden influir en su estado cognitivo al final de la vida a través de los estilos de vida (Baltes, 1987).

La EA es la principal fuente de deterioro funcional en las personas mayores (Sauvaget, Yamada, Fujiwara, Sasaki y Mimori, 2002; Thomas, 2001), está relacionada con el deterioro físico y la masa muscular reducida, resultando en una disminución de la movilidad y en un mayor riesgo de caídas y fracturas. Esta pérdida de la capacidad funcional (CF) va a afectar a la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), a su independencia funcional y con ello a su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).



El mantenimiento de una buena condición física en los pacientes con EA puede no sólo mejorar su estilo de vida, sino también prolongar su independencia, e incluso ralentizar la progresión de la enfermedad (Maci, Pira, Quattrocchi, Nuovo, Perciavalle y Zappia, 2012).

## **Objetivo**

Analizar los factores predictores de la CVRS en los pacientes diagnosticados de alzhéimer en el centro de día AFA El Campillo, describir sus niveles de condición física y composición corporal y compararlos con recientes valores de referencia nacional. Para la realización de esta investigación se evaluó la CVRS, la CF, el estilo de vida, la composición corporal y la función cognitiva en 15 enfermos de Alzheimer con una edad media 80.4 años. La CVRS fue evaluada mediante el cuestionario general Euroqol-5D; la CF mediante test específicos que valoran la condición física (Batería Senior Fitness Test, 30-m walk y fuerza de prensión manual) y mediante la escala Falls Efficacy Sacale – International que valora el miedo a caer; el estilo de vida a través de un calorímetro portátil que mide el gasto energético; la composición corporal mediante un analizador de composición corporal portátil y la función cognitiva mediante test específicos que valoran el deterioro cognitivo (Mini Mental State Examination y Fluencia Verbal Semántica).

## **Resultado**

La fuerza del tren inferior (FTI), el riesgo de caída y el IMC fueron determinantes significativos de la CVRS ( $R^2=0.77$ ,  $p=0.002$ ), siendo la FTI el mejor predictor independiente de la CVRS, el cual contribuyó en un 49% a la variación de la CVRS. La resistencia aeróbica, el tiempo tumbado, el tiempo de sueño, el deterioro cognitivo y el tiempo en los test de equilibrio y de marcha también se encuentran asociados con la CVRS.

## **Conclusión**

La FTI, el miedo a caer y el IMC son determinantes significativos de la CVRS en personas mayores con alzhéimer, siendo la FTI la que explica la mayor proporción de la varianza de la CVRS de los enfermos de alzhéimer.



ANELISE CRIPPA

Máster en Gerontología Biomédica

El número cada vez más grande de personas en edad avanzada en el mundo provoca una preocupación para con ellos. Una de las consecuencias de este fenómeno es el gran número de personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer (EA) lo que incide en el aumento de las solicitudes judiciales para el pago de los medicamentos y la atención que requiere esta enfermedad.

La vulnerabilidad es una característica inherente de los seres humanos. Las personas con la enfermedad de Alzheimer están en un estado de vulnerabilidad cada vez más grande por su fragilidad debido al empeoramiento de la enfermedad que afecta sus condiciones de vida. Ellos son más vulnerables y sufren daños. ¿Las personas con EA están teniendo su vulnerabilidad social atendida por las entidades responsables? La burocracia del sistema no puede estar ocasionando grandes daños y no permitiendo las garantías establecidas en el ámbito legislativo.

La necesidad tiene una doble pérdida: los que necesitan atención inmediata y el poder judicial que se ve lleno de demandas repetidas. La gente en esta situación está en un estado de vulnerabilidad, necesitando la protección del Estado y no es justo una mayor victimización de ellos.

Este es un problema de salud pública, con una alta tasa de prevalencia en los siguientes años que conduce a enormes costos para el Estado. El remedio y los insumos que son proporcionados por la ley como un derecho de la población pueden no ser repartidos a todos de forma rápida lo que puede ocasionar acciones judiciales.



Teniendo en cuenta esta realidad se llevó a cabo una investigación en la Corte Judicial del Estado de Rio Grande do Sul (sur de Brasil), publicado en enero de 2016 en el Periódico Latinoamericano de Bioética, donde se verificó que la mayoría de las solicitudes son relacionadas con los remedios esenciales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, seguido por las solicitudes de pañales también indispensable para ayudar a mantener la dignidad humana.

Tenemos, por lo tanto, la constatación de la vulnerabilidad social de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. Por desgracia, el número de solicitudes de la Corte es cada vez más grande, lo que nos muestra que todavía está perjudicando a las personas enfermas. Es necesario, por lo tanto, la comprensión, por parte de los responsables, de la persona como un todo y sus necesidades, enfermedad y fragilidad para que se dé la liberación de lo que se ha garantizado a la población y debe ser logrado sin la necesidad de un litigio.

Se puede observar que el poder judicial actúa a favor de la realización del derecho a la salud, la protección a los necesitados, buscando la realización del principio de la beneficencia.

El envejecimiento de la población es una realidad y su aceptación es un punto importante, para que sea posible incrementar la prevención y la búsqueda de la calidad de vida. Las medidas preventivas pueden conducir a un menor costo para reparar los daños causados por el envejecimiento, como los costos con la enfermedad de Alzheimer.



**ANA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA (1) | DAYSY KATHERINE PABÓN  
POCHES (2)**

Doctora en Psicología (1)

Psicóloga (2)

El incremento de la población adulta mayor ha presentado una transformación en la familia, transformación que se traduce en la generación de un nuevo rol, el del cuidador informal; un cuidador informal es aquella persona que se dedica a asistir en todas las actividades de la vida diaria a su familiar con alzhéimer, sin recibir contribución económica y sin poseer formación sobre el cuidado de este tipo de pacientes. Ante esto, se identifica la necesidad de diseñar programas que reduzcan las consecuencias del cuidado y favorezcan el bienestar de quienes cuidan y del adulto mayor dependiente.

El presente estudio, llevó a cabo el diseño de un modelo de intervención psicológica en resiliencia, con enfoque cognitivo conductual, para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo alzhéimer. Para llevar a cabo el diseño de este modelo, se evaluaron las variables depresión, sobrecarga, resiliencia, apoyo social y estrategias de afrontamiento, a partir del análisis de resultados se definen los aspectos a intervenir; tiene un diseño mixto, que combina el análisis cuantitativo y cualitativo a partir del uso de dos tipos de evaluación, de estructura y de proceso.

Los participantes incluidos fueron dos psicólogos pertenecientes a la línea calidad de vida e la tercera edad de la Universidad Pontificia Bolivariana y dos psicoterapeutas con experiencia clínica, que cumplen el rol de jueces expertos.



Los instrumentos utilizados fueron la propuesta metodológica adaptada de Mori (2008), Modelos de calidad del servicio de Donabedian (2005) para formular un protocolo de evaluación de estructura y de proceso.

Dentro de los resultados más importantes se destacan la estructura general del modelo de intervención, la rúbrica de evaluación de estructura del programa, el formato de evaluación por parte del cuidador, el formato de evaluación por parte del terapeuta y el formato de evaluación final con los que se logra llevar a cabo la evaluación de proceso. Este modelo, brinda información necesaria para facilitar la réplica en otros contextos, y aporta los elementos requeridos para su implementación.



### PAULA POCHINTESTA

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires

Es una realidad que la población envejece como tendencia mundial. En 2015, según el índice Global de Envejecimiento, el 12,3 % de la población mundial correspondía a personas de 60 y más años, siendo que las proyecciones para esta franja etaria se estima que alcancen el 21,5 % del total de la población en 2050. Uno de los mayores desafíos que plantea este escenario es cómo afrontar los cambios epidemiológicos que se asocian a una mayor longevidad. Ello requiere pensar en estrategias que ayuden a enfrentar una mayor esperanza de vida con bajos índices de discapacidad y dependencia.

Dado que la población envejece aumenta la prevalencia de las demencias a nivel mundial dentro de las cuales la más relevante es la Enfermedad de Alzheimer. Entre las consecuencias que supone este cambio epidemiológico se encuentran por un lado, el aumento del gasto en salud y, por otro, el deterioro de las relaciones familiares más aún si las redes para el cuidado no están lo suficientemente desarrolladas.

Los factores de riesgo asociados a la enfermedad de Alzheimer son: la edad, el grupo étnico y el género. La edad es el principal factor de riesgo cuya incidencia va desde el 1 % en las personas de 65 años y llega al 20 % en los mayores de 85 años. A su vez, son las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de padecer esta demencia. Se ha corroborado también que las personas de origen asiático tienen una tendencia menor a desarrollar la enfermedad que las personas de otros orígenes étnicos.

Ahora bien, considerando este contexto de envejecimiento poblacional e incidencia de las demencias qué puede hacerse.



Todo un campo de estudios científicos ha constatado que existen determinados factores protectores que disminuyen el riesgo, aunque no lo eliminan, de padecer deterioro cognitivo. Estos factores, al mismo tiempo, ralentizan y ayudan a paliar el avance de las demencias. Se trata de los siguientes dominios: salud conductual y ajuste físico, óptimo funcionamiento cognitivo, autoregulación motivacional y emocional y alta participación e integración social. La interacción de todos estos dominios promueve un *envejecimiento activo*.

1. Diversas investigaciones han demostrado que, tanto el ejercicio físico, como una dieta equilibrada, el consumo moderado de alcohol y el no fumar son condiciones para evitar o retrasar la demencia y el deterioro cognitivo y, por tanto, envejecer activa y saludablemente.

2. Los programas de estimulación cognitiva mejoran el funcionamiento en personas mayores saludables y tienen un efecto positivo sobre aquellas personas que padecen demencias. Esto es aún más eficaz cuanto más leve sea el deterioro. Se ha corroborado además que, contar con un nivel educativo alto y con una buena protección socioeconómica tiene una influencia significativa sobre el pronóstico una vez comenzado el deterioro cognitivo.

3. Cultivar emociones positivas, percibir el control tanto sobre el entorno como sobre sí mismo y tener una imagen positiva del envejecimiento favorecen un envejecimiento activo y colaboran en la disminución de padecimientos incluidos el deterioro y las demencias.

4. Por último, está también fundamentado empíricamente que, una buena integración e implicación social de las personas mayores en distintos ámbitos (familiar, comunitario y social) está asociada a una mayor supervivencia, una menor morbilidad y un óptimo funcionamiento cognitivo y emocional.

De este modo, enfrentar el desafío de envejecer saludablemente se despliega en dos dimensiones: individual y poblacional. Ello supone, por un lado, que las personas tienen la capacidad de modificar hábitos y reducir los factores de riesgo y morigerar el impacto del deterioro cognitivo y las demencias. Esta capacidad de transformación se sustenta en el principio de *plasticidad* comportamental y cognitiva ampliamente documentado.



## LA DEPRESIÓN: UN PREDICTOR DE DEMENCIA

**JOSEP DEVÍ BASTIDA (1, 2) | NÚRIA PUIG POMÉS (3) | SUSANNA JOFRE FONT (2)  
ALBERT FETSCHER EICKHOFF (4)**

Universitat Autònoma de Barcelona. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud (Bellaterra-Barcelon) (1), Residencia y Centro de Día Sant Cugat (Departament de Benestar i Família-SISPAP/Grup Mutuam) Sant Cugat del Vallés. Barcelona (2), Asociación Multidisciplinar de Psicogeriatría y Demencias (AMPIDE) Sant Cugat del Vallés. Barcelona (3), Centro Sanitario Can Mora. Sant Cugat del Vallés. Barcelona

Los avances científicos, sobre todo en el campo de la medicina y la salud, se han traducido en un aumento de la esperanza de vida, que ha supuesto un incremento progresivo de la población. Así mismo, el hecho de que las cifras de la población de la tercera edad vayan en aumento también comporta un incremento progresivo de la incidencia de enfermedades neurodegenerativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la demencia afecta, a nivel mundial a unos 35'6 millones de personas y se prevee que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de manera que pasaría a 65,7 millones en 2030 y a 115,4 millones en 2050. Es por eso que cada vez se hace mas necesaria la detección de los posibles factores de riesgo para poder desarrollar una intervención o, como mínimo, plantearnos la ambición de prevenir, ya sea en mayor o menor medida, esta enfermedad.

Algunos estudios sugieren que entre un 10-25% de los casos de alzhéimer, la demencia mas prevalente en nuestra sociedad, pueden ser prevenidos con la eliminación o control de algunos factores de riesgo. Barnes y Yaffe calcularon que aproximadamente un 10% de casos de alzhéimer eran atribuibles a la depresión. Recientemente, ha aumentado el interés entre los investigadores por la relación entre depresión y demencia, ya que numerosas investigaciones sugieren que la depresión es un factor de riesgo para el futuro desarrollo de demencia. No obstante, la naturaleza de esta relación es compleja.



Uno de los motivos de esta complejidad recae en el hecho de que en las primeras fases o estadios de la demencia pueden aparecer alteraciones afectivas como la depresión, motivo por el cual es difícil cribar si la depresión es un pródromo de la demencia o si realmente es un factor de riesgo para desarrollarla. Por otra parte, una revisión de un estudio sobre la depresión en el alzhéimer llegaba a la conclusión que esta misma aparecía a raíz de los daños anatómicos que son parte del curso neuropatológico de la demencia; es decir, que la depresión es causada por la demencia. Esta hipótesis se evidencia también con el hecho de que la aparición de la depresión se da poco tiempo antes del diagnóstico de demencia.

En cambio, existen numerosos trabajos que indican que sufrir depresión, sobre todo en la vejez, comporta daños neuropatológicos que contribuyen al desarrollo de demencia.

Además, a pesar de existir diversos datos que apuntan en esta dirección, hay otros que sitúan a la depresión como efecto del inicio de la demencia y no precediéndola. Por otra parte, algunos estudios no encuentran asociación entre depresión precoz y riesgo de demencia.

Finalmente, hay investigaciones que encuentran que la depresión tan solo influye en grupos sociales con unas características de sexo, edad y educación muy concretas. A raíz de esta disparidad de hallazgos que menciona la literatura científica, la probabilidad de riesgo de demencia después de sufrir depresión queda difusa, hecho por el cual hoy día no existe evidencia concluyente. En vista de esta situación, se ve fundamentada la necesidad de diseñar nuevos estudios que aclaren esta cuestión.

A este efecto, llevamos a cabo una revisión sistemática con metaanálisis mediante diversas fuentes bibliográficas publicadas hasta la actualidad y extraídas de varias bases de datos científicas, con el objetivo de analizar la evidencia científica sobre la hipótesis de que padecer previamente depresión aumenta el riesgo de desarrollar demencia en el futuro.



**ANTONIO CABA-RUBIO**

Fisioterapeuta

Como profesionales dedicados a la atención de personas con enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias, según nuestra experiencia, supone un reto el ser capaces de proponer actividades que aseguren un nivel suficiente de adhesión y aprovechamiento por parte del paciente que redunden en la consecución de los objetivos planteados. En este sentido, el propio proceso patológico de la EA, que compromete la cognición, la funcionalidad, y la conducta de la persona con demencia, brinda una gran variedad de intervenciones, de tipo social, ambiental y terapéutico. De hecho son varios los trabajos que coinciden en que las terapias no farmacológicas (TNF) pueden ser beneficiosas en este tipo de pacientes, destacando su gran versatilidad, que permite influir sobre áreas complejas como el bienestar psicológico y la calidad de vida.

En nuestra propuesta planteamos un método de trabajo para sesión grupal encuadrable dentro del concepto de estimulación cognitiva enriquecida, diseñado para influir sobre varias áreas y así conseguir beneficios más amplios, abarcando aspectos físicos, cognitivos, y psicomotrices. Sin olvidar que son varios los trabajos que también abordan la influencia de las TNF y el uso de videojuegos sobre la esfera afectiva y relacional, además de subrayar la capacidad de estos para favorecer la adhesión al tratamiento.

Para su diseño nos basamos en la premisa de que la intervención rehabilitadora produce beneficios a través de la modulación de mecanismos neuroplásticos, además al igual que tratamientos específicos para personas con daño cerebral adquirido, adoptamos como marco teórico teorías de aprendizaje motor.



Así mismo, con este método y utilizando como herramienta la consola Xbox 360 con dispositivo Kinect de Microsoft y tres juegos, se realizó un estudio comparativo pre-post durante el cual se sometió a una muestra compuesta por 64 mujeres y 25 hombres, con distintos grados de deterioro cognitivo (65% con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y otras demencias y 35% sin deterioro cognitivo), usuarios de servicios residenciales, centros de día o domiciliarios, a 12 sesiones de entrenamiento, repartidas en cuatro semanas.

El uso del dispositivo Kinect permite la interacción con la actividad sin necesidad de usar mandos, por lo que con su utilización es posible proponer actividades en las que la persona realice tareas orientadas a la consecución de un fin, dentro de un entorno controlado, donde el terapeuta pueda facilitar los movimientos funcionales ayudando al paciente a resolver problemas y de esta forma, permitirle experimentar patrones de movimiento y el éxito en la realización de la tarea, favoreciendo la adquisición de habilidades y estrategias de movimiento abandonadas por el desuso.

Por tanto el objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad del dispositivo Kinect como soporte para el diseño y realización de sesiones de estimulación cognitiva enriquecida, así como la influencia del método desarrollado, sobre las áreas física (equilibrio, marcha y riesgo de caídas), cognitiva (atención, memoria y lenguaje y comunicación), psicomotriz (coordinación, lateralidad, propiocepción, este-rocepción, praxias y gnosias) e interacción social.

El análisis de los resultados mostró que tras la intervención, los participantes mejoraron el control postural y el desempeño de la marcha, disminuyó el riesgo de caída y se observaron mejoras en todas las áreas de intervención, con relaciones estadísticamente significativas entre los resultados pre y postintervención.



**CRISTINA MANSO ARROYO (1) | VANESSA FERNÁNDEZ LÓPEZ (2)**

Neuropsicóloga. Universidad Complutense de Madrid (1)

Doctora en Psicología. Universidad Complutense de Madrid (2)

La Demencia por cuerpos de Lewy (DCL) es un trastorno degenerativo que presenta alteraciones del sistema extrapiramidal y neuropsicológicas similares a la de la Enfermedad de Alzheimer (EA). Es por ello que hasta la década de los noventa, los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy eran erróneamente clasificados como EA, enfermedad de Parkinson o una conjunción de ambas.

No fue hasta comienzos de los años noventa cuando aparecieron los primeros esfuerzos por el establecimiento de unos criterios diagnósticos para la DCL. Hoy en día, los datos epidemiológicos muestran que alrededor de 10-15% de las demencias son DCL. Los criterios diagnósticos más comunes respecto a la DCL, a diferencia de la EA, son alucinaciones visuales recurrentes, fluctuación cognitiva y signos motores parkinsonianos. En cuanto a manifestaciones cognitivas, se destacan déficits atencionales y de concentración, alucinaciones visuales y déficit en la memoria anterógrada. No obstante, a pesar de la existencia de síntomas diferenciadores entre ambas demencias, el déficit de atención es un síntoma que aparentemente está presente en ambas.

Teniendo en cuenta el gran número de artículos respecto a la DCL y que la gran mayoría de éstos resultan ser comparativos entre estas dos demencias, se prosiguió a revisar aquellas publicaciones científicas más relevantes en cuanto a las diferencias atencionales entre ambos trastornos en la base de datos PsycINFO y Medline.



Los resultados obtenidos tras la revisión de dichos artículos fueron satisfactorios. En primer lugar cabe destacar la mayor fluctuación atencional y del nivel de alerta en pacientes con DCL frente a la EA. Por otro lado existe un mayor deterioro en la atención sostenida, selectiva y dividida, en la percepción, en la memoria de trabajo y en habilidades visoespaciales en pacientes con DCL que en la EA. Sin embargo pacientes con EA mostraron un mayor deterioro en memoria episódica. Asimismo, pacientes con DCL presentaron más fallos que en EA en tareas de atención, construcción y nuevamente en habilidades visoespaciales.

En cuanto al procesamiento visual, pacientes con DCL mostraban peor rendimiento en tareas de procesamiento serial y paralelo, frente a EA, con un peor rendimiento únicamente en el procesamiento serial. La inhibición prepulso también resulta útil para la discriminación, ya que dicha inhibición prepulso se encuentra más deteriorada en DCL que en EA, mostrando que los pacientes con DCL tienen una mayor dificultad para ignorar información irrelevante auditiva del ambiente. Por otro lado, en modelo atencional de Posner se pudo observar que en DCL, la red de alerta regula correctamente la red ejecutiva y la red de orientación, mientras que en EA la red de alerta solo regula la red de orientación. Otros estudios indicaron que en la EA destaca un deterioro en el recuerdo de frases, frente a la DCL, los cuales mostraban dificultades principalmente en atención y procesamiento visoespacial.

En último lugar destaca el parpadeo atencional, ya que éste efecto se va más marcado en la DCL que en la EA, lo que se traduce en mayores problemas de atención selectiva y sostenida en sujetos con DCL frente a sujetos con EA.

Sin lugar a dudas, el desarrollo de la neuropsicología y las pruebas de neuroimagen permitirán ampliar la información respecto a las diferencias aquí tratadas.



**FRANCISCO JAVIER GARZÓN MALDONADO**

Neurólogo de la Unidad de Demencias. Servicio de Neurología del Hospital Virgen de la Victoria.  
Málaga

Los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) tienen un deterioro de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Su estudio es interesante en la clínica habitual, para detectar los usuarios con peor CVRS, y en la investigación como medida de resultado centrado en el usuario en ensayos clínicos. Evaluamos de forma longitudinal la evolución de la CVRS en cuidadores de pacientes con EA, durante un periodo de 12 meses en nuestra Unidad de Demencias.

**Métodos**

Seleccionamos 97 cuidadores de pacientes con EA, según criterios NINCDS-ADRDA, en estadio FAST mejor o igual a 6c, excluyendo los casos graves. La selección se realizó mediante muestreo intencional o a conveniencia de los pacientes revisados en la Unidad de Demencias. Se analizaron variables sociodemográficas de ambos, variables clínicas de los pacientes, y variables en relación con el cuidado en la visita basal. La CVRS se midió con el cuestionario SF-36 en la visita basal y transcurridos los 12 meses de seguimiento.

**Resultados**

El cuestionario fue autoadministrado por el cuidador principal, y solo fue administrado por los investigadores en caso que aquel no pudiese realizarlo por sí mismo. Se administró la escala SF-36 a los 12 meses a 86 cuidadores, habiendo 11 pérdidas de seguimiento (11.34%).



La mayoría de cuidadores eran mujeres (81.4%), principalmente hijas. Entre los cuidadores solo uno era analfabeto, mientras que entre los pacientes, lo era en un 17.5%. El 48.5% de usuarios no disponían de ningún tipo de apoyo formal.

Las 8 dimensiones de la escala SF-36 en los cuidadores principales en la visita basal era peor que en la población general ajustada por sexo y edad, en una cuantía aproximada de 10 puntos (diferencia moderada) en las 8 dimensiones.

Además empeoraron de forma significativa a los 12 meses, salvo las dimensiones «Función física» y «Función social», que lo hicieron de forma no significativa. La dimensión que presentó peor puntuación fue «Vitalidad». No hubo diferente evolución de las 8 dimensiones respecto a la totalidad de la muestra considerando subgrupos de cuidadores mujeres o hijos-hijas.

### **Conclusiones**

Aunque hay escasos estudios longitudinales de valoración de CVRS en cuidadores de pacientes con EA en nuestro medio y ninguno de duración de 12 meses, los resultados son bastante concordantes con algunos matices diferenciales.

La CVRS en cuidadores de pacientes con EA empeora a lo largo de la evolución de esta y es peor que la de la población general, para su edad y género. El estudio de la CVRS en la enfermedad de Alzheimer, como enfermedad crónica sin tratamiento curativo, debe ser más tenido en cuenta no solo en la práctica clínica, sino también en la investigación de eficacia y efectividad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en los pacientes con EA.



### ANA PÉREZ ROMERO

Médico, Graduado en Medicina por la Universidad de Sevilla

En la actualidad, el número de personas ancianas está creciendo de forma muy rápida, por lo que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias están ocupando un lugar importante. Este aumento del número de ancianos y de su patología tiene importantes implicaciones para la prestación de la asistencia sanitaria en general, y para el cuidado de la demencia, en particular. Las demencias no solo constituyen un problema a nivel cognitivo, sino que también aparecen síntomas psicológicos y conductuales (SPCD), definidos por la Update Consensus Conference (1999) como «síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que ocurren con frecuencia en pacientes con demencia», siendo muy importante realizar una correcta valoración de estos síntomas con una exploración neuropsiquiátrica completa y sistemática, que se realiza mediante escalas tales como BEHAVE-AD o NPI (Neuropsychiatric Inventory).

Dentro de los síntomas psicológicos están los delirios, alucinaciones, las identificaciones erróneas, la depresión, la apatía y la ansiedad. Entre los síntomas conductuales destacan el vagabundeo, la agitación/agresión, la resistencia a los cuidados, los comportamientos sexuales inapropiados y las reacciones catastróficas (enfado, agresividad verbal y física). Estos síntomas son importantes debido a que sin tratamiento tienen unas consecuencias nefastas para el paciente, los cuidadores y la sociedad. Conllevan una institucionalización precoz, mayor coste financiero, disminución de la calidad de vida (cuidador y paciente), estrés, y exceso de discapacidad. Es decir, los pacientes con SPCD tendrían un nivel más alto de discapacidad, y una vez que los síntomas mejoran o se eliminan, el nivel funcional mejora, mejorando la calidad de vida.



Se realizó una revisión bibliográfica en la que se destacó dicha relevancia de los SPCD en el alzhéimer, viendo que en todos los estudios revisados había una elevada presencia de los mismos, destacando la apatía como síntoma más prevalente. Destaca, por tanto, la gran importancia de los SPCD en la demencia, en concreto en el alzhéimer, ya que afecta a la inmensa mayoría de los pacientes que presentan esta enfermedad en algún punto evolutivo de la misma; produce además un deterioro de la calidad de vida, y sufrimiento del paciente. Es importante su diagnóstico y manejo precoz para evitar efectos adversos, poner un tratamiento adecuado a tiempo, y poder planificar una adecuada atención.

Por otro lado, es muy importante que estos SPCD se reconozcan como parte de la demencia, pero resulta llamativo que durante muchos años los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales los hayan obviado a pesar de que es una sintomatología muy prevalente en dichos pacientes, afectando a la gran mayoría, y produciendo una alta discapacidad y fragilidad. Simplemente en la clasificación DSM-V se incluyó «con alteraciones de conducta» como especificador para identificar a los pacientes que requieren un manejo específico. Por tanto, debido a la relevancia de estos síntomas, sería importante que estuvieran recogidos como un criterio diagnóstico del alzhéimer, por ejemplo en la clasificación DSM.



HAO NIU

Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra. Pamplona

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad neurodegenerativa, con una etiología desconocida, que se caracteriza por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva (1). Además, representa el tipo más común de demencia. Según un estudio, la enfermedad de Alzheimer es una de las enfermedades que ha tenido un crecimiento más rápido entre las causas de pérdida de vida en las últimas décadas (2).

En el año 2006, un estudio estimó que el número de enfermos de alzhéimer en el mundo fue casi 27 millones, y las previsiones apuntan que en el año 2050 este número podría alcanzar los 107 millones, de los cuales casi 17 millones serían europeos. (3)

Para conocer la epidemiología de la enfermedad de Alzheimer se decidió realizar un metaanálisis que estimase la prevalencia e incidencia de esta enfermedad en Europa. Este pionero estudio permitió obtener resultados con un alto nivel de evidencia científica.

Se buscaron artículos originales publicados entre los años 1995 y 2015 en varias bases de datos. De los 615 artículos que coincidieron con nuestros términos de búsqueda, se incluyeron 9 artículos que cumplieron con nuestros criterios: ser estudios originales, con una población europea, con participantes mayores de 50 años de ambos sexos, que mostrasen datos originales de prevalencia y/o incidencia, y que describiesen el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Revisando las referencias, se incluyeron otros 9 artículos, incluyendo finalmente en el metaanálisis 18 artículos.



Los resultados obtenidos indican que la prevalencia de enfermedad de Alzheimer en Europa fue 5,05%, más alta que la estimada por otro estudio colaborativo previo, que estimó una prevalencia de 4,4% (4). Se encontró que la prevalencia en los países del Sur de Europa fue mayor que en los países del Norte.

Otro de los hallazgos fue que la prevalencia en los hombres fue más baja que en las mujeres (3,31% frente a 7,13%, respectivamente). Además, como era de esperar, la prevalencia aumentaba con la edad.

Por otro lado, la incidencia de la enfermedad de Alzheimer fue 11,08 por 1000 personas-año, inferior a la encontrada en estudios previos (5). Al contrario de la prevalencia, la incidencia en los países del sur de Europa fue menor, 8,97 por 1000 personas-año, que en el norte de Europa, 15,94 por 1000 personas-año. Al igual que la prevalencia, la incidencia fue mayor en las mujeres que en los hombres (13,25 frente a 7,02 por 1000 personas-año), encontrando también que la incidencia crecía en los grupos más ancianos.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer ha aumentado, mientras que la incidencia mostró un descenso.

Estos resultados ayudan a la comprensión de la epidemiología de la enfermedad, proporcionando información a los agentes sociales responsables de elaborar políticas sanitarias que reduzcan el impacto de la enfermedad en los ancianos.



**NATHALIA RODRÍGUEZ SUÁREZ**

Psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un padecimiento que afecta a una parte importante de nuestros adultos mayores. Aunque la ciencia y la tecnología han avanzado a pasos agigantados, esta enfermedad sigue planteando desafíos, dentro ellos está su detección precoz. La evaluación neuropsicológica ha demostrado ser una herramienta valiosa que permite conocer el proceso patológico en etapas cada vez más tempranas.

Dentro de los test que se usan como herramientas para su evaluación y diagnóstico se encuentran las pruebas de memoria con codificación controlada (en inglés *Free and Cued Selective Reminding Test, FCSRT*). Este tipo de tareas han demostrado una alta sensibilidad en la detección temprana de esta enfermedad, en particular, por la susceptibilidad ante la aparición de falsas memorias, que constituyen palabras no dadas en una lista inicial y que el paciente produce como si estas hicieran parte de la lista presentada; son las intrusiones.

Este tipo de falsas memorias, según sus características, sugieren cambios que no solo ayudan a identificar la posible presencia de deterioro en la memoria verbal explícita, como sucede en etapas iniciales de la EA de curso típico, sino también, por medio de un análisis cualitativo de estas falsas memorias, puede servir como soporte en el proceso de diagnóstico diferencial entre EA y procesos neurodegenerativos con alteraciones prefrontales, como la Demencia Frontotemporal, y también como herramienta para reconocer diferentes momentos en cuanto su progresión de la EA.



El estudio realizado analizó la adaptación de la prueba de aprendizaje verbal controlado de Grober y Buschke, de 20 sujetos con un total de 61 registros, y en ellos 1216 intrusiones analizadas.

Los resultados del estudio describen un cambio no solo cuantitativo sino cualitativo en este tipo de falsas memorias a medida que avanza la enfermedad, lo que sugiere alteraciones en otros dominios cognoscitivos. Sumado a ello la prueba demostró un valor adicional pues, si bien la característica de las tareas de aprendizaje verbal controlado están formadas por palabras aparejadas con claves semánticas que son mutuamente excluyentes, la cercanía conceptual entre algunas de estas claves externas a la lista inicial parece aumentar la sensibilidad de la prueba de memoria en tanto potencia la aparición de intrusiones en estadios leves de la enfermedad.



### RUYMÁN BRITO BRITO

Enfermero

Se ha documentado que las personas con demencia no reciben los cuidados óptimos en su etapa final de la vida careciendo de opciones como los cuidados paliativos que sí se ofrecen de manera habitual a personas que mueren de cáncer. Un mejor modelo de atención en cuidados paliativos conlleva la consideración de éstos desde el inicio de la enfermedad, no únicamente en las etapas finales, creciendo en importancia su aplicación a medida que avanza el proceso.

Este resumen de evidencia del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (*Best Practice Information Sheet*) reúne la mejor evidencia disponible sobre eficacia y conveniencia de un enfoque paliativo en la atención a personas con demencia avanzada.

La revisión sistemática se realizó desde un enfoque del acercamiento paliativo para personas con demencia avanzada. Se incluyeron: 1 ensayo controlado aleatorio, 31 estudios cuantitativos observacionales y descriptivos, 11 estudios cualitativos y 57 artículos de texto-opinión.

Como resultados principales destacaron:

- ◆ Los estudios recomiendan el uso de órdenes del tipo “no RCP” para evitar intervenciones no deseadas por el paciente y su familia. El uso de tubos de alimentación o de antibióticos intravenosos no mostraron beneficios. Por el contrario, sí resultaron positivas las intervenciones diseñadas para aliviar los síntomas agobiantes (dolor, agitación) en la demencia avanzada.



- ◆ La toma de decisiones en el contexto de los cuidados paliativos para pacientes con demencia resulta compleja, ya que los responsables familiares legales de dichas elecciones encuentran problemas éticos relacionados con el respeto de deseos o la retirada de tratamientos.
- ◆ Las familias desean una buena muerte para su ser querido considerando la calidad de vida, el buen manejo de síntomas y el mantenimiento de la dignidad.
- ◆ El personal sanitario implicado en los cuidados debe considerar los conflictos familiares que puedan existir así como los aspectos sociales, culturales y religiosos de las familias, además de mejorar la falta de conocimiento sobre el proceso al final de la vida.

Los cuidados al final de la vida no son exclusivos del contexto de pacientes oncológicos. En cualquier otra situación clínica relacionada con enfermedad susceptible de provocar un declive funcional y que finalice, en mayor o menor tiempo, con la muerte estarían indicados los cuidados paliativos. La presencia de los mismos sería creciente a medida que se acercasen los estadios finales. De este modo, la anticipación a circunstancias no resueltas con el binomio paciente y familia pueden trabajarse en momentos quizás menos estresantes para ambos.



ELVIRA DÍAZ | LAURA E. GÓMEZ | M<sup>a</sup> ÁNGELES ALCEDO

Universidad de Oviedo

La tasa media de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) en personas con síndrome de Down (SD) se sitúa alrededor del 15%, pero aumenta con la edad y varía considerablemente según los instrumentos y criterios empleados. De hecho, con la incrementada esperanza de vida de las personas con SD, la prevalencia de la EA se ha más que duplicado en las últimas tres décadas. Aunque existe cierto consenso sobre la aparición temprana de los primeros síntomas neuropatológicos –en torno a la edad de 30 años–, el diagnóstico resulta harto difícil pues, a pesar de existen numerosos instrumentos de evaluación, la mayoría no son lo suficientemente específicos para personas con discapacidad intelectual ni con SD. Una situación similar ocurre con respecto a los tratamientos e intervenciones disponibles.

Dada esta situación, el presente artículo tiene como objetivo la identificación de: (1) posibles factores de riesgo, (2) métodos de evaluación y (3) formas de intervención existentes para la EA en las personas con SD. Para ello, realizamos una revisión sistemática de la bibliografía, mediante una búsqueda en las bases de datos de Medline (Pubmed), Scopus, Psycinfo y Dialnet. Se aplicó un filtro para artículos y libros de interés, publicados en inglés y en español, comprendidos entre los años 2005-2015, utilizándose los descriptores: síndrome de Down, Alzheimer, demencia, evaluación y tratamiento ('Down syndrome', 'Alzheimer's disease', 'dementia', 'assessment' y 'treatment', en inglés). De un total de 2.830 artículos encontrados, 135 fueron seleccionados para un análisis en mayor profundidad debido a su relación e interés con la temática tratada.



La revisión sistemática permitió identificar, en primer lugar, diversos factores de riesgo (genéticos, ambientales, cognitivos), si bien conviene notar que no necesariamente todas las personas con mencionados factores tienen por qué desarrollar la enfermedad y que personas sin tales factores pueden desarrollarla. De hecho, la edad avanzada es el único factor que se relaciona de forma concluyente con un aumento en el riesgo de padecer EA.

En segundo lugar, se encontraron diversos instrumentos de evaluación, en general, poco adecuados o con debilidades psicométricas. Llama la atención la falta de criterios específicos y apropiados para personas con discapacidad intelectual o Síndrome de Down, tanto en los sistemas diagnósticos y de clasificación como en el proceso de evaluación de los profesionales. Finalmente, los tratamientos específicos existentes son escasos y, casi de forma exclusiva, farmacológicos.

Por todo ello, en el manuscrito discutimos acerca de la importancia de llevar a cabo estudios sistemáticos sobre los factores de riesgo que pueden jugar un papel esencial en la prevención (primaria, secundaria y terciaria) de la EA en personas con SD. Igualmente, se constata la necesidad de un protocolo de evaluación específico y adaptado, con suficientes evidencias de fiabilidad y validez, para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia tipo Alzheimer en personas con SD que, a su vez, permitiría implementar tratamientos más específicos y efectivos que los escasos de los que disponemos en la actualidad.



ANA M. GIMÉNEZ GUALDO | MOHAMED CHAMSEDDINE HABIB ALLAH

Educadores Sociales en la Universidad de Murcia

La última década ha estado marcada por importantes avances en la investigación de la Enfermedad de Alzheimer (EA) y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos asociados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Las terapias no farmacológicas entre las que se encuentran las intervenciones psicoeducativas y programas de estimulación cognitiva muestran mejoras en la plasticidad cognitiva (Zamarrón, Tárraga y Fernández-Ballesteros, 2008) y otras áreas como la memoria, la afectividad o la conducta (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015). El trabajo que aquí se presenta parte de una iniciativa de intervención socioeducativa en el contexto del Practicum de Educación Social, dirigido a ancianos en distintas fases de EA a través de un programa específico de estimulación cognitiva, y un programa alternativo de dinamización para el resto de usuarios del centro sin EA. Ambos programas se contextualizan en el Servicio de Estancias Diurnas (SED) de Cehegín (Murcia). Previo al diseño de ambos programas con sus sesiones de intervención y actividades, se realizó un análisis de necesidades sobre el colectivo de ancianos y el interés del director de la institución. La metodología de trabajo fue del todo activa, participativa y muy flexible para adecuarnos a las características y particularidades de todos los ancianos, en especial, de aquellos con EA.

El programa de estimulación cognitiva consta de tres módulos principales: *Módulo/Taller de la memoria* con la intención de trabajar la memoria a corto, medio y largo plazo a través de actividades de diversa índole (memoria auditiva, visual, etc.); *Módulo/Taller de atención y percepción* que complementa al anterior donde se incluyen visionado de vídeos y películas de época;



y *Módulo/Taller del Recuerdo*, con actividades varias entre las que destacan las **Historias de Vida**, que se realizaron con un anciano con EA y otro sin EA para poder establecer comparaciones en cuestiones de memoria biográfica a corto, medio y largo plazo. Esta actividad se realizó en una sesión semanal a través de una entrevista semiestructurada realizada por los investigadores. Con ayuda de las familias se recopilaban fotografías del anciano que junto a su testimonio en primera persona logró generar un libro sobre su vida que fue entregado al final al anciano.

El programa de dinamización para el resto de usuarios del SED se componía de otros tres módulos: *Módulo/Taller del recuerdo*, con una sesión semanal de lectura y reflexión grupal a partir de un libro de la historia de Cehegín y sus gentes. Esto generaba largos debates con numerosas historias que los mismos ancianos completaban con sus experiencias vividas. El *Módulo/Taller de Musicoterapia* y el *Módulo/Taller de Dinamización Social* con actividades como: salidas y excursiones, encuentros intergeneracionales, manualidades temáticas, gymkhanas, role-playing, etc.

Esta experiencia supuso un primer impulso en el primer año de funcionamiento del SED que permitió abrir líneas de actuación para los profesionales del centro, y que da cuenta de la necesidad de materializar la educación social en estos contextos de trabajo específicos.

## Referencias

Sánchez, D., Bravo, J., Miranda, J. y Olazarán, J. (2015). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 11(72), 4316-4322. DOI: 10.1016/j.med.2015.01.003

Zamarrón, M. D., Tárraga, L. y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.



**JHENNIFER RODRÍGUEZ (1) | HERNÁN MARTÍNEZ (1) | BEATRIZ VALLES (2)**

Universidad de Los Andes. Venezuela (1)

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela (2)

Basándonos en el hecho de que la demencia tipo Alzheimer no sólo se manifiesta desde el punto de vista clínico, sino que trae como consecuencia fallas comunicativas y discursivas, el de esta investigación es analizar el uso y los tipos de pausas que aparecen en el discurso de dos personas que padecen ese tipo de demencia. Los datos que constituyen el corpus de análisis corresponden a muestras de habla realizadas por el Laboratorio de Neurociencias de la Universidad del Zulia (LUZ).

Para el análisis se escogieron aquellos enunciados que contuvieran pausas, tanto silenciosas como sonoras, enfocándonos primordialmente en el parámetro acústico de la duración. Se evidencia que la pausa en el discurso del paciente con demencia tipo Alzheimer es un revelador de déficits de carácter lingüístico y cognitivo. Notamos en los dos discursos analizados el empleo de una considerable cantidad de pausas y períodos más largos de tiempo en la duración de las mismas en comparación con las producidas por un sujeto normal.

Nuestros resultados pueden llegar a ser considerados indicios de que las pausas son fenómenos prosódicos diferenciadores de los discursos de sujetos normales y de aquellos portadores de la demencia, así como posibles parámetros para definir el déficit lingüístico y cognitivo en la enfermedad de Alzheimer.



## Conclusiones

Un primer acercamiento al estudio de las pausas en el discurso de sujetos con demencia tipo Alzheimer evidencia que estos individuos experimentan un mayor esfuerzo cognitivo a la hora de planificar su producción lingüística. El uso y la duración de las pausas encontradas en los discursos de los informantes sugieren, como lo han señalado otros investigadores (*Tapir-Ladino, 2003; Barkat y Gayraud, 2009; Gayraud, Lee y Barkat, 2011*), que tienen dificultades para acceder al léxico almacenado en sus memorias, dificultad para encontrar las palabras que le permitirían expresarse durante la comunicación.



**NILTON CUSTODIO**

Instituto Peruano de Neurociencias

En el adulto mayor, tanto la epilepsia como enfermedad de Alzheimer (EA) son condiciones frecuentes que se pueden presentar en forma independiente; sin embargo coexisten en el 50 % de casos. En estudios de seguimiento longitudinal de pacientes con EA, el 2% de pacientes desarrolló crisis epilépticas después de 5 años de seguimiento. El gran problema para el profesional de la salud es reconocer la presentación clínica de las crisis epilépticas en un paciente con EA; pues las crisis epilépticas generalizadas del tipo tónico clónicas, que son de fácil reconocimiento, no son las más frecuentes. Por el contrario, las más frecuentes son las del tipo parcial y dentro de ellas, las parciales complejas; peor aún debido al comportamiento errático de pacientes con EA, las crisis parciales complejas (fenómenos de mira fija, o mirada al vacío, automatismo, marchas sin motivo, balbuceos, entre otros) suelen confundirse con síncope (pérdida breve de conciencia con pérdida del tono postural, generalmente por cambios de la presión arterial, o por deshidratación motivada por escasa ingesta de líquidos), episodios de amnesia global transitoria, ataques isquémicos transitorios, trastornos del sueño, episodios de ansiedad, trastornos metabólicos o tóxicos-infecciosos. No obstante, otros estudios reportan que las crisis epilépticas más frecuentes son las crisis parciales con generalización secundaria, también se han descrito crisis parciales simples y mioclónicas; es por ello que el electroencefalograma podría ser una herramienta útil que apoye el diagnóstico. En ese sentido, el foco epileptógeno reportado con mayor frecuencia en los electroencefalogramas es de origen unilateral y a nivel temporal, seguido de la región fronto-temporal.



La importancia de reconocer e iniciar tratamiento temprano en pacientes con EA y epilepsia, radica en que estos pacientes tienen mayor deterioro cognitivo y peor calidad de vida si las crisis epilépticas no son tratadas de forma oportuna y adecuada. Así, en pacientes con EA y crisis epilépticas uno de los factores que se debe tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento antiepiléptico es valorar la posibilidad de recurrencia de crisis epilépticas; y los factores de riesgo que predicen la recurrencia son la edad de inicio temprana, la severidad de la enfermedad y la actividad epileptiforme focal hallada en el electroencefalograma; también es importante tener en cuenta que las crisis epilépticas en EA, no diagnosticadas y por ende no tratadas generaría fluctuaciones cognitivas diarias; de allí se deduce que el tratamiento oportuno y adecuado con drogas antiepilépticas mejoraría el perfil cognitivo de estos pacientes y su calidad de vida. La selección de la droga antiepiléptica requiere una elección cuidadosa; evaluando efectos adversos, interacciones farmacológicas, complicaciones y costos. L

os antiepilépticos de primera generación, como fenitoína, fenobarbital, carbamazepina y ácido valproico podrían empeorar los problemas cognitivos, del humor y el comportamiento en algunos pacientes. Se ha demostrado que levetiracetam y lamotrigina tienen mejor eficacia y tolerabilidad. Además levetiracetam podría mejorar el perfil cognitivo en los dominios de atención y fluencia verbal, menor incidencia de depresión y menor interacción farmacológica.



ANA CANGA | NURIA ESANDI

Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra

En el adulto mayor, tanto la epilepsia como enfermedad de Alzheimer (EA) son condiciones frecuentes que se pueden presentar en forma independiente; sin embargo coexisten en el 50 % de casos. En estudios de seguimiento longitudinal de pacientes con EA, el 2% de pacientes desarrolló crisis epilépticas después de 5 años de seguimiento. El gran problema para el profesional de la salud es reconocer la presentación clínica de las crisis epilépticas en un paciente con EA; pues las crisis epilépticas generalizadas del tipo tónico clónicas, que son de fácil reconocimiento, no son las más frecuentes. Por el contrario, las más frecuentes son las del tipo parcial y dentro de ellas, las parciales complejas; peor aún debido al comportamiento errático de pacientes con EA, las crisis parciales complejas (fenómenos de mira fija, o mirada al vacío, automatismo, marchas sin motivo, balbuceos, entre otros) suelen confundirse con síncope (pérdida breve de conciencia con pérdida del tono postural, generalmente por cambios de la presión arterial, o por deshidratación motivada por escasa ingesta de líquidos), episodios de amnesia global transitoria, ataques isquémicos transitorios, trastornos del sueño, episodios de ansiedad, trastornos metabólicos o tóxicos-infecciosos. No obstante, otros estudios reportan que las crisis epilépticas más frecuentes son las crisis parciales con generalización secundaria, también se han descrito crisis parciales simples y mioclónicas; es por ello que el electroencefalograma podría ser una herramienta útil que apoye el diagnóstico. En ese sentido, el foco epileptógeno reportado con mayor frecuencia en los electroencefalogramas es de origen unilateral y a nivel temporal, seguido de la región fronto-temporal.



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

