

Guía de manejo de las demencias en Atención Primaria

Coordinadores:
M. Carmen Martínez Altarriba
Pablo Gregorio Baz Rodríguez

Guía de manejo de las demencias en Atención Primaria

Coordinadores:

M. Carmen Martínez Altarriba*
Pablo Gregorio Baz Rodríguez**

**Médico de Familia.*

*Secretaria comité coordinador SEMERGEN Solidaria.
Miembro del grupo de Neurología de SEMERGEN*

***Médico Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria. EAP Ciudad Rodrigo. Salamanca.
Grupo Nacional Neurología SEMERGEN.*

Para cumplimentar el cuestionario asociado a esta Guía, y poder obtener los créditos del proyecto, debe obligatoriamente acceder a la siguiente página web:

www.campuspierrefabre.com

Entrar en la Guía correspondiente, contestar y validar el cuestionario.

Se considerará que se ha superado el cuestionario si el número de respuestas acertadas es igual o superior al 80%; si lo supera, accederá al diploma acreditativo.



Idea original, Diseño y Edición:

YOU & US, S.A. 2021

Ronda de Valdecarrizo, 41 A, 2.ª planta

Tel.: 91 804 63 33 - www.youandussa.com

Tres Cantos. 28760 Madrid

Diseño de portada y diagramación:

Equipo de Diseño YOU & US, S.A.

ISBN: 978-84-123977-8-9

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos propios de los autores incluidos en la publicación. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de PIERRE FABRE IBÉRICA, S.A, ni los de ninguna de sus afiliadas, por lo que PIERRE FABRE IBÉRICA, S.A. no asume ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha publicación.

Índice

Prólogo	V
Introducción	VII
Capítulo 1	
Epidemiología. Clasificación de las demencias más frecuentes, evolución clínica de las demencias	1
Enrique Arrieta Antón ¹ y Raquel Ramírez Parrondo ²	
¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Segovia Rural. Segovia.	
² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Psicoterapeuta. Medicina Psicosomática. Clínica Universidad de Navarra, sede en Madrid.	
Capítulo 2	
Marcadores diagnósticos. Pruebas de imagen y bioquímicas.	
Test neuropsicológicos	15
Juan José Gomáriz García	
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lorca Sur. Murcia.	
Capítulo 3	
Diagnóstico diferencial de las demencias	25
Francisca Expósito Orta	
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina Interna. PDI Cátedra de Anatomía Humana. Neuroanatomía. Grado de Medicina. UCAM. Murcia.	
Capítulo 4	
Rehabilitación: tratamiento no farmacológico	31
María Rosa Gutiérrez Grau	
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Musicoterapeuta. ACUT Mataró-Maresme. Centro de Asistencia Primaria. Arenys de Mar. Barcelona.	

Capítulo 5	
Tratamiento farmacológico de las demencias y síntomas conductuales	47
Pablo Gregorio Baz Rodríguez	
<i>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Ciudad Rodrigo. Salamanca. Grupo Nacional Neurología SEMERGEN.</i>	
Capítulo 6	
Centros de día y unidades de demencia. Bioética. Asesoramiento genético.	
Abordaje de la familia y del cuidador	59
María Teresa Alcalde Ibáñez ¹ y María Isabel González González ²	
¹ <i>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Arucas. Las Palmas. Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.</i>	
² <i>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CP de Breña Baja. Santa Cruz de Tenerife. Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.</i>	
Capítulo 7	
Derechos humanos y personas mayores	77
M. Carmen Martínez Altarriba	
<i>Médico de Familia. Secretaria del comité coordinador SEMERGEN Solidaria. Miembro del grupo de Neurología de SEMERGEN.</i>	
Capítulo 8	
Covid y demencia	109
Lucía Hinojosa Díaz ¹ , Natalia Gallego Artiles ² y Irene Almería Díez ³	
¹ <i>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Río Hortega (Valladolid) Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.</i>	
² <i>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Medina del Campo. (Valladolid) Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.</i>	
³ <i>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Periférico de Breña Baja, La Palma. Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.</i>	
Cuestionario	114

Prólogo

SEMERGEN solidaria es el área de solidaridad de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

SEMERGEN solidaria está formada por médicos voluntarios que pertenecen a SEMERGEN y que quieren realizar un voluntariado de ayuda a la población más vulnerable.

SEMERGEN solidaria desarrolla múltiples proyectos a nivel nacional e internacional de ayuda a la población más vulnerable.

Dentro de estos proyectos uno muy importante es el de ayuda y soporte a las personas mayores en la lucha contra el maltrato.

La violación de los derechos humanos y el maltrato en las personas mayores (el maltrato es una violación de los derechos fundamentales de la persona) es un tema muy grave y muy desconocido porque no se denuncia, y hay una importante carencia de recursos para combatirlo.

Dentro del maltrato a las personas mayores, aún es mayor y más grave el que sufren las personas con demencia. Por ello, el grupo de Neurología de SEMERGEN, en colaboración con SEMERGEN solidaria, hemos querido realizar esta guía de demencias, con el fin de dar formación, sensibilización y humanidad a los profesionales en la ayuda, el trato y la asistencia a las personas mayores con demencia.

Los honorarios de los autores son donados enteramente a proyectos de ayuda a las personas mayores con discapacidades físicas y mentales, y también especialmente para ayudar a todas aquellas personas con un deterioro cognitivo.

Dra. M. Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia.

Secretaria del comité coordinador SEMERGEN Solidaria.

Miembro del grupo de Neurología de SEMERGEN

Introducción

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, que representa un declinar respecto a un nivel previo y que es lo bastante grave como para afectar al funcionamiento personal y social.

Dado el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población en los países occidentales, la demencia representa un enorme reto para los sistemas de salud públicos de esas sociedades.

El impacto de la demencia se produce directamente sobre el paciente, pero también tiene una gran repercusión sobre el entorno social, al que afecta en aspectos relevantes, en lo afectivo, emocional, de organización, de cambio de roles, así como en los aspectos económicos. En este sentido, la demencia es un problema de todas y todos, y debe ser abordada como una verdadera enfermedad de la familia y, en suma, como una enfermedad de la sociedad.

La atención a las personas con demencia y a sus familiares exige un abordaje multidisciplinar, en el que cada profesional debe aportar los aspectos específicos propios de su disciplina

El estudio e investigación en los diversos aspectos que conforman el síndrome clínico de la demencia, así como sus múltiples afectaciones y efectos, están siendo objeto de importantes estudios de investigación en todo el mundo, por lo que es necesario estar atentos a potenciales avances en la clínica, genética, técnicas de diagnóstico, así como nuevos fármacos u otras intervenciones no farmacológicas.

Atención Primaria ha ido incluyendo en su oferta asistencial una serie de servicios dirigidos a las personas mayores y enfermos dependientes, de forma que las actuaciones en este colectivo, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, constituyen sin duda uno de los aspectos más relevantes de la práctica clínica. En los últimos años se han incorporado en la oferta asistencial la atención al cuidador familiar y la educación sanitaria a grupos de cuidadores que han contribuido a mejorar la calidad asistencial de las personas dependientes y sus cuidadores. Incluir la atención a las personas con demencia en la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sistematizar y estructurar, en su momento, los cuidados a los enfermos terminales contribuye a completar la oferta de servicios en la atención a la dependencia.

La demencia es en la mayoría de los casos una enfermedad progresiva, y su tratamiento debe evolucionar con el tiempo. En cada etapa, el personal sanitario debe estar pendiente de los síntomas

que son probables que aparezcan y debe ayudar al paciente y la familia a prever futuras complicaciones y los cuidados que puedan ser necesarios.

Es probable que sea difícil encontrar una enfermedad tan grave, con tanto impacto sobre la calidad de vida de quien la sufre y de quienes le cuidan, como la demencia. La afectación de distintas áreas del individuo (intelectual, conductual y funcional) y sus importantes repercusiones socioeconómicas explican, solo en parte, la compleja experiencia vital que supone convivir con este problema. La causa más frecuente de demencia en el momento actual es la enfermedad de Alzheimer, de etiología probablemente multifactorial (genética, ambiental, tóxica, etc.) y para la que no se dispone de un tratamiento curativo efectivo. Las devastadoras consecuencias para el enfermo que la padece, que ve afectado su funcionamiento intelectual, alterado su comportamiento normal y que precisará, progresivamente, de ayudas para las actividades de la vida diaria se extienden a su familia, que también sufre con el enfermo las secuelas de la demencia y que será absolutamente fundamental para dispensar la mayoría de los cuidados que el enfermo precisará a lo largo de su evolución. Las consecuencias socioeconómicas de este problema sociosanitario tienen una importante magnitud y han sido convenientemente estudiadas. Por estos motivos, la comunidad en la que vive el enfermo no será ajena al problema y también deberá hacerle frente.

El principal factor de riesgo para padecer cualquier tipo de demencia, y también la enfermedad de Alzheimer, es la edad avanzada. El elevado envejecimiento poblacional de la sociedad española en el momento actual y la tendencia creciente de este fenómeno demográfico nos lleva a pensar que el número de afectados por este síndrome, lejos de disminuir, aumentará considerablemente en los próximos años. En los países occidentales, la prevalencia de demencia para los mayores de 65 años es del 5-10% y se dobla aproximadamente cada cuatro años hasta llegar más o menos a un 30% en la década de los 80 años.

En un metaanálisis de 39 estudios se describe la enfermedad de Alzheimer como la más frecuente de las demencias (56,3%), seguida de la demencia vascular (20,3%).

A pesar de las elevadas cifras de prevalencia e incidencia, solo el 30% de los pacientes con demencia habían sido previamente diagnosticados por los servicios sanitarios. La proporción de demencia no detectada está significativamente asociada a su gravedad (leve: 95%; moderada: 69%; grave: 36%). Estos datos obtenidos en un estudio realizado en nuestro país demostraban que además de esas tasas de infradiagnóstico, los pacientes con demencia, en comparación con las personas mayores no dementes, utilizaban con mayor frecuencia los servicios hospitalarios, la consulta médica y de enfermería a domicilio y la consulta por terceros, y con menos frecuencia los servicios preventivos.

Entre el 65 y el 90% de los enfermos con demencia residen en su domicilio, si bien menos de la mitad, el 47%, fallecen en este. El fallecimiento se produce en muchas ocasiones en residencias o en hospitales durante ingresos motivados por el empeoramiento de su situación general o por

alguno de los problemas médicos que frecuentemente se presentan en esta fase de la enfermedad (confusión mental, incontinencia urinaria, estreñimiento, dolor, problemas nutricionales, infecciones.). El hecho de que los enfermos con demencia residan habitualmente en sus domicilios, pero que más del 50% de ellos fallezcan fuera de él, indica la existencia de un flujo importante de pacientes que en fases evolucionadas son trasladados desde su domicilio al medio institucionalizado. Esta situación debe hacernos reflexionar y evaluar la calidad de la atención que los enfermos con demencia reciben en su domicilio, en comparación con la que se dispensa a otras patologías en situación terminal, aunque probablemente las peculiaridades que caracterizan a la demencia en fases avanzadas hacen que la identificación con otras enfermedades también atendidas en el medio domiciliario sea por lo menos cuestionable. Los enfermos, cuando permanecen en su domicilio son atendidos por el denominado "cuidador informal", constituido por sus familiares, amigos, vecinos, etc. La mayoría de las actividades son llevadas a cabo por la cuidadora principal. Cuando lo precisa, la unidad enfermo-familia recibe la atención del nivel asistencial más accesible en nuestro país, el Equipo de Atención Primaria (EAP). Es habitual que el enfermo esté incluido en alguno de los programas de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (prevención y detección de problemas en el anciano, atención domiciliaria, etc).

Por todos los motivos anteriormente referidos, la demencia no es un problema de salud aislado, de un enfermo concreto, sino una patología familiar y comunitaria, de ahí que el protagonismo de los equipos de Atención Primaria (médicos de familia, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) en la atención a los enfermos y a sus familiares debería incrementarse, con el objetivo de garantizar una atención de calidad desde el inicio de la sintomatología hasta el final de la evolución de la enfermedad. Ya se ha comentado que la demencia no es exclusivamente un problema médico que afectará al paciente, cuidador y familia, sino que tiene consecuencias socioeconómicas.

Determinadas alteraciones de la evolución médica de los pacientes con demencia pueden precisar de la institucionalización de estos, tanto en centros de agudos como en centros de larga estancia, puesto que en algunos de esos casos los costes de la atención domiciliaria podrían superar a los de la asistencia en la institución. No obstante, la identificación precisa de los factores que provocan la institucionalización, proporciona datos fundamentales para realizar diversas intervenciones clínicas que favorezcan o faciliten la tarea de los cuidadores y las familias en su medio habitual y, por tanto, retrasar o evitar la institucionalización del paciente con demencia.

Hasta fases avanzadas de la enfermedad, el tratamiento está fundamentado en la atención en la comunidad y, en consecuencia, el esfuerzo ha de ser centrado en el apoyo al cuidador informal y la provisión de servicios comunitarios. Desde esta perspectiva, el trabajo de los Equipos de Atención Primaria y su coordinación con otros niveles asistenciales (sanitarios y sociales) será fundamental para garantizar la adecuada atención de los pacientes con demencia y sus familiares.

En consecuencia, en el acercamiento a la asistencia de las personas con demencia se deben tener como punto de partida para la organización asistencial, entre otras, las siguientes premisas:

1. Se trata de un síndrome complejo, de etiología desconocida, que afecta a distintas áreas del individuo y que provocará diferentes complicaciones en el enfermo que lo padece a lo largo de su evolución. Hay que destacar que entre las complicaciones más relevantes se sitúan las alteraciones de conducta, que además son las que con más frecuencia provocan la quiebra de cuidados por parte de los familiares o personas cercanas a la persona que lo padece.
2. Alteraciones multidimensionales en la persona implicada y afectación paralela de la persona encargada de dispensar la mayoría de cuidados que el paciente precisará a lo largo de la enfermedad (síndrome del cuidador).
3. Escasa implicación de los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales, por lo que la patología permanece en muchas ocasiones diagnosticada y consecuentemente infratratada, con las lógicas repercusiones de una deficiente calidad en la atención.
4. Necesidad de potenciar y promover la atención comunitaria, prestando atención tanto a las necesidades de la persona con demencia como a la carga de los cuidadores informales que, por tanto, deberán recibir formación en habilidades de cuidado y recursos de respiro.
5. Elevados costes derivados de la atención a esta patología, fundamentalmente derivados de los costes indirectos asociados a la enfermedad; en la mayoría de las ocasiones sufragados por los familiares de los enfermos.
6. Escasez de recursos específicos de atención sociosanitaria y de centros dedicados a la investigación y a la formación de profesionales y familiares implicados en la atención de estos enfermos. Será difícil, si no imposible, dar respuesta a todos los interrogantes que surgen a lo largo de la evolución de esta complejísima patología. Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que las demandas de los familiares de los enfermos y las necesidades de estos no siempre serán coincidentes. Finalmente, no se deben olvidar los costes derivados de la atención puesto que se ha demostrado que estos se incrementan a medida que avanza el deterioro cognitivo y funcional del síndrome, por lo que habrá que estudiar aquellos mecanismos de atención más eficientes con el objetivo de garantizar una atención de calidad al enfermo y sus familiares. Con ese objetivo en el horizonte, se insiste en la importancia que juega en el Sistema de Salud el Primer Nivel Asistencial, la Atención Primaria. Las características de la Atención Primaria hacen de este el lugar ideal para responder a gran parte de las demandas que solicitan los enfermos con demencia y sus familiares. Su accesibilidad, su visión integral (biopsicosocial) de la enfermedad, su carácter integrado, continuado y permanente, el trabajo en equipos interdisciplinarios (sanitarios y no sanitarios) de una manera activa, programada, evaluable, y cada vez más, con actividades docentes e investigadoras permitirían que el enfermo con demencia permaneciera en su domicilio la mayor parte del tiempo de la evolución de su enfermedad. Esta actuación deberá ser comple-

mentada por la Atención Social Básica, especialmente en el medio rural, donde únicamente los Centros de Atención Social, Centros de Día gerontológicos y Centros de Salud constituyen el recurso de atención. Sin embargo, la implicación real de la Atención Primaria está lejos aún de lo que se pudiera calificar como óptima. Casi siempre se alude a problemas de presión asistencial, dificultades de coordinación con el Segundo Nivel, limitaciones de su competencia científico-técnica, déficits formativos, etc. Ello se traduce, por ejemplo, en elevadas tasas de infradiagnóstico, fundamentalmente en fases leves de la enfermedad, de modo que los pacientes no pueden acceder a los tratamientos eficaces (farmacológicos o no farmacológicos) existentes en el momento actual; de igual manera se retrasan los mecanismos de adaptación al proceso morboso. Se haría, por tanto, preciso potenciar actividades de formación sobre tratamientos y posibilidades de intervención dirigidos tanto a los profesionales de Atención Primaria (del Sistema de Salud) como a los de Atención Social Básica (del Sistema de Servicios Sociales). Igualmente, se estima de interés poner en marcha un sistema de asesoramiento a estos profesionales, que fomentara su implicación en la atención de esta patología. Ninguna duda de la pertinencia e interés del Servicio de Atención a la Demencia en Atención Primaria, cuyo objetivo sería el de ofrecer una atención de calidad a los pacientes con demencia, en el que nuestro marco de referencia fuera siempre, no la "DEMENCIA-que-sufre-la-persona", sino la "PERSONA-que-sufre-la-demencia-y-sus familiares".

Dra. M. Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia.

Secretaria del comité coordinador SEMERGEN Solidaria.

Miembro del grupo de Neurología de SEMERGEN

Epidemiología. Clasificación de las demencias más frecuentes, evolución clínica de las demencias

Enrique Arrieta Antón¹ y Raquel Ramírez Parrondo²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Segovia Rural. Segovia.

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Psicoterapeuta. Medicina Psicosomática. Clínica Universidad de Navarra, sede en Madrid.

DEFINICIÓN

La demencia es un síndrome clínico adquirido, de causa orgánica y etiología múltiple, con frecuencia irreversible (1), en el que existe alteración de la memoria (primero de sucesos recientes) y de otras funciones intelectuales (sobre todo funciones ejecutivas, la capacidad de llevar a cabo tareas complejas y resolver problemas), respecto de los niveles de funcionamiento laboral y social que el individuo poseía previamente, acompañándose con frecuencia de trastornos psicológicos y de conducta, y que origina desadaptación social y/o incapacidad laboral (2).

La demencia es una enfermedad, por lo general de curso crónica, invalidante en la que el paciente va a necesitar cuidados de forma progresiva y continua, con importantes repercusiones sobre el entorno familiar y social y un gran impacto sobre la calidad de vida de quien la sufre y de quienes le cuidan.

La demencia se asocia al envejecimiento, y este conlleva una disminución en la capacidad cognitiva. Podemos considerar que existe una cierta continuidad entre lo que sería un envejecimiento normal y la demencia. Entre estos dos extremos habría situaciones de déficit de memoria que no son de suficiente intensidad como para provocar deterioro funcional, y por tanto, demencia. Se ha dado diferentes nombres a esta situación, y la más utilizada en la clínica y en la literatura es la de deterioro cognitivo leve (3), que sería un estado de transición entre lo que podríamos considerar normal con la edad y la demencia. El interés del deterioro cognitivo leve procede de las observaciones de que las personas con demencia antes de que esta se estableciera habían pasado por un espacio de tiempo (más o menos largo) en esta situación, y por otra parte, solo algunas de las personas con deterioro cognitivo leve desarrollarán una demencia. Por este motivo es una categoría utilizada en investigación, tanto clínica como farmacológica.

La OMS ha realizado la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión número 11 (CIE-11), cuya publicación tuvo lugar en 2018 y su entrada en vigor está prevista el 1 de enero de 2022. Actualmente está vigente la versión 10 (4), en la que los criterios diagnósticos de demencia son los siguientes:

F00. Demencia en la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una patología degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un periodo de años. El periodo evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Los enfermos con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer.

La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Presencia de un cuadro demencial, como el descrito más arriba.
- b) Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
- c) Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).
- d) Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en las etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en periodos más avanzados).

F01. Demencia vascular

La demencia vascular (antes llamada demencia arteriosclerótica) incluye a la demencia multi-infarto, y se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución. Lo más característico es que haya antecedentes de ictus transitorios, con breves trastornos de conciencia y paresias o pérdidas de visión fugaces. La demencia puede también ser consecutiva a una serie de accidentes vasculares agudos o más rara vez a un único ataque apoplético mayor. Es entonces cuando se manifiesta un cierto deterioro de la memoria y del pensamiento. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada. El cuadro suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado o la demencia puede ir haciéndose presente de una manera más gradual. La demencia es la consecuencia de los infartos del tejido cerebral secundarios a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños y sus efectos son acumulativos.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de demencia. Deterioro cognoscitivo, que suele ser desigual, de tal manera que puede haber una pérdida de memoria, un deterioro intelectual y signos neurológicos focales, mientras que la conciencia de la enfermedad y la capacidad de juicio pueden estar relativamente conservadas. Un comienzo brusco, un deterioro escalonado y la presencia de síntomas y signos neurológicos focales aumenta la probabilidad del diagnóstico de demencia vascular, cuya confirmación vendrá solo, en algunos casos, de la tomografía axial computarizada, o en último extremo, de la neuropatología.

Otras características son: hipertensión arterial, soplos carotídeos, labilidad emocional con distimias depresivas pasajeras, llantos o risas intempestivas, episodios transitorios de obnubilación de conciencia o de *delirium*, a menudo provocados por nuevos infartos. Suele aceptarse que la personalidad se mantiene relativamente bien conservada, pero en algunos casos hay cambios evidentes de la misma, apareciendo apatía o desinhibición o acentuación de rasgos previos, tales como egocentrismo, actitudes paranoides o irritabilidad.

Incluye: Demencia arteriosclerótica.

F02. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

Se clasifican aquí los casos de demencia debidos a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad vascular. Pueden comenzar en cualquier periodo de la vida, aunque raramente en la edad avanzada.

Incluye:

- Demencia en la enfermedad de Pick.
- Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Demencia en la enfermedad de Huntington.
- Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- Demencia en la infección por VIH.
- Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03. Demencia sin especificación

Se recurre a esta categoría cuando se satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de demencia, pero no es posible identificar ninguno de los tipos específicos (F00.0-F02.9). Incluye:

- Psicosis senil o presenil sin especificación.
- Demencia senil o presenil sin especificación.
- Demencia degenerativa primaria sin especificación.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association en su quinta edición, DSM V, publicada en 2013 (5), es una de las herramientas más utilizadas para proporcionar criterios clínicos. El término trastorno neurocognitivo mayor sustituye al de demencia para desvincularla de trastorno mental y destacar que es un proceso orgánico. El término trastorno neurocognitivo menor se utiliza en vez de deterioro cognitivo leve y se diferencia del mayor en que las dificultades cognitivas no influyen en la capacidad de las personas para efectuar sus actividades de la vida diaria.

Los criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor son los siguientes:

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
 - 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
 - 2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Una vez establecido el cumplimiento de los criterios, es preciso especificar la causa.

La CIE 11 también incluye una categoría de Trastorno Neurocognitivo Leve, que corresponde a la categoría citada anteriormente de Deterioro Cognitivo Leve, esa situación intermedia entre el deterioro que cabría esperar debido a la edad, y el deterioro cognitivo extremo e irreversible que ocurre en la demencia. EL Trastorno Neurocognitivo Leve se caracteriza por la percepción subjetiva de una pérdida en el rendimiento cognitivo respecto a los niveles previos, junto con la evidencia objetiva (medido por medio de pruebas) de deterioro en el rendimiento en uno o varios dominios cognitivos en relación con lo esperado para la edad de la persona y el nivel general de funcionamiento intelectual, y que no es lo suficientemente grave como para interferir significativamente con la capacidad de la persona para la realización de las actividades de la vida diaria. Este deterioro cognitivo no puede atribuirse al envejecimiento normal, y si puede atribuirse a una enfermedad subyacente del sistema nervioso, un traumatismo, una infección, un tumor u otro proceso patoló-

gico que afecta áreas específicas del cerebro, o al consumo crónico de sustancias o medicamentos específicos, o la etiología puede ser indeterminada (6).

EPIDEMIOLOGÍA

La demencia es el paradigma de los problemas de salud asociados al envejecimiento, donde el principal factor de riesgo es la edad. Un indicador de la importancia del problema es su prevalencia, que distintos estudios sitúan alrededor de un 5-6% de la población mayor de 65 años. Según el estudio EURODEM II (7); la prevalencia de demencia en población general de la Unión Europea de 65 y más años de edad era de 6,4%; 4,4% enfermedad de Alzheimer (EA) y 1,6% demencia vascular (DV), pero ese porcentaje se duplica cada 10 años, de forma que en los mayores de 85 años cabe esperar entre un 20 y un 25% de demencias (8) (Fig. 1).

Un estudio epidemiológico reciente de base poblacional (9) mostraba tasas crudas de prevalencia de un 9,0% (95% IC: 6,6-11,4) en personas de 75 o más años. (EA: 6,4% y DV: 1,8%). Cuando estas tasas se ajustaban por edad y sexo, la prevalencia global era 7,5% (EA: 5,6% y DV: 1,4%). Para otros subtipos de demencia, la tasa cruda era del 1,0% y la tasa ajustada 0,5% (demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, demencia mixta). La prevalencia ajustada por edad es mayor en mujeres, 8,9%, que en hombres, 6,1%, aumentando con la edad en ambos sexos.

Se estima que el riesgo de desarrollar una demencia después de los 65 años está entre el 17 y 20%. Sus causas pueden ser diversas, entre las más frecuentes están las neurodegenerativas (70% EA) y las de origen vascular (17%), teniendo gran importancia los casos de origen mixto. El resto, 13%, serían demencia por cuerpos de Lewy, demencia asociada a enfermedad de Parkinson, demencia alcohólica o demencia frontotemporal) (10, 11).

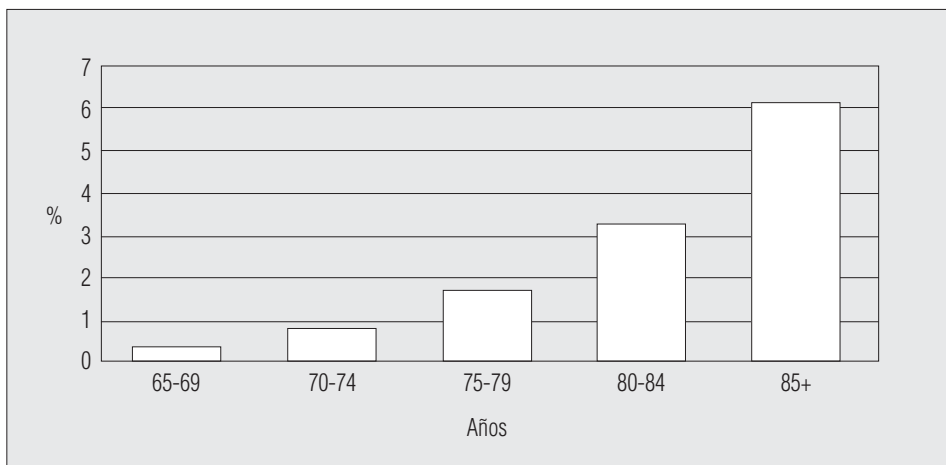


Figura 1. Tasa de incidencia anual por edad de EA.

En cualquier caso, es relevante señalar que, con independencia de los hallazgos específicos relacionados con la fisiopatología de la demencia, todos los casos comparten factores de riesgo relacionados con los años de escolarización, hábitos de vida saludables y factores de riesgo vascular.

Cuando se han estudiado los factores de riesgo de demencia se han encontrado tanto factores genéticos como ambientales. Los estudios sobre el genoma humano realizados en los últimos años han permitido aumentar el conocimiento de la complejidad genética de la EA, donde se encuentran casos de agregación familiar, casos esporádicos y genes o interacciones entre genes responsables de alteraciones en las proteínas que forman las placas seniles y los ovillos neurofibrilares (12). Sin embargo, hoy por hoy no es posible actuar sobre los factores genéticos, pero el conocimiento de los factores de riesgo ambientales ha abierto la puerta a pensar que es posible prevenir la demencia.

Existen factores de riesgo no genéticos, como la profesión, traumatismo craneal, exposición a la anestesia, depresión, personalidad, consumo de alcohol y de tabaco, tratamiento hormonal, antiinflamatorios no esteroideos y consumo de *Ginkgo biloba* (13). Los factores de riesgo modificables relacionados fundamentalmente con las enfermedades vasculares, la dieta y el ejercicio, también se han asociado a riesgo de padecer una demencia (14). Todos ellos se resumen en la tabla I, adaptada de Kivipelto y cols. (2018) (15).

Tabla I. Factores de riesgo y factores de protección en demencia y EA

Factores de riesgo	Factores de protección
<p>Genéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apo-E ε4 • Agregación familiar <p>Vasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones cerebrovasculares • Insuficiencia renal • Enfermedad cardiovascular • Diabetes y prediabetes <p>Influyen más en adultos que en personas ancianas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Obesidad y sobrepeso • Colesterol elevado <p>Estilos de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Ingesta de alcohol <p>Dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grasas saturadas • Homocisteína <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión 	<p>Factores psicosociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo y socioeconómico alto • Complejidad laboral elevada • Relaciones sociales amplias • Actividad mental estimulante • Actividad física • Dieta mediterránea • Grasas poliinsaturadas y de pescado • Vitaminas B6, B12 y ácido fólico • Vitaminas antioxidantes (C y E) • Ingesta de alcohol moderada

(continúa)

Tabla I. Factores de riesgo y factores de protección en demencia y EA (continuación)

Efectos combinados	
Aumentan el riesgo	Disminuyen el riesgo
<p>1. Factores genéticos y ambientales en edades medias de la vida. La Apo-E ε4 magnifica el efecto de la ingesta de alcohol y tabaco, sedentarismo e ingesta elevada de grasas saturadas.</p> <p>2. Factores de riesgo vascular en edades medias de la vida. HTA, obesidad, hipercolesterolemia y sedentarismo tienen un efecto aditivo.</p> <p>3. Factores de riesgo vascular y enfermedades en el anciano. Mayor riesgo en personas con perfil de hipoperfusión cerebral: insuficiencia cardíaca crónica, baja presión de pulso y baja presión sistólica. Mayor riesgo en personas con perfil arteriosclerótico: elevada presión sistólica, diabetes o prediabetes e ictus.</p>	<p>1. Factores genéticos y ambientales en edades medias de la vida. La educación superior reduce el efecto negativo de la Apo-E ε4. El ejercicio físico compensa el riesgo debido a la Apo-E ε4.</p> <p>2. Factores ambientales en edades medias de la vida. Una complejidad laboral alta modula el riesgo de demencia, debido a una pobre educación.</p>

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

Al hablar de la epidemiología ya se han citado las principales causas de demencia. El DSM V señala las siguientes causas de trastorno cognitivo mayor o leve que hay que especificar:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Degeneración del lóbulo frontotemporal.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Enfermedad vascular.
- Traumatismo cerebral.
- Consumo de sustancia o medicamento.
- Infección por VIH.
- Enfermedad por priones.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Huntington.
- Otra afección médica.
- Otros (no especificado).

La EA, al ser la causa más frecuente, es la descripción más típica de la demencia: deterioro progresivo de instauración lenta que implica alteraciones de la memoria, lenguaje, personalidad y funciones ejecutivas. No se conoce su causa, y las pruebas para su diagnóstico tienen la finalidad

de excluir otras causas de demencia. Dos hechos conocidos en la fisiopatología de la EA son los depósitos en el Sistema Nervioso Central de proteína amiloide anormal, y la fosforilización alterada de la proteína tau, lo que tiene como resultado apoptosis celular y ovillos neurofibrilares. Por eso, estas proteínas se han convertido en dianas terapéuticas.

Respecto a la genética de la EA, en la EA precoz (antes de los 60 años) hay una herencia autosómica dominante debido a mutaciones en los genes de la presenilina o la proteína precursora de amiloide. En la EA tardía se encuentra un agrupamiento de casos en las familias, pero no se han identificado mutaciones genéticas específicas. Con frecuencia coexiste con patología vascular.

La DV es causada con frecuencia por enfermedad de múltiples vasos, grandes o pequeños. Se relaciona con factores de riesgo cardiovascular, como la arteriosclerosis, la hipertensión, el tabaquismo y la diabetes. A menudo se presenta con deterioro progresivo de la función cognitiva con o sin alteraciones motoras y del lenguaje. Por lo general, su inicio y progresión es más brusco que la EA.

La demencia por cuerpos de Lewy es un tipo de demencia que implica deterioro grave de la función cognitiva con parkinsonismo, alucinaciones visuales, oscilaciones en las habilidades cognitivas, trastornos del sueño y aumento del riesgo de caídas. Se caracteriza por la presencia de Cuerpos de Lewy, inclusiones intracelulares anormales de α -sinucleína.

La demencia frontotemporal o degeneraciones lobulares frontotemporales son un tipo de enfermedad neurodegenerativa en la que se producen fundamentalmente alteraciones del comportamiento y del lenguaje, y se encuentra una atrofia cerebral focalizada en esos lóbulos. En menores de 65 años es la segunda causa de demencia tras la EA.

Las demencias pueden clasificarse según su causa, de la manera que se indica en la tabla II:

Tabla II. Clasificación de las demencias (SEN, 2009) (16)	
1. Demencias degenerativas 1.a. Enfermedades degenerativas en las que la demencia es una de las manifestaciones principales	Enfermedad de Alzheimer Demencia con cuerpos de Lewy Degeneración lobular frontotemporal Demencia por priones Otras demencias infrecuentes
1.b. Enfermedades degenerativas en las que la demencia puede formar parte del cuadro clínico	Corea de Huntington Degeneración corticobasal Parálisis supranuclear progresiva Enfermedad de Parkinson Enfermedad de la motoneurona

(continúa)

Tabla II. Clasificación de las demencias (SEN, 2009) (16) (continuación)

2. Clasificación de las demencias vasculares	Demencia multiinfarto Demencia por infarto estratégico
2.a. Isquémicas	Estado lagunar Leucoencefalopatía subcortical arteriosclerótica (enfermedad de Binswanger) Angiopatías hereditarias Angiopatía hipertensiva y arteriosclerótica Vasculitis
2.b. Isquémicas hipóxicas	Encefalopatía difusa anóxico-isquémica o restringida debido a vulnerabilidad selectiva Infartos incompletos de la sustancia blanca Infartos de zonas fronterizas
2.c. Hemorrágicas	Hematoma subdural crónico Hemorragia subaracnoidea Hematoma cerebral Angiopatía amiloidea
2.d. Combinadas	
3. Demencias secundarias	Por alteración de la dinámica del LCR Asociada a neoplasia De origen infeccioso De origen endocrino-metabólico, carencial o tóxica Por enfermedad desmielinizante Por vasculitis y colagenosis Por traumatismos Por enfermedades psiquiátricas Otras

Otra posible clasificación es por la topografía, que condiciona diferentes síndromes clínicos:

- Demencia cortical: la tríada clásica de la afectación cortical es afasia-apraxia-agnosia, es decir, afectación del lenguaje, afectación de la motilidad fina y alteración en el reconocimiento de objetos.
- Demencia subcortical: el patrón subcortical se define por la presencia de alteraciones en la personalidad, de las funciones ejecutivas, del estado de ánimo, otros síntomas motores (enlentecimiento psicomotor) o autonómicos.

En función de las causas, también podríamos clasificar las demencias en irreversibles (neurodegenerativas, vasculares), y potencialmente reversibles (tóxicas, metabólicas, etc.).

El juicio cronológico según la edad de aparición no es un criterio de clasificación. El diagnóstico de demencia senil no existe, y deberíamos abandonar esta expresión que únicamente indica una demencia en una persona anciana.

CLÍNICA DE LAS DEMENCIAS

El aumento de la esperanza de vida es una realidad social que lleva consigo limitaciones físicas, variables en número e intensidad, según cada paciente. Entre estas limitaciones se pueden encontrar las cognitivas. En las consultas de Medicina de Familia es importante detectarlas, incluso sin esperar a que sea un motivo de consulta del paciente, para poder valorar y discriminar entre la limitación cognitiva no patológica propia de la edad y el deterioro cognitivo precoz, que en un futuro evolucionará a demencia.

Las primeras manifestaciones de una demencia suelen ser bastante inespecíficas, y con frecuencia el paciente no es consciente de las mismas, y son los familiares que conviven con él los que detectan señales de deterioro y buscan ayuda médica. La pérdida de memoria reconocida por el propio paciente no suele guardar correlación con el consecuente desarrollo de demencia, mientras que la pérdida de memoria informada por los familiares es un mejor predictor de su existencia y de desarrollo posterior de demencia. Sin embargo, los familiares a menudo retrasan el reconocimiento de los signos de demencia, porque los relacionan inadecuadamente con la edad (11).

El descenso cognitivo normal asociado a la edad consiste principalmente en cambios leves de la memoria y del ritmo de procesamiento de información; estos no son progresivos y normalmente no afectan la actividad diaria. En un estudio de 161 personas de 100 a 62 años de edad, con un estado cognitivo normal para su edad, el aprendizaje o la adquisición de actividades declinó uniformemente con el incremento de la edad. En contraste, el retraso en la evocación o el olvido permanecieron relativamente estables (17). De forma similar, otro estudio encontró que la edad estaba asociada con el declive en el aprendizaje de nueva información, pero no con la memoria de retención (18).

También hay que tener en cuenta que cada vez es más frecuente que acudan a consulta pacientes jóvenes por sensación subjetiva de pérdida de memoria. La mayoría de estos pacientes no suelen tener un deterioro cognitivo objetivable a través de los test neuropsicológicos específicos. Se ha objetivado que variables de personalidad, como el neuroticismo, de estado emocional, como la ansiedad o depresión, y variables de funcionamiento cognitivo, como la función ejecutiva, pueden estar en relación con una sobrevaloración de los fallos de memoria (19).

Se deben considerar signos de alerta, la aparición de forma repetitiva, de manifestaciones, referidas por el paciente o un familiar que acude a consulta, como:

- a) Trastornos de memoria para recordar informaciones nuevas: citas, conversaciones, sucesos recientes, ubicación de objetos. Olvidos de cierta importancia, reiterativos, que interfieren con la capacidad de realizar actividades cotidianas. Percepción subjetiva de pérdida de memoria.
- b) Pérdida de habilidad espacial en lugares habituales. Posible dificultad en la conducción complicada.

- c) Desorientación en el tiempo, con el desconocimiento de fechas principalmente.
- d) Aparición de errores de cálculo aritmético y presencia de faltas de ortografía en la escritura, que previamente no habían sucedido.
- e) Dificultad para encontrar la palabra adecuada y reiteraciones. Dificultad en mantener una conversación con varios interlocutores.
- f) Cambios del carácter y del humor sin causa aparente. Comportamiento pasivo, ausente, apático, irritable, desconfiado o inadecuado.
- g) Trastornos del sueño, presentando una subexcitación nocturna que se acompaña de cierta somnolencia diurna.
- h) Disminución en la habilidad para ejecutar tareas cotidianas laborales o domésticas y, por tanto, descenso del rendimiento y eficacia del sujeto en todos los aspectos, pero principalmente a nivel intelectual.
- i) Disminución de la capacidad adaptativa en todas las áreas, tanto familiar como social y laboral.
- j) Dificultad en el razonamiento: para solucionar correctamente problemas de difícil resolución, para manejar situaciones inesperadas, planear viajes, adecuar gastos, aprender a manejar nuevos instrumentos.
- k) Dificultad para realizar tareas complejas que exijan pasos sucesivos y coordinados (síndrome de la “ventanilla”).
- l) Aparición de síntomas conductuales o psíquicos: ansiedad, depresión, delirios, trastornos de la sensopercepción, deambulaciones, irritabilidad, agresividad, etc.
- m) Aparición de cambios cognitivos: alteraciones de las funciones superiores, memoria, lenguaje, cálculo, habilidades motoras, capacidad de juicio y abstracción, orientación temporoespacial, etc.

Es fundamental en Atención Primaria mantener una actitud activa de sospecha ante quejas que sugieran trastornos relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia. En la actualidad no existe evidencia suficiente para recomendar el cribado sistemático de demencia en la población general asintomática, ni siquiera a partir de una determinada edad (grado de recomendación C) (20). Se recomienda estar alerta ante situaciones de alarma como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos de comportamiento, referidos por la familia o el propio paciente (Recomendación de Expertos PAPPS) (21). La sospecha activa estará referida a las tres áreas que se ven afectadas en el síndrome de demencia (cognitiva, conductual y funcional), ya que no siempre el proceso se inicia con un deterioro cognitivo.

Cambios cognitivos: alteraciones de las funciones superiores (memoria, lenguaje, cálculo, habilidades motoras complejas, agnosia, apraxia, capacidad de juicio y abstracción, orientación temporoespacial, etc.). Son los que definen el síndrome de demencia y los más específicos, pero no son los únicos.

Cambios de conducta o psicológicos: trastornos del comportamiento (apatía, inquietud, agitación, hiperactividad, etc.), trastornos del pensamiento (delirios, etc.), trastornos de la sensopercepción

(alucinaciones), síntomas afectivos, trastornos del sueño, etc. Pueden aparecer en todas las fases de la demencia, con diferente intensidad, y constituyen la principal complicación.

Pérdidas funcionales: incapacidad para realizar actividades cotidianas más o menos complejas (control del dinero, llamar por teléfono, aseo, continencia de esfínteres, etc.). Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con el autocuidado (Barthel) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), relacionadas con la posibilidad de llevar una vida independiente en la comunidad (índice de Lawton).

En la demencia de cualquier causa, el deterioro en una de las tres áreas, cognitiva, conductual y funcional, aumentará, involucrando a las otras y se intensificará de forma que puede ser difícil distinguir demencias de distintas etiologías en los estadios más avanzados. En los estadios tempranos, sin embargo, los patrones de síntomas predominantes pueden ayudar a identificar la enfermedad subyacente. En la enfermedad de Alzheimer la presentación típica es el déficit progresivo de memoria a corto plazo, manifestándose, por ejemplo, con preguntas repetitivas. La discapacidad de por lo menos otro dominio cognitivo es requerido para el diagnóstico de una probable demencia, debida a enfermedad de Alzheimer (ADD). La característica más relevante de la presentación de la demencia vascular es la asociación temporal de déficit cognitivo con ictus y la evidencia de enfermedad cerebrovascular en la exploración física y las técnicas de imagen. La enfermedad por cuerpos de Lewy incluye la demencia por cuerpos de Lewy (DLB) y la enfermedad de Parkinson (EP). Los pacientes con DLB pueden desarrollar parkinsonismo. Si la emergencia de demencia y síntomas físicos de EP se dan en menos de un año, el diagnóstico es demencia de la EP; si los síntomas cognitivos preceden más de un año a los síntomas y signos físicos, el diagnóstico es demencia por cuerpos de Lewy. Si los síntomas tempranos son del lenguaje (afasia) o del comportamiento (desinhibición conductual, hiperfagia, pérdida de empatía), orientan a demencia frontotemporal (FTLD). Los síntomas tempranos de comportamiento en la FTLD a menudo orientan a un diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica funcional, dificultando el diagnóstico real. En personas menores de 65 años, la incidencia de FTLD y de ADD es similar, en contraste con una menor incidencia de FTLD en personas mayores (21). La presencia de caídas múltiples, rigidez axial, parálisis de la mirada vertical y ausencia de respuesta a la levodopa orienta a una parálisis supranuclear progresiva. El deterioro cognitivo junto con incontinencia urinaria y alteración de la marcha orienta a una hidrocefalia normotensiva. Cambios de comportamiento, cefalea y sensación de malestar es característico de las vasculitis. Toma de fármacos múltiples como los antidepresivos tricíclicos, topiramato, famotidina, metronidazol pueden producir demencia tóxica (22, 23).

Es relativamente común ver pacientes que no cumplen completa y exclusivamente un único diagnóstico clínico. Presentan pluripatología o comorbilidad porque tienen síntomas de distintas enfermedades. Es frecuente la coexistencia de la demencia de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

Muchas personas con síntomas cognitivos objetivos no cumplen los criterios diagnósticos de demencia y sí cumplen los criterios de deterioro cognitivo leve. Al año, un 5-10% evolucionarán

a demencia (24), otras presentarán estos síntomas debido a una enfermedad psiquiátrica o a ingesta de drogas y en otras pueden ser transitorios y regresar espontáneamente (25).

En las demencias, las manifestaciones clínicas en los tres ámbitos, cognitivo, conductual y funcional, van a evolucionar durante la enfermedad, y siempre en el sentido de deterioro progresivo. Por eso es fundamental en el proceso diagnóstico establecer el estadio evolutivo de la enfermedad, que debe actualizarse a lo largo de todo el proceso. A lo largo de la enfermedad va a ser necesario utilizar escalas para objetivar lo más posible el deterioro y que todos los profesionales implicados en la atención del paciente compartan la información en un lenguaje común. Las escalas, además permiten el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo en los distintos ámbitos, monitorizar la evolución y el efecto de las medidas terapéuticas.

Finalmente es muy útil la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), diseñada inicialmente para la evolución de la enfermedad de Alzheimer, aunque se emplea también en demencias de diferentes etiologías. Habitualmente se usa con una escala funcional, la Functional Assessment Stages (FAST), lo que permite el seguimiento en las diferentes manifestaciones de la enfermedad.

Bibliografía

1. Adaptado de la Guía de buena práctica clínica en EA y otras demencias. OMC-MS. IM&C, S.A. Madrid, 2004, y del Consenso Español sobre Demencias, 2.ª edición. SEPG. SANED. Barcelona, 2005.
2. Butler R, Radhakrishnan R. Dementia. En *Clinical Evidence Handbook* a Publication of BMJ Publishing Group. 2014;89(2):117-9.
3. Jongsiriyanong S, Limpawattana P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2018 Dec;33(8):500-507. doi: 10.1177/1533317518791401.
4. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. Disponible en https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html (consultado 12/11/2015).
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
6. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. <https://icd.who.int/es> (consultado 23 de marzo de 2021)
7. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. *Neurologia*. 2017;32(8):523-532. doi: 10.1016/j.nrl.2016.02.016.
8. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer Disease. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012;2:a006239
9. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F et al. Prevalence and European comparison of dementia in a >75-year-old composite population in Spain. *Acta Neurol Scand*. 2011;123:316-24.
10. Martín Carrasco M (coordinador). Consenso Español sobre Demencia. 2.ª edición. SEPG. Barcelona. 2005.
11. Falk N, Cole A, Meredith J. Evaluation of Suspected Dementia. *Am Fam Physician*. 2018;97(6):398-405
12. Goldman JS, Van Deerlin VM. Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia: The Current State of Genetics and Genetic Testing Since the Advent of Next-Generation Sequencing. *Mol Diagn Ther*. 2018;22(5):505-13
13. Cations M, Withall A, Draper B. Modifiable risk factors for young onset dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2019 Mar;32(2):138-43. doi: 10.1097/YCO.0000000000000475.
14. Li XY, Zhang M, Xu W, Li JQ, Cao XP, Yu JT, Tan L. Midlife Modifiable Risk Factors for Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis of 34 Prospective Cohort Studies. *Curr Alzheimer Res*. 2019;16(14):1254-68. doi: 10.2174/1567205017666200103111253.
15. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*. 2018;14:653-66
16. Molinuevo JL, Peña-Casanova J. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN); 2009. Guía Nº 8.
17. Nilsson LG. Memory function in normal aging. *Acta Neurol Scand Suppl*. 2003;179:7-13. doi: 10.1034/j.1600-0404.107.s179.5.x.
18. Kim MJ, Kwon JS, Shin MS. Mediating effect of executive function on memory in normal aging adults. *Psychiatry Investig*. 2013 Jun;10(2):108-14. doi: 10.4306/pi.2013.10.2.108.
19. Pellicer-Porcar O, Mirete-Fructuoso M, Molina-Rodríguez S, Soto-Amaya J. Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Rev Neurol*. 2014;59:543-50.

20. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. [Internet] completa, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. [Citado el: 21 de septiembre de 2015.] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf.)
21. Luque Santiago A et al. Actividades Preventivas en los Mayores. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. PAPPS Actualización 2009. SEMFYC.
22. Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med.* 2018 Oct;131(10):1161-9.
23. Falk N, Cole A, Meredith TJ. Evaluation of Suspected Dementia. *Am Fam Physician.* 2018 Mar 15;97(6):398-405.
24. Cunningham EL, McGuinness B, Herron B, Passmore AP. Dementia. *Ulster Med J.* 2015;84(2):79-87.
25. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia-meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(4):252-65.

Marcadores diagnósticos. Pruebas de imagen y bioquímicas. Test neuropsicológicos

Juan José Gomáriz García

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lorca Sur. Murcia.

INTRODUCCIÓN

Las características clínicas y el conocimiento disponible sobre la fisiopatogenia de la enfermedad de Alzheimer (EA) permitieron durante muchos años hacer un diagnóstico clínico solo por exclusión, sin permitir una confirmación diagnóstica *in vivo* de la enfermedad.

Aunque existen diferentes criterios diagnósticos para la EA, los más utilizados y validados por estudios clínico-patológicos son los criterios clínicos de diagnóstico propuestos en 1984 por el Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos y Relacionados (NINCDS-ADRDA) de Estados Unidos (1), los cuales establecen un diagnóstico de EA probable o posible dentro de un contexto clínico, siendo el diagnóstico definitivo solo posible con la confirmación anatomopatológica. Si bien dichos criterios fueron adoptados ampliamente por toda la comunidad médica y científica, y sirvieron de base para el desarrollo de los conocimientos actuales de la enfermedad, tienen una vigencia de más de 25 años y algunas limitaciones, principalmente a causa del menor conocimiento de la enfermedad y de los exámenes complementarios cuando se publicaron (2). En primer lugar, solo permiten identificar personas con demencia clínicamente evidente, pero pierden sensibilidad y especificidad en los estadios más leves de la enfermedad. No definen los primeros síntomas de la enfermedad antes de que alcance el umbral de demencia (deterioro cognitivo leve). En segundo lugar, cuando fueron publicados no estaban completamente descritas y caracterizadas otras enfermedades, como la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y la demencia vascular. En tercer lugar, incluyen criterios vagos para los diagnósticos diferenciales, haciendo mayor énfasis en las causas clínicas/metabólicas reversibles (hipotiroidismo, déficit de vitamina B₁₂, neuropilúes). En cuarto lugar, excluyen a un tercio de pacientes que inician la EA de forma atípica (sin afectación de la memoria). Por último, permiten realizar un diagnóstico de EA basado en el fenotipo clínico característico de la enfermedad sin evidencia biológica *in vivo* de la patología de Alzheimer.

El progreso en el conocimiento científico en el campo de las demencias, particularmente en la EA, incluyendo aspectos clínicos, neuropsicológicos y genéticos de la enfermedad; la aparición de propuestas para los criterios diagnósticos para fases tempranas de la enfermedad, como el dete-

rioro cognitivo leve (DCL) (3) o EA prodrómico (4); el desarrollo de biomarcadores específicos del proceso fisiopatológico (biomarcadores de patología amiloidea: A 42 en líquido cefalorraquídeo [LCR] y marcación amiloidea en PET [PIB y AV45]; biomarcadores de neurodegeneración: tau y tau-fosforilada en LCR, volumetría hipocámpica por RMN, PET con fluorodesoxiglucosa), incluyendo el mayor conocimiento con respecto a la patología molecular de la EA y su perfil temporal, como la aparición del depósito amiloideo cerebral muchos años antes del diagnóstico clínico de la enfermedad, constituyeron las bases para la revisión de los criterios diagnósticos actualmente en uso y la publicación de nuevas recomendaciones.

PUNTOS CLAVE

A día de hoy, aunque más adelante hablaremos de las pruebas bioquímicas, neuropsicológicas o de neuroimagen, podemos afirmar que no existe ninguna prueba de las mencionadas en la que en individuos asintomáticos determine quién desarrollará una demencia y quién no.

Sin embargo, se recomienda mantener un alto grado de sospecha de demencia y, por tanto, iniciar el proceso diagnóstico ante cambios cognitivos y/o conductuales observados por el profesional o referidos por el paciente o familiar (grado de recomendación A).

MARCADORES DIAGNÓSTICOS

Un biomarcador es un indicador utilizado para valorar riesgo o presencia de una enfermedad. Los criterios para un biomarcador ideal en EA propuestos en 1998 establecían que debía detectar hallazgos neuropatológicos de la enfermedad y tener sensibilidad y especificidad mayor del 80%. Además debía ser reproducible, fiable, no invasivo, sencillo de realizar y con coste bajo. Se han estudiado diversos biomarcadores en la EA. A continuación revisamos biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, el papel de la Apo-E, biomarcadores tipo radioligando de amiloide y marcadores genéticos.

1. Biomarcadores en líquido cefalorraquídeo

Los cambios degenerativos en la EA se inician años antes del inicio de los primeros síntomas. Incluyen cambios en el metabolismo de la proteína precursora de amiloide (APP), fosforilación de proteína tau, estrés oxidativo e inflamación y desregulación del metabolismo lipídico.

Los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) (betaamiloide, tau total y tau fosforilada) se correlacionan de manera muy específica con la presencia de patología de Alzheimer (5), aunque su correlación con la sintomatología es bastante menor. La denominada “firma biológica” de la EA en el LCR es la disminución de los niveles de betaamiloide y la elevación de tau total y tau fosfo-

rilada. Podemos encontrarnos con positividad de algunos biomarcadores en sujetos sin alteración cognitiva demostrable y no tienen una correlación lineal con el grado de destrucción neuronal. Tampoco tienen en cuenta la posibilidad de que las manifestaciones clínicas pueden ser debidas a la coexistencia de otras patologías degenerativas o lesiones microvasculares. Sin embargo, en sujetos con alteraciones cognitivas leves sin demencia, la positividad de estos biomarcadores incrementa nuestra capacidad de predecir su evolución a demencia en prácticamente la totalidad de los positivos en un periodo de cuatro años, mientras que en los negativos la evolución a demencia ronda el 20%. Estas evidencias, demostradas en varias series independientes, han llevado a proponer para este grupo de pacientes sintomáticos y con biomarcadores positivos el epígrafe de enfermedad de Alzheimer prodrómica (6). La aplicabilidad en la práctica clínica se encuentra limitada por el elevado coeficiente de variabilidad de los *kits* disponibles en la actualidad. Precisa de unos procedimientos normalizados de trabajo preanalítico y analítico riguroso. Los valores de referencia deben ser establecidos localmente, mediante el análisis de casos y controles. Para tener un perfil diagnóstico y pronóstico más adecuado, se tienen que medir conjuntamente betaamiloide, tau total y tau fosforilada. No hay un índice de combinación aceptado, pero hay algunos índices obtenidos de muestras representativas. La combinación añade especificidad frente a otras enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia y evita la confusión que supone el hecho de la presencia de un 15-30% de patología Alzheimer asintomática en población anciana.

Recientemente se ha identificado otro posible biomarcador en LCR, una disminución de los niveles de ADN mitocondrial.

2. ¿Qué papel juega la Apo-E en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer?

Un gen involucrado en la enfermedad de Alzheimer se sitúa en el brazo largo del cromosoma 19, y constituye un polimorfismo de riesgo. Presenta una especial relevancia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío. Codifica una proteína de 299 aminoácidos, denominada apolipoproteína E (Apo-E), ya identificada como transportador de colesterol en sangre. Aunque no se han descrito mutaciones en esta proteína, existe una variante alélica, la $\epsilon 4$, que es la menos frecuente (aproximadamente un 15% del total) y que incrementa de manera sustancial el riesgo de padecer la enfermedad. Es conocido desde 1993 el hecho de que la Apo-E $\epsilon 4$ es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Cientos de estudios han avalado que el inicio de la enfermedad es de 10 a 20 años más precoz en pacientes homocigotos para la forma alélica $\epsilon 4$ de la Apo-E, con respecto a las formas alélicas $\epsilon 2$ o $\epsilon 3$ (constituyen el 7 y el 78% del total de apolipoproteína, respectivamente).

Para algunos estudios (7), el riesgo de desarrollar la enfermedad puede llegar a ser 6,1 veces mayor (1,6-27,9%) en sujetos con al menos un alelo Apo-E $\epsilon 4$, si se compara con sujetos que no son portadores. Sin embargo, aunque dicho riesgo se incrementa, su presencia no es necesaria ni suficiente para desarrollar la enfermedad. La Apo-E influye en el depósito amiloide *in vivo*, interactúa con la parte soluble y fibrilar de Ab *in vivo* e *in vitro* y modula la actividad neural del pépti-

do *in vitro*. Es un componente de las placas seniles y de los depósitos periféricos de Ab encontrados en el cerebro, plasma y líquido cefalorraquídeo. Por tanto, las Guías de recomendación tanto de la EFNS (8) como de la AAN (Guía: clases II-III) concluyen que la determinación rutinaria del genotipo Apo-E no se recomienda.

3. Biomarcadores tipo radioligandos de amiloide

Los radioligandos de amiloide (RLA) (PIB, florbetapir, flutemetamol, florbetaben, F-AZD4694) marcan selectivamente el amiloide fibrilar. Los péptidos de betaamiloide son solubles; estos monómeros son los que se determinan mediante los análisis de LCR. La conformación beta de su estructura favorece la formación de pequeños complejos oligoméricos, que han mostrado una actividad sinaptotóxica y precipitante de la hiperfosforilación de tau. A medida que se unen péptidos de betaamiloide, se inicia un proceso de fibrilación que insolubiliza al betaamiloide extracelular, generando la placa de amiloide compacta. Los RLA han mostrado una elevada correlación con la carga de amiloide cerebral, mediante estudios realizados en pacientes con una expectativa de vida corta en los que se realizaron estudios *post mortem*. Los falsos positivos son casos de angiopatía amiloide cerebral, ya que marca el amiloide fibrilar depositado en los vasos, y la enfermedad con cuerpos de Lewy. También hay pacientes con demencia tipo Alzheimer clínica y análisis *post mortem* con lesiones de patología de Alzheimer que son PET-amiloide negativos. Asimismo, tienen una buena correlación con la determinación de amiloide en LCR. El análisis de la señal requiere de una experiencia y de una técnica protocolizada, así como de controles de calidad rigurosos. La reciente autorización de algunos de ellos como herramienta diagnóstica clínica en la enfermedad de Alzheimer cambiará, sin duda, nuestra aproximación diagnóstica a esta enfermedad, además se están desarrollando guías para sentar indicaciones claras de solicitud de esta determinación. Sus ventajas respecto a los análisis de LCR son claras: mínima intervención, grado de radiación tolerable, posibilidad de combinar PET-amiloide y PET-FDG (estado de enfermedad y funcionalidad cortical) y también de correlacionar las imágenes con neuroimagen estructural por resonancia magnética. Las mayores limitaciones actuales son su elevado coste, la necesidad de un aparataje y programas de análisis de imágenes específicos y la inestabilidad de los radiotrazadores.

Se consideran indicaciones apropiadas para la PET-amiloide (9):

1. Pacientes con deterioro cognitivo ligero persistente o progresivo de origen no explicado.
2. Pacientes que cumplen criterios de enfermedad de Alzheimer posible.
3. Pacientes con demencia progresiva con una edad de inicio atípicamente temprana (definida como anterior a los 65 años). Se consideran indicaciones no apropiadas:
 - Pacientes que cumplen criterios de enfermedad de Alzheimer probable.
 - Estimación del estadio o gravedad de la demencia.
 - Sobre la base de un genotipo APO-E ϵ 4.

- Pacientes con quejas cognitivas que no se confirman en una evaluación adecuada.
- En el contexto de sospecha de enfermedad autosómica dominante.
- En personas asintomáticas.
- Uso no médico (valoración de capacidad, contratación profesional, seguros médicos...).

4. Marcadores genéticos

La EA monogénica, determinada genéticamente por alteración de genes causantes de la enfermedad, se produce por mutaciones en tres genes: gen de proteína precursora de amiloide en cromosoma 21, gen de presenilina 1 en cromosoma 14 y gen de presenilina 2 en cromosoma 21 (APP, PSEN 1, PSEN 2). Desde hace años se tiene constancia de la existencia de agregaciones familiares, con un patrón de herencia autosómico-dominante (AD), de frecuencia escasa, en torno a un 5-10%, que ha servido como punto de partida de diversas investigaciones que intentan esclarecer los factores que pueden influir en su aparición. Se han encontrado que estos genes (APP, PSEN 1, PSEN 2) tienen un nexo común en cuanto al síndrome clínico al que se les relaciona, pero con diferencias en cuanto a la edad de debut y a los mecanismos patogénicos de dicha entidad.

La detección de mutaciones en estos genes permite el diagnóstico de EA definitivo en vida y posibilita la realización de un diagnóstico presintomático en familiares sanos.

La mayoría de casos de EA son esporádicos. La EA poligénica, en la que el polimorfismo de ciertos genes actuarían como factores de riesgo, representa la mayoría de pacientes con EA, y en ella están implicados genes de susceptibilidad con interacciones con factores ambientales. El principal factor de riesgo genético para EA de inicio tardío es el alelo $\epsilon 4$ del gen de la APO-E (cromosoma 19), que tiene tres alelos ($\epsilon 2$, $\epsilon 3$ y $\epsilon 4$).

En ningún caso es aceptable la realización de test en niños antes de los 18 años, salvo con finalidad diagnóstica.

En la actualidad no existe suficiente evidencia para utilizar en la práctica clínica ningún biomarcador plasmático para la EA.

PRUEBAS BIOQUÍMICAS

Se recomienda una rutina básica de laboratorio (hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, glucemia, uremia, creatininemia y análisis completo de orina) con pruebas tiroideas de TSH, T4 libre, ácido fólico y vitamina B12 (recomendación grado B).

La determinación de serología para VIH y sífilis se reserva para los pacientes con situaciones especiales que lo ameriten (recomendación grado C). Por la alta prevalencia de la neurosífilis en el pasado y por su bajo coste, la serología luética en sangre ha sido considerada durante mucho tiempo una prueba básica en el estudio de las demencias. Actualmente no existe un consenso generalizado sobre su utilización, y algunas sociedades científicas como la Academia Americana de Neurología no la incluyen entre las pruebas rutinarias. En cuanto a la serología para detectar portadores del VIH, si esta fuera positiva, además de indicar la sospecha de demencia asociada al VIH, obligaría a descartar otros patógenos oportunistas como causantes del cuadro.

Otros análisis de laboratorio (inmunológicos, hepatograma, perfil fosfocálcico, etc.) solo deben ser solicitados si existen datos clínicos o antecedentes que lo justifiquen (recomendación grado B).

Recomendaciones de neuroimágenes

Las neuroimágenes estructurales deben realizarse en todo paciente en quien se sospeche de un diagnóstico de demencia (recomendación grado de evidencia A).

El requerimiento mínimo en neuroimágenes es una tomografía computarizada (TC) sin inyección de contraste intravenoso (recomendación grado A).

Se recomienda la realización de una RM para mejorar la especificidad diagnóstica en todos los casos en los que la etiología no pueda ser establecida por los métodos usuales y la TC de cerebro (recomendación grado A).

Según las guías del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2006) y la European Federation of Neurological Societies (EFNS, 2007), la tomografía por emisión de fotón simple (SPECT) podría emplearse para el diagnóstico diferencial entre la EA y la degeneración lobar frontotemporal (demencia frontotemporal y afasia progresiva primaria) si persistieran dudas diagnósticas luego de haber realizado las neuroimágenes estructurales (recomendación grado B).

En cuanto a la tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT), debido a su mayor disponibilidad, la SPECT cerebral es una prueba de neuroimagen funcional poco utilizada aún en la práctica clínica para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA). El trazador ^{99m}Tc-HMPAO mide la perfusión cerebral que, indirectamente, es un indicador de la actividad metabólica. En la EA se observa una reducción de la perfusión en la corteza parietal y temporal (uni o bilateral). Se emplea principalmente en el diagnóstico diferencial de la EA con otras demencias degenerativas. Puede resultar útil para detectar a aquellos pacientes con un deterioro cognitivo leve que evolucionarán hacia EA.

La tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) es la técnica de imagen con FDG, que es un marcador del metabolismo cerebral que indica cuáles son las áreas cere-

brales más afectadas. En la EA existe una disminución del metabolismo de la glucosa en áreas temporales, parietales, cíngulo posterior e hipocampo. Dado que ya está disponible en algunos centros hospitalarios, se está imponiendo como la técnica de referencia para el diagnóstico de la EA en fases iniciales. También es muy útil para el diagnóstico diferencial con otras demencias degenerativas.

El objetivo fundamental sería confirmar o descartar el diagnóstico en casos de sospecha de una enfermedad específica diferente de la EA.

Su indicación más útil sería cuando exista una sospecha clínica determinada de enfermedad de Alzheimer que por criterios clínicos no podamos definir con certeza.

En el electroencefalograma, en la EA se puede observar una lenificación del trazado de la actividad de base, que podría ser útil en el diagnóstico diferencial entre una EA inicial y una demencia de la depresión. Sin embargo, estos hallazgos son muy inespecíficos y el electroencefalograma solo ha demostrado validez por su especificidad en el diagnóstico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (actividad periódica trifásica generalizada) y la panencefalitis esclerosante subaguda (complejos de Radermecker).

El electrocardiograma (ECG) y la radiografía de tórax se deben solicitar si la historia clínica lo aconseja, básicamente cuando existan la presencia de factores de riesgo cardiovasculares o arritmias.

TEST NEUROPSICOLÓGICOS

TEST DE CRIBADO

Los test de cribado tienen que cumplir una serie de requisitos para que sean aplicables en la práctica clínica. Su brevedad es la norma, ya que su intención no es diagnosticar sino peinar grandes sectores de la población. Deben ser aplicables independientemente del nivel cultural y estar validados en grupos poblacionales, no en muestras clínicas. No existe un test perfecto; si lo hubiese, no habría tantos. La recomendación en este sentido sería conocer algunos test de cribado, y utilizar sistemáticamente uno de ellos para poder comparar su rendimiento clínico. Las recomendaciones de utilización de dichos test para una consulta de Atención Primaria sería utilizar los test breves, pero contruidos en base a los conocimientos de la neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer, como el test de las fotos o el MIS, que cumplen una función de cribado eficiente. En la consulta neurológica se utilizarán exploraciones intermedias como el test de los siete minutos, o el examen cognitivo el MMSE (Mini Mental State Examination) (10), aunque también se recomienda su utilización en Atención Primaria.

La evaluación del estado cognitivo y conductual constituye un eje clínico de fundamental importancia para el diagnóstico de demencia, y en la actualidad se dispone de un gran número de escalas que pueden ser administradas en las distintas fases del desarrollo de la demencia.

Las manifestaciones de inicio presentan alteraciones sutiles y requieren de una evaluación más profunda que permita optimizar el diagnóstico temprano.

Si bien los síntomas cognitivos definen el síndrome demencial y pueden facilitar la aproximación nosológica, la comorbilidad con síntomas neuroconductuales se observa con elevada frecuencia. Los trastornos de conducta se presentan con baja frecuencia en los estadios iniciales de la enfermedad, pero tienen una elevada prevalencia y son determinantes de la institucionalización del paciente en los estadios medios y finales.

La entrevista inicial al paciente y a su cuidador es clave para realizar una correcta evaluación cognitiva. Un cuidadoso interrogatorio permitirá efectuar el revelamiento de la historia familiar y obtener datos que posibiliten inferir sobre el estado premórbido del sujeto. Las variables demográficas (edad, ocupación, nivel de instrucción, dominancia manual, etc.) y los antecedentes personales son fundamentales tanto para la elección de las técnicas de evaluación más apropiadas como para su ulterior interpretación.

Las guías consultadas sugieren una gran variedad de escalas y test. Mencionamos a continuación las escalas de uso internacional más citadas. Sugerimos, no obstante, emplear las escalas y baterías que tengan una norma validada para nuestra población según sean aplicables en cada situación.

Evaluación cognitiva

Evaluación global de las funciones cognitivas

Proponemos dos test de detección (cribado) que permitirán una aproximación inicial: el MMSE (Mini Mental State Examination) (10) y el test del reloj (11, 12).

Se emplean distintas escalas diseñadas para evaluar las diferentes funciones cognitivas en forma específica. Se sugiere evaluar la totalidad de ellas para mayor precisión diagnóstica cuando ello sea posible: atención, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, funciones ejecutivas, abstracción y razonamiento.

En todos los casos, el profesional actuante deberá determinar, en función del estadio clínico de la enfermedad y del compromiso cognitivo, conductual y funcional del paciente, cuáles serán los test más apropiados en cada situación individual.

Evaluación conductual

La evaluación de síntomas conductuales y psicológicos en las demencias es de fundamental importancia, ya que los mismos son una expresión propia de la enfermedad y pueden ser predictivos del éxito o del fracaso terapéutico. Se deberá prestar especial atención a: validez de los agrupamientos de síntomas, su posible valor localizador, probabilidad de síntomas específicos y monitorización para una intervención temprana.

En todos los casos, el profesional deberá determinar, en función del estadio clínico de la enfermedad y del compromiso cognitivo, conductual y funcional del paciente, cuáles serán los test más apropiados en cada situación individual.

A continuación se presenta, a modo de ejemplo, un listado de escalas aplicables a las diferentes áreas de la conducta que no agota las posibilidades de elección. Las mismas son recomendadas para su aplicación cuando el examinador lo considere oportuno, según el caso individual e intercambiables por similares debidamente validadas.

Esfera conductual

NPI (Neuropsychiatric Inventory), BEHAVE-AD (escala de medición de la patología conductual en EA), escala de Zarit (para medir la sobrecarga del cuidador en su asistencia al enfermo).

Esfera emocional

Depresión. Se han seleccionado escalas de uso universalmente aceptado, todas las cuales tienen versiones en español: Inventario de depresión de Beck, test de depresión de Hamilton (Ham-D) y escala de depresión geriátrica (GDS).

Ansiedad. Escala de ansiedad de Hamilton (Ham-A).

Pruebas neuropsicológicas

Estudian las diferentes áreas cognitivas y, según el grado de afectación de cada una de ellas, pueden orientar sobre la topografía de la afectación cerebral y en algunos casos aportar sugerencias etiopatogénicas.

Los test psicométricos completan la exploración mental y funcional del paciente, objetivan o cuantifican el déficit y se deben considerar una exploración neuropsicológica sistemática.

Los instrumentos más útiles en Atención Primaria, son el miniexamen cognitivo (MEC) y el test del reloj.

El miniexamen cognitivo (MEC) tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 92% para puntuaciones inferiores a 24, con un valor predictivo positivo del 69% en mayores de 74 años. El

tiempo estimado del examen es de unos 10-15 minutos. Cuando hablamos del MEC nos estamos refiriendo a la versión completa de 35 ítems (MEC-35), aunque existe otra de 30 (MEC-30) con coeficientes de eficiencia muy similares al MEC-35.

El test del dibujo del reloj o *clock drawing test* (CDT) es un instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos. Se introdujo en 1953 para la valoración de la apraxia constructiva y se utilizó sobre todo para la detección de los trastornos visuconstructivos secundarios a lesiones del córtex parietal. La apraxia constructiva es una alteración neuropsicológica común en la demencia, frecuentemente observable en las primeras etapas de la enfermedad. La producción de dibujos implica otras funciones cognitivas y la interpretación de un dibujo anómalo puede revelar otros déficits: análisis visuoperceptual, ejecución motora, procesos atencionales, comprensión lingüística y conocimiento numérico. Durante los últimos 20 años, el CDT ha despertado un gran interés y se estudia su potencial y los criterios para utilizarlo como instrumento de *screening* y valoración de los trastornos cognitivos asociados a deterioro cognitivo, especialmente en la enfermedad de Alzheimer.

Es un test sencillo de aplicar, que valora una tarea compleja consistente en dar a los pacientes un papel en blanco y las instrucciones para dibujar un reloj (un círculo, los 12 dígitos correspondientes a las horas) y marcar las once y diez (hora que requiere la participación de los dos hemisferios visuoatencionales en los dos cuadrantes superiores, es decir, en los campos temporales). Exige al paciente estar atento a la instrucción oral que recibe, recordar cómo es un reloj, lo que implica, recuperar de su memoria la imagen visuoespacial apropiada y desarrollar funciones ejecutivas complejas, que incluyen la planificación mental y habilidades visuoespaciales (13).

Bibliografía

1. DeKosky ST, Carrillo MC, Phelps C, Knopman D, Petersen RC, Frank R et al. Revision of the criteria for Alzheimer's disease: A symposium. *Alzheimers Dement*. 2011;7:e1-e12.
2. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:270-9.
3. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992;4 Suppl 1:55-69.
4. Drickamer MA, Lachs MS. Sounding board: Should patients with Alzheimer's disease be told their diagnosis?. *N Engl J Med* 1992;326:947-51.
5. Holroyd S, Snustad DG, Chalifoux ZL. Attitudes of older adults' on being told the diagnosis of Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44:400-3. Molinuevo JL, Gisbert JD, Dubois B et al. The AD-CSF-Index Discriminates Alzheimer's Disease Patients from Healthy Controls: A Validation Study. *J Alzheimer's Dis* 2013;36:67-77.
6. Bordet R, Dartigues JF, Dubois B et al. Biomarkers for the Early Stages of Clinical Development in Alzheimer's Disease. *Therapie Hort J et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Eur J Neurol* 2010;17:1236-48.
7. Peacock ML, Fink JF. Apo-E ϵ 4 allelic association with Alzheimer's disease: 2010;65:285-90.
8. Hort J et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2010;17:1236-48.
9. Johnson K, Minoshima M et al. Appropriate use criteria for amyloid PET: A report of the Amyloid Imaging Task Force, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, and the Alzheimer's Association. *J Nucl Med* 2013;9:1-16.
10. Baiget Bastos M. Aspectos neurogenéticos. En: *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Science 1996;106-14.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
12. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:725-9.
13. Mangone CA, Grillo R, Saavedra L, Pallo V. Nuevas variables de evaluación del test del reloj. *Vértex* 2005;16:13-9.

Diagnóstico diferencial de las demencias

Francisca Expósito Orta

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina Interna. PDI Cátedra de Anatomía Humana. Neuroanatomía. Grado de Medicina. UCAM. Murcia.

Se conocen distintos tipos de demencia, siendo difícil su diagnóstico diferencial “a simple vista”. En este capítulo trataremos de ayudar al médico de Atención Primaria a diferenciar las formas más frecuentes, teniendo en cuenta la clínica más característica y relevante de cada una de ellas, así como las pruebas diagnósticas que puede realizar desde su consulta y que pueden orientarle en la sospecha diagnóstica hacia un tipo de demencia u otra, para derivarlo al especialista correspondiente.

Pero antes debemos tener en cuenta unas consideraciones básicas en la consulta, necesarias para realizar el diagnóstico diferencial en cualquier tipo de demencia. Siempre que realicemos la anamnesis de un paciente con sospecha de deterioro cognitivo o demencia deberemos recoger en la historia clínica sus limitaciones en las actividades de la vida diaria mediante la información facilitada por el cuidador y explorar las siguientes áreas cognitivas (1-7): la memoria (debe llamarnos la atención la repetición frecuente de una misma pregunta, el olvido de detalles de conversaciones, planes, citas, pagos de recibos a tiempo o detalles de películas vistas recientemente, siendo esencial distinguir deterioro cognitivo patológico de afectación de la memoria secundaria por el envejecimiento natural); la función ejecutiva (los pacientes suelen presentar dificultad para iniciar una actividad o llevar a cabo habilidades complejas en el trabajo, en el ocio o en la proyección de hacer planes); habilidades visuoespaciales (dificultad para usar las manos en actividades que requieren su coordinación [usar los teclados, el destornillador o la costura] o para situar objetos en el espacio, o copiar dibujos, se suele conservar la capacidad para leer e identificar personas u objetos); habilidades en el comportamiento social (como son cambios de la personalidad, en las relaciones interpersonales, aislamiento, pérdida del interés para las actividades sociales, apatía, inercia...), y el lenguaje (ver si su fluidez es normal, si es enlentecido, si las frases son entrecortadas, si existe disartria o dificultad en la emisión de las palabras, dificultad en la capacidad de identificar, nombrar objetos o personas (anomia), alteraciones en la comprensión, alteraciones en la construcción de frases, en el uso correcto de las formas gramaticales o en el contenido del lenguaje, el uso de fenómenos de circunloquios o parafrases) (1-7).

Pero después de la anamnesis detallada, ¿qué pruebas deberíamos hacer ante un paciente con sospecha de demencia desde la consulta de Atención Primaria? La evidencia científica recomienda realizar a todos los pacientes con sospecha clínica de demencia una analítica que incluya función renal y hepática, hemograma, determinación de la vitamina B12, ácido fólico y hormonas tiroideas como parte de su estudio rutinario (1-7). El electroencefalograma y las pruebas estructurales de imagen (exclusión de tumores, hematomas, demencias con curso rápidamente progresivo, lesiones vasculares, demencia neurodegenerativa sin otras pruebas clínicas) incluidas las

funcionales, los estudios genéticos o la determinación de marcadores en el líquido cefalorraquídeo no deben formar parte del mismo y tienen sus indicaciones específicas por sus especialistas correspondientes, a los cuales derivaremos al paciente en el caso de que sea necesario para su evaluación (4, 8, 9). Se prefiere la RMN a la TAC, por ser más precisa en la atrofia (9). En cuanto a las pruebas neuropsicológicas no existe ninguna específica para el diagnóstico. Su objetivo es conocer el estado de las diferentes áreas cognitivas, ofreciendo una aproximación diagnóstica y la gravedad de la demencia (10-14). Existen dos grandes grupos de pruebas: los test cognitivos globales como el Mini Mental State Examination (MMSE), cuestionario de evaluación clínico de demencia, el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) o el test de los siete minutos, y otros más específicos de cada área cognitiva: el test del reloj para la función ejecutiva (aunque también valora la capacidad de razonamiento, planificación y la visuoespacial), los que profundizan más en el área de la memoria, en el lenguaje (como el de la fluencia verbal o el de Wechsler Memory) o en el comportamiento y síntomas psiquiátricos, que podrían llevarse a cabo cuando los anteriores han mostrado sospecha de deterioro (1-7, 10-14).

En la consulta de Atención Primaria podemos realizar un MMSE y un test del reloj, que junto con la anamnesis realizada y la analítica para descartar organicidad, nos daría una orientación sobre la posible existencia de un proceso degenerativo en el paciente evaluado. Tras esto, se derivará al especialista correspondiente para su diagnóstico, confirmación y tratamiento definitivo (10-14).

Las formas más frecuentes de demencia que podemos encontrar son:

Demencia tipo Alzheimer: se califica como la más frecuente (60-70%) de todas las demencias, siendo más prevalente en mujeres (1, 2). Su principal factor de riesgo es la edad (>65 años), de tal forma, que cada año que pasa aumenta de manera exponencial la prevalencia e incidencia de la enfermedad (1, 2). Otros factores a tener en cuenta son la existencia de antecedentes familiares de primer grado con demencia, los factores vasculares y genéticos, y la existencia del alelo $\epsilon 4$ en el gen Apo-E (1, 2).

En cuanto al deterioro cognitivo de la enfermedad, destacamos su curso insidioso, gradualmente progresivo y generalmente de lenta evolución. Su síntoma principal al comienzo de la enfermedad es la pérdida de la memoria reciente (afectando a las experiencias vividas), viéndose afectada la memoria remota con el tiempo. A veces, cuando este tipo de demencia presenta alteraciones en la construcción del lenguaje puede confundirse con las variantes de afectación del lenguaje de la demencia frontotemporal. Con el tiempo también pueden afectarse las habilidades constructivas y la percepción visuoespacial, sin embargo, las habilidades sociales y las del comportamiento suelen permanecer conservadas en etapas iniciales de la enfermedad (3-7).

Cuando realizamos una exploración neurológica del paciente, con frecuencia esta es normal (3-5, 7).

Sin embargo, podemos encontrar síntomas psiquiátricos característicos como frecuentes cambios en la personalidad previa (apatía, ánimo deprimido o desinterés), en las fases más iniciales de la enfermedad y la aparición de síntomas psicóticos en fases más avanzadas de la misma (3).

Las características principales en el cribado cognitivo en este tipo de demencia son que en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, el Mini Mental (MMSE) presenta característicamente alteraciones en la memoria episódica reciente, aunque en menor medida puede también verse afectada la atención, la ejecución y/o la orientación. A diferencia con la demencia frontotemporal o la demencia vascular, en la que también puede verse afectada la memoria, los pacientes con demencia tipo Alzheimer no suelen mejorar el recuerdo, a pesar de que en la prueba se le facilite alguna ayuda como “pistas semánticas” (3, 5).

Demencia vascular: abarca a todas las formas de deterioro cognitivo y de demencia de origen vascular. Su prevalencia es variable (10-50% de todos los casos de demencia). Debemos pensar en ella en la población anciana (varones <80 años y en mujeres a partir de esta edad). Sus factores de riesgo son la edad, el sexo masculino, la hipertensión arterial, la existencia de infarto de miocardio previo, la cardiopatía isquémica, la diabetes, la arteriosclerosis generalizada, el tabaquismo, la hiperlipemia y la existencia de antecedentes personales de ictus (10-14).

En cuanto a su curso del deterioro cognitivo, se caracteriza por ser en brotes, siendo evolutivo y escalonado, iniciándose con una afectación brusca seguida de periodos de estabilidad, aunque también a veces puede presentarse de forma insidiosa. Suelen afectarse primero las funciones ejecutivas, siendo llamativa su pérdida, y posteriormente suele afectarse la memoria (3-7).

En su exploración neurológica es importante prestar atención a la existencia de hallazgos de focalidad neurológica en relación a ictus previo, como hiperreflexia o asimetría de los reflejos, presencia del reflejo extensor plantar, piramidalismo, alteraciones en el campo visual o a veces hemiplejias. En la variante que afecta a pequeños vasos con frecuencia puede observarse disartria, paresia y ataxia (3-5, 7).

Sus síntomas psiquiátricos más característicos son la sintomatología depresiva y los cambios en la personalidad previa, sobre todo al inicio de la enfermedad, y labilidad emocional. La depresión puede ser más frecuente que en la demencia tipo Alzheimer, sin embargo, la frecuencia de síntomas psicóticos es similar en ambas (3).

Las características principales en el cribado cognitivo en este tipo de demencia son que tanto el MMSE como la memoria pueden ser normal en fases iniciales de la enfermedad, existiendo una marcada alteración de las pruebas que exploran la función ejecutiva como son el test del reloj o el test breve del recuerdo verbal (3, 5).

Demencia de cuerpos de Lewy: está calificada como la segunda causa de demencia degenerativa y la tercera causa más frecuente de todas las formas de demencias (10-15%), afecta sobre todo a mayores de 60 años, pudiendo ser más frecuente en varones. Como factores de riesgo tenemos la edad, y en algunos casos se han asociado factores genéticos (3, 15, 16).

En cuanto a su curso del deterioro cognitivo, se caracteriza por ser progresivo, acompañado de alguno de los síntomas principales: alucinaciones visuales recurrentes, fluctuaciones de la conciencia (desconexión del medio) y de la atención. Son hallazgos clínicos sugestivos: la sensibilidad a los neurolépticos y las alteraciones del comportamiento en la fase REM del sueño. Suele ser llamativa la gran afectación de las habilidades visuoespaciales; también pueden observarse en menor medida pérdida de la atención y de las funciones ejecutivas. La memoria, sin embargo, suele permanecer relativamente conservada (3-7, 15, 16).

En su exploración neurológica destacan síntomas de parkinsonismo (aumento del tono muscular y bradicinesia, inestabilidad postural o alteraciones de la marcha, que pueden estar presentes en fases iniciales); el temblor suele estar ausente. Otros hallazgos posibles de encontrar en la exploración son las incoherencias en el hilo del pensamiento y las caídas. Las alteraciones en el sistema nervioso autónomo son más frecuentes que en la demencia tipo Alzheimer, como son la hipotensión ortostática, la incontinencia urinaria, la disfunción eréctil, el estreñimiento, las alteraciones en la deglución o la sialorrea (3-5, 7, 15, 16).

En cuanto a los síntomas psiquiátricos más notables, podemos encontrar apatía, ansiedad, agitación y delirios, siendo muy frecuentes al principio y de aparición temprana. Pueden ser muy llamativas las alteraciones del comportamiento en la fase REM del sueño. En el 70% de los pacientes están presentes las alucinaciones visuales y casi el 40% puede padecer depresión, siendo esta última más frecuente en la demencia por cuerpos de Lewy que en Alzheimer (3, 15, 16). Las características principales en el cribado cognitivo en este tipo de demencia son la afectación llamativa de habilidades visuoespaciales y visuoespaciales, que se ve reflejada en las pruebas que valoran dichas áreas (por ejemplo, en la copia de los pentágonos del MMSE o el dibujo en el test del reloj), en menor medida pérdida de atención y de funciones ejecutivas, con memoria global conservada (3, 5, 15, 16).

Demencia frontotemporal: la menos frecuente de todas, siendo similar en ambos sexos, característicamente su edad de inicio es más temprana que las otras demencias, calificándose como la más frecuente antes de los 65 años, siendo su prevalencia de 1-15/100.000 habitantes en menores de esta edad (3). Engloba a diferentes entidades con distintas manifestaciones clínicas.

Como factores de riesgo consideraremos la incidencia familiar elevada, y en algunos casos dicha demencia está relacionada con enfermedad de neurona motora (17-23).

En cuanto a su curso del deterioro cognitivo, en algunos casos la progresión de la enfermedad puede ser más rápida que en otras formas de demencia. Son llamativas en las fases iniciales las cambios en el comportamiento social y en la personalidad, ausencia de conciencia de enfermedad, así como importante afectación de las funciones ejecutivas. Las habilidades visuoespaciales y la memoria suelen estar conservadas. En las otras formas de demencia frontotemporal (afasia progresiva no fluente y demencia semántica) son más llamativos los cambios en el lenguaje (3-7, 17-23).

La exploración neurológica suele ser generalmente normal. En algunos casos se pueden observar síntomas y signos neurológicos de enfermedad de neurona motora (rigidez muscular, reflejos primitivos como los de garra, hoccio o de succión) y de leve parkinsonismo (acinesia, rigidez y temblor). En la variante de afasia progresiva puede observarse dificultad motora en la emisión del lenguaje (3-5, 7, 17-23).

En cuanto a los síntomas psiquiátricos más notables, ya desde las fases más iniciales de la enfermedad suelen ser muy llamativos los cambios en la personalidad y las alteraciones en el comportamiento social, como son la desinhibición, las alteraciones en la conducta alimentaria, en la conducta sexual y en la higiene personal, así como la ausencia de conciencia de enfermedad (3, 17-23).

Las características principales en el cribado cognitivo en este tipo de demencia son: la alteración de los test de la función ejecutiva frontal y la atención (test del reloj) y los test de fluencia verbal (listas de palabras de una categoría en tiempos determinados, por ejemplo, evocar animales durante un minuto). El test de las cartas de Wisconsin puede ser útil en estos pacientes, así como las pruebas neuropsicológicas con escalas del comportamiento de la disfunción frontotemporal, que pueden diagnosticar formas tempranas y distinguirlas de la demencia tipo Alzheimer o de la demencia vascular, con una sensibilidad y especificidad del 91 y 95%, respectivamente (10-14, 17-23). La memoria episódica reciente y las habilidades visuoespaciales suelen estar conservadas hasta fases más avanzadas de la enfermedad. El MMSE no es útil en el diagnóstico, ya que no estudia las funciones frontales (3, 5, 17-23).

Bibliografía

1. van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(Suppl 5):v2-7. PubMed.
2. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet* 2002;360(9347):1759-66.
3. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H et al. EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *Eur J Neurol* 2012;19(9):1159-79.
4. Snowden JS, Thompson JC, Stopford CL, Richardson AM, Gerhard A, Neary D et al. The clinical diagnosis of early-onset dementias: diagnostic accuracy and clinicopathological relationships. *Brain* 2011;134(Pt 9):2478-92.
5. Galasko D. The diagnostic evaluation of a patient with dementia. *Continuum (Minneapolis)*. 2013;19(2 Dementia):397-410.
6. Salloway S. Clinical and pathological examples of Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, and frontotemporal dementia. *Med Health R I* 2012;95(7):207-9.
7. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, García A, Chow T, Borrie M et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*. 2008;178(7):825-36.
8. de Souza LC, Lamari F, Belliard S, Jardel C, Houillier C, de Paz R et al. Cerebrospinal fluid biomarkers in the differential diagnosis of Alzheimer's disease from other cortical dementias. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82(3):240-6.

9. Filippi M, Agosta F, Barkhof F, Dubois B, Fox NC, Frisoni GB et al. European Federation of the Neurologic Societies. EFNS Task Force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Eur J Neurol* 2012;19(12):e131-40:1487-501.
10. Galvin JE, Sadowsky CH, NINCDS-ADRDA. Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *J Am Board Fam Med* 2012 May-Jun;25(3):367-82.
11. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012;24(7):1034-45.
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
13. Savva GM, Stephan BC; Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group. Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: a systematic review. *Stroke* 2010 Jan;41(1):e41-6.
14. Henry G, Williamson D, Tampi RR. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia, a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011;26(3):169-83.
15. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, Auerbach SH, Casey KR, Chowdhuri S et al. Standards of Practice Committee; American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *J Clin Sleep Med* 2010 Feb 15;6(1):85-95.
16. Kurita A, Murakami M, Takagi S, Matsushima M, Suzuki M. Visual hallucinations and altered visual information processing in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. *Mov Disord* 2010 Jan 30;25(2):167-71
17. Baborie A, Griffiths TD, Jaros E, Momeni P, McKeith IG, Burn DJ et al. Frontotemporal dementia in elderly individuals. *Arch Neurol* 2012;69(8):1052-60.
18. Boxer AL, Knopman DS, Kaufer DI, Grossman M, Onyike C, Graf-Radford N et al. Memantine in patients with frontotemporal lobar degeneration: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2013;12(2):149-56.
19. Chan DK, Reutens S, Liu DK, Chan RO. Frontotemporal dementia-features, diagnosis and management. *Aust Fam Physician* 2011;40(12):968-72.
20. Fernández-Matarrubia M et al. Demencia frontotemporal variante conductual: aproximación clínica y terapéutica. *Neurología* 2013. doi:10.1016/j.nrl.2013.03.001.
21. Méndez MF, Joshi A, Tassniyom K, Teng E, Shapira JS. Clinicopathologic differences among patients with behavioral variant frontotemporal dementia. *Neurology* 2013;80(6):561-8.
22. Omar R, Mahoney CJ, Buckley AH, Warren JD. Flavour identification in frontotemporal lobar degeneration. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013;84(1):88-93.
23. Vercelletto M, Boutoleau-Brettonnière C, Volteau C, Puel M, Auriacombe S, Sarazin M et al. French research network on Frontotemporal dementia. Memantine in behavioral variant frontotemporal dementia: negative results. *J Alzheimers Dis* 2011;23(4):749-59.

Rehabilitación: tratamiento no farmacológico

María Rosa Gutiérrez Grau

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Musicoterapeuta. ACUT Mataró-Maresme. Centro de Asistencia Primaria. Arenys de Mar. Barcelona.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: LA REHABILITACIÓN DE LOS PROCESOS MNÉSICOS

Se reconoce cada vez más que los tratamientos farmacológicos para la demencia se deben utilizar como un enfoque de segunda línea y que las opciones no farmacológicas deben, en las mejores prácticas, perseguirse primero.

Con demasiada frecuencia, en la práctica, sin embargo, los enfoques farmacológicos relacionados con la medicación sedante, neurolépticos, u otros, se utilizan como tratamiento de primera línea, a pesar de la modesta evidencia de la eficacia en los ensayos clínicos, en los que las tasas de respuesta alta a placebo se ven con frecuencia (1).

La prescripción inadecuada e innecesaria se ha convertido en un problema, de tal manera que más del 40% de las personas con demencia en centros de atención en los países desarrollados están tomando fármacos neurolépticos (2).

La prescripción de estos medicamentos, sin intentar otras opciones de tratamiento es de particular interés debido a los efectos adversos importantes asociados a su uso, especialmente en personas con demencia. Los efectos secundarios como sedación, caídas y síntomas extrapiramidales son bien conocidos, y algunos trabajos indican que el tratamiento neuroléptico de demencia conduce a la reducción del bienestar y calidad de vida (3) e incluso puede acelerar el deterioro cognitivo (4).

Son diversas las terapias no farmacológicas encaminadas a mejorar la cognición, evitar la progresión y, sobre todo, mejorar la conducta de pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve (donde parece que mejor funcionan). En este capítulo abordaremos dos de ellas: la estimulación cognitiva y la musicoterapia.

Existe variabilidad en la literatura con relación a estas terapias, sin embargo, se constata evidencia científica a favor de las que mencionaremos. Por ejemplo, revisiones sistemáticas sugieren que las sesiones grupales de estimulación cognitiva pueden tener un efecto positivo en el comportamiento de los pacientes institucionalizados con demencia (5).

La musicoterapia se evaluó en una revisión Cochrane por Vink y cols. (2003). Los resultados de estos estudios apuntan a un efecto positivo de la terapia de música en problemas de conducta en pacientes con demencia. Por ejemplo, dos estudios que investigaron de forma individual basados en intervenciones de musicoterapia receptiva, ambos encontraron una diferencia significativa en la frecuencia de la merma de comportamientos agresivos. Además, uno de los cinco estudios que evaluó en grupos activos la musicoterapia encontró diferencias significativas en la mejoría de la agitación en estos pacientes (6).

ESTIMULACIÓN COGNITIVA: TERAPIA GRUPAL Y AUTOADMINISTRADA

Se puede definir estimulación cognitiva como el conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo, estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados. Esta terapia tiene su base científica en el cuerpo de conocimientos que aportan la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva, así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y motivación humana.

Dentro de la línea de los objetivos citados para el conjunto de terapias no farmacológicas, la estimulación cognitiva se dirige de un modo más específico a mejorar el funcionamiento cognitivo de las personas con deterioro cognitivo o demencia, potenciando las capacidades y habilidades cognitivas todavía preservadas, así como enlenteciendo el proceso de deterioro.

Existe evidencia consistente de que las intervenciones de estimulación cognitiva benefician la función cognitiva y los aspectos de bienestar (7), por tanto, debería estar más ampliamente disponible en la atención de la demencia.

En la intervención cognitiva, los conceptos de formación cognitiva, rehabilitación cognitiva y la estimulación cognitiva son los enfoques más populares (7). Estos casos son complementarios, y la elección de un enfoque particular depende de los objetivos de la mejora cognitiva o el mantenimiento y en el perfil cognitivo de la población objetivo (8).

El entrenamiento cognitivo en general implica la práctica guiada de tareas estándar para aumentar o mantener determinadas funciones cognitivas como la memoria (9). La rehabilitación cognitiva, conocida como un enfoque individualizado, también implica la práctica de algunas tareas, pero en general se dirige a metas personales con el fin de mejorar, de una en una, las deficiencias específicas en la vida cotidiana en lugar de mejorar las actuaciones en determinadas tareas cognitivas (9). Las familias suelen estar muy involucradas en la rehabilitación cognitiva con el fin de encontrar estrategias para alcanzar los objetivos fijados para el paciente (10). La estimulación cognitiva promueve la participación en las actividades que tienen por objeto una mejora general del funcionamiento cognitivo y social, sin objetivos específicos (10).

La estimulación cognitiva difiere de la reeducación y rehabilitación cognitiva, que se aplica a los pacientes con una deficiencia cognitiva objetiva, por lo general debido al daño cerebral vascular o traumático. En estos casos, las técnicas aplicadas tienen como objetivo la restauración, corrección o adaptación de los procesos cognitivos dañados después de un proceso patológico. Es, por tanto, una estructura terapéutica que asimismo tiene que ocurrir bajo el control efectivo de un terapeuta del habla (por idioma) o neuropsicólogo (para la memoria y todas las demás funciones cognitivas) (Fig. 1) (11).

A pesar de que el término también se utiliza para la atención de los pacientes con patologías degenerativas cognitivas, la tendencia actual es la de favorecer la revalidación en este mismo contexto. La intención de revalidación es recuperar, restaurar, fortalecer o desarrollar estrategias cognitivas, interviniendo sobre la cognición alterada o manteniendo los componentes, dependiendo del caso. Para una definición completa, el concepto de educación cognitiva trae todos los enfoques educativos para impartir herramientas intelectuales juntas (Fig. 1) (11).

Por su parte, la estimulación o entrenamiento cognitivo está diseñado para los sujetos de edad avanzada, pero sanos, que sufren de deficiencias funcionales debidas al envejecimiento fisiológico. El término "optimización cognitiva" también se puede utilizar (12).

Las técnicas de estimulación están diseñadas para los pacientes individuales o para grupos, por su cuenta (terapia autoadministrada) o supervisados por los organizadores de la actividad. El objetivo, o al menos la razón de estimulación de la memoria (y de la estimulación cognitiva en el sentido más amplio) es desafiar ciertos componentes cognitivos de los pacientes ancianos normales, con el fin de ayudarles a ser más eficaces en la vida diaria y para permitir un bienestar psicológico y social, sin el cual no podemos considerar ninguna mejora cognitiva relevante (12).

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento es responsable de un procesamiento más lento de la información cognitiva, la capacidad de concentración es más baja y es más pobre el

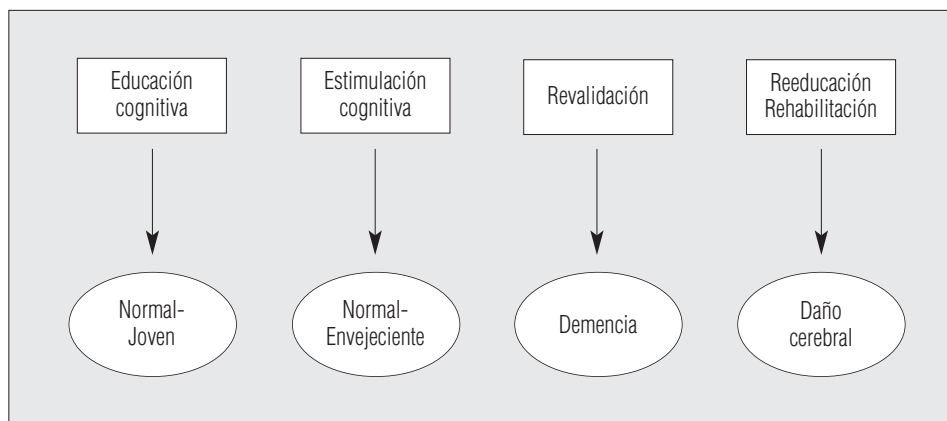


Figura 1.

desempeño de la memoria de trabajo. Las personas mayores también pueden sufrir los estereotipos negativos, son menos aventureras y más aisladas sobre el nivel social y funcional (13).

A pesar de las grandes diferencias individuales en función del nivel socio-educativo y campos personales de conocimiento, todos los estudios sobre la memoria del envejecimiento en las personas de edad avanzada muestran una disminución de la memorización explícita de habilidades, sobre todo cuando el asunto es complejo y requiere mayor atención (13).

En la tercera edad son más afectados por las interrupciones, es más difícil para ellos aplicar el procesamiento completo y paralelo del contenido a memorizar. Por último, las personas mayores alcanzan peores actuaciones en forma espontánea de recuperación de la información, siendo a la vez más eficientes con un recuerdo con claves.

El envejecimiento también es perjudicial para la memoria prospectiva y meta-memoria. La memoria prospectiva permite a una persona recordar la intención de hacer algo y se vuelve menos eficiente, por lo que las personas mayores necesitan tener un diario, por ejemplo. La meta-memoria se utiliza para controlar la memorización de actividades, para evaluar el grado de conocimiento, juicio y capacidad de recolección de sucesos (13).

Sin embargo, los envejecientes no tienen tanta afectación de las habilidades de organización del conocimiento, de los procesos mnésico-automáticos y de los campos personales de pericia (13).

Los estudios longitudinales han demostrado la relevancia cognitiva de aficiones regulares intelectualmente estimulantes. Así lo revela el estudio de Huck y cols. (14): más de 60 años, un estilo de vida activo, así como asumir nuevas actividades intelectualmente estimulantes estaban vinculados a un deterioro cognitivo reducido por medio de un impacto positivo en la memoria de trabajo, lo que facilita el mantenimiento global de las actuaciones cognitivas (14).

LOS DIFERENTES TIPOS DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Ejercicios de papel y lápiz

Lógicamente, los primeros son los ejercicios con papel y lápiz para uso individual no desarrollados por profesionales. Hay un sinnúmero de libros que pronto se han desacreditado por sus títulos prometedores y su ingenuidad conceptual. Existe una serie de inconvenientes sobre estos ejercicios de papel: enfoque mecánico, niveles de dificultad que no se pueden ajustar, se centran en el éxito, no se explica por retroalimentación al fallar... o tener éxito, imposible de hacer la más pequeña transferencia a situaciones cotidianas, etc.

“Actividades de memoria” y “Talleres de memoria”

Cuando los ejercicios de lápiz y papel son desarrollados por profesionales con una formación adecuada, pueden ser muy relevantes. Sin embargo, son más eficientes en un grupo y bajo la supervisión de un psicólogo que puede ajustar la dificultad del ejercicio, supervisar la dinámica de grupo y hacer de manera más fácil que los participantes adquieran las estrategias (12).

El impacto psicosocial de estos grupos no puede ser negado. No obstante, existe el riesgo de que los participantes dotados pueden desalentar a los sujetos menos activos y, por tanto, podrían ser los únicos que se benefician de estas sesiones.

Ejercicios informáticos

Personalmente, preferimos claramente el ordenador como un enfoque innovador. A pesar de la creencia popular, las personas mayores no tienen miedo de los ordenadores. Los mayores utilizan una gran cantidad de equipos de computación. Las personas mayores también tienen curiosidad por descubrir este nuevo mundo, de los cuales sólo pueden echar un vistazo en la televisión (anuncios, *flash* de noticias, cine, etc.). Finalmente, siempre es posible adaptar los materiales a deterioros de las personas de edad avanzada mediante el uso de toque de pantallas (13, 14).

Numerosos trabajos han demostrado el efecto beneficioso de tener actividades cognitivamente estimulantes naturales (bajo el aspecto de la forma de vida) tanto en el mantenimiento de la cognición activa en individuos maduros, como en el retraso en la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Los resultados del estudio ACTIVE así lo confirman (15).

ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON MUSICOTERAPIA

La música no es solo una actividad artística, sino un lenguaje encaminado esencialmente a comunicar, evocar y reforzar diversas emociones. La percepción y producción musical es una función particular del cerebro humano desde tiempos ancestrales, incluso precediendo al lenguaje verbal.

La música está considerada uno de los elementos que causan más placer en la vida; favorece la liberación de dopamina en el cerebro (16), como también lo hacen la comida, el sexo y las drogas. Todos ellos son estímulos que dependen de un circuito cerebral subcortical en el sistema límbico, es decir, aquel sistema formado por estructuras cerebrales que gestionan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales; particularmente, el núcleo caudado y el núcleo accumbens y sus conexiones con el área prefrontal. Los estudios que muestran una activación neuronal ante los estímulos mencionados revelan un importante solapamiento entre las áreas, lo que sugiere que todos activan un sistema en común.

Gracias a técnicas sofisticadas de neuroimagen, como la resonancia magnética funcional (RMf), la tomografía por emisión de positrones (PET), así como la magnetoencefalografía (MEG), se han podido determinar cuáles son las áreas cerebrales involucradas en multitud de actividades musicales.

Según se desprende de algunos estudios realizados con las técnicas mencionadas, el procesamiento de la música es independiente del lenguaje común y cada uno utiliza circuitos distintos, pudiendo estar uno afectado gravemente y el otro prácticamente indemne.

Robert Zatorre, uno de los científicos fundadores del laboratorio de investigación *Brain, Music and Sound* (cerebro, música y sonido) de Canadá, describe así los mecanismos neuronales de percepción musical: una vez que los sonidos impactan en el oído, se transmiten al tronco cerebral y, de ahí, a la corteza auditiva primaria. Estos impulsos viajan a redes del cerebro importantes para la percepción musical, pero también para el almacenamiento de la música ya escuchada. La respuesta cerebral a los sonidos está condicionada por lo que se ha escuchado anteriormente, dado que el cerebro tiene una base de datos almacenada y proporcionada por todas las melodías conocidas.

Por otra parte, dentro de dicho procesamiento podrían existir canales independientes para los elementos musicales temporales (ritmo), melódicos (tono, timbre, melodía), memoria y respuesta emocional (17).

Como se muestra en la figura 2, el estímulo musical es un estímulo multimodal y multisensorial ya que transmite información visual, auditiva y motora a nuestro cerebro, el cual cuen-

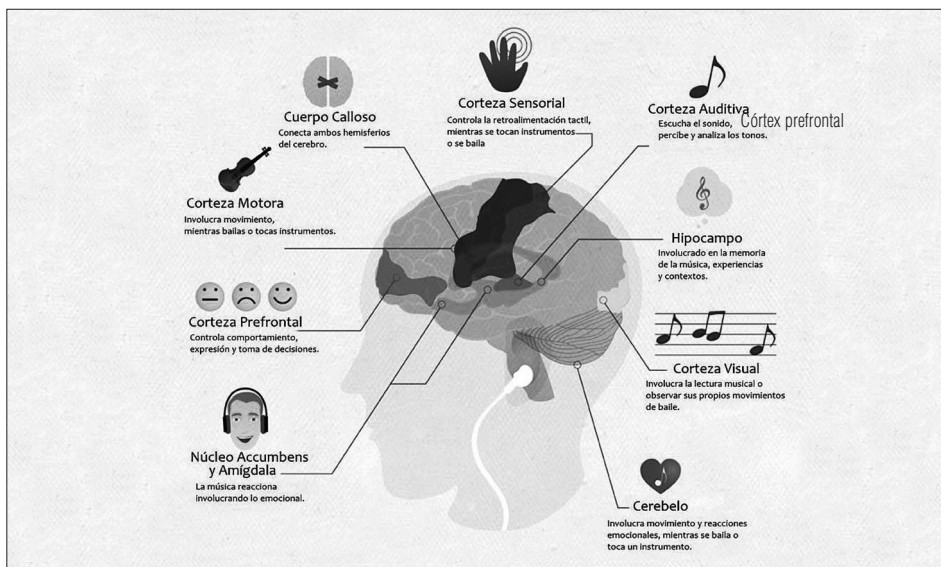


Figura 2. Esquema sobre el estímulo musical y el cerebro multifocal.

ta con una red específica para su procesamiento, pero, además, este procesamiento produce una respuesta que se traduce a nivel cognitivo, motor y/o emocional. En dicho binomio estímulo-respuesta multisensorial la musicoterapia basa sus pilares.

MUSICOTERAPIA. DEFINICIÓN

La *American Music Therapy Association* (AMTA) define la musicoterapia como una profesión, en el campo de la salud, que utiliza la música y las actividades musicales para tratar necesidades físicas, psicológicas y sociales de personas de todas las edades. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de personas sanas y cubrir las necesidades de niños y adultos con discapacidades o patologías físicas, motoras o emocionales. Según la *World Federation of Music Therapy*, la musicoterapia consiste en el uso profesional de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía, etc.) por un musicoterapeuta, como una intervención en un contexto clínico, educativo o cotidiano tanto a nivel individual como grupal, a través de un programa diseñado para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales, cognitivas y de comunicación” (18).

UTILIDAD DE LA MUSICOTERAPIA EN GERIATRÍA

La musicoterapia, en definitiva, busca descubrir potenciales y restituir funciones del individuo para que este alcance una mejor organización intra e interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida (19). Se trata de una terapia activa. El tipo de intervención, la metodología y las técnicas utilizadas se realizarán en función del modelo terapéutico que adopte el terapeuta, la filosofía de la institución donde el profesional desarrolle su actividad, así como de las condiciones generales de la persona o grupo que participe en la intervención. De la habilidad del musicoterapeuta, tanto para elegir el estímulo musical idóneo en función del aspecto patológico que se vaya a tratar, como para valorar el impacto de dicho estímulo en el individuo, dependerá la consecución de los objetivos terapéuticos marcados.

La aplicación de la musicoterapia en el campo de la geriatría ofrece amplias posibilidades de intervención. El objetivo principal sería conseguir y/o mantener los máximos niveles de funcionamiento en cualquiera de las dimensiones de la persona de edad avanzada a través de actividades musicales específicas que logren su participación en distintas tareas musicales que, previamente planificadas y estructuradas por el musicoterapeuta, permitan trabajar unos objetivos terapéuticos específicos. La actividad musical tendrá un mayor impacto en pacientes con trastorno cognitivo leve o moderado, por su carácter progresivamente evolutivo hacia estadios con mayor deterioro, en los cuales se ha evidenciado que la estimulación musical puede producir mejoras a nivel físico y psíquico, incrementando la motricidad, reforzando y

frenando el proceso involutivo de la memoria, disminuyendo la ansiedad y la tristeza, aumentando la comunicación interpersonal, fortaleciendo vínculos afectivos, fomentado la sociabilidad y evitando así la tendencia del anciano al aislamiento (19). Diversos estudios han remarcado también la importancia de la estimulación cognitiva precoz a través de la música en los cuadros de demencia incipiente o deterioro cognitivo leve (DCL), al conseguir que el proceso evolucione más lentamente (20, 21).

Otros trabajos constatan que, en estadios más evolucionados de la enfermedad, puede que estas técnicas sean las únicas que resulten efectivas cuando la farmacología ha dejado de cumplir su función terapéutica.

La persona diagnosticada de demencia y sus cuidadores han de afrontar las transformaciones que comporta la enfermedad a nivel físico, cognitivo y social, hecho que impacta negativamente en su calidad de vida. Es imprescindible integrar en sus actividades nuevos modelos terapéuticos que, sin sustituir a los tratamientos farmacológicos convencionales, puedan aportar beneficios en cuanto a potenciar habilidades aún presentes e, incluso, descubrir otras nuevas, y que su práctica comporte un aumento de la autoestima.

El concepto de musicoterapia implica que las actividades propuestas durante el proceso terapéutico puedan extrapolarse fuera de la institución donde se practican, pudiéndose realizar en el mismo entorno familiar, donde se podrían compartir con el cuidador. De esta forma, muchos programas de musicoterapia ofrecen la posibilidad de integrar también a los cuidadores de estos pacientes, que son los primeros en detectar los cambios, generalmente de comportamiento y de carácter, lo cual marcará un rumbo diferente a su interrelación.

Diversos trabajos hallados en la bibliografía existente sobre los efectos de la música y su utilidad en el campo de la salud en geriatría concluyen lo siguiente:

- Las personas con demencia, a pesar de manifestar un déficit del lenguaje y de la memoria, continúan cantando canciones del pasado y bailando con melodías antiguas (memoria remota).
- La música puede ser un canal de comunicación para recordar y repasar eventos importantes de la vida (memoria biográfica).
- Mientras el lenguaje común se va deteriorando, ciertas habilidades musicales continúan preservándose, como podría ser el seguimiento de una línea melódica o una pauta rítmica (memoria musical).
- La musicoterapia ofrece un sentimiento de éxito y logro, de dinamización y estimulación, de evocar palabras, de calmar y dar confort al enfermo y a su cuidador (terapia psicosocial).
- La música puede paliar algunas reacciones conductuales y/o emocionales, especialmente en las etapas más avanzadas de la demencia (terapia paliativa).

Funciones específicas de la musicoterapia en el campo de las demencias

Las funciones se cumplen a diferentes niveles:

- **A nivel del área cognitiva.** Es un área que se somete irreversiblemente a un deterioro por el proceso de senectud. La música, y concretamente la melodía musical, ejerce un importante papel estimulador de las facultades, como la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación espacial y la temporal. Diversas referencias bibliográficas afirman su eficacia en las siguientes áreas: estimulación de la memoria episódica y autobiográfica (22, 23), potenciación del funcionamiento cognitivo general (24), aprendizaje de palabras nuevas (25), reconocimiento de caras (26), mejora en la fluidez y contenido del lenguaje (27).
- **En la activación de la memoria autobiográfica.** La música, a través de una melodía o de acordes conocidos, es capaz de desenterrar sentimientos y evocar sensaciones vividas con tanta calidad y rapidez que permite reforzar la integridad de los pacientes en los que el paso del tiempo ha ido borrando los hechos que han forjado su historia personal. Así mismo, estos hechos también pueden ser canalizados a través de actos musicales, compartidos por otros individuos afines, ejerciendo entonces la música el poder socializador también implícito en este arte, ya que la música es universal, imperecedera, quedando latente en el subconsciente de los individuos, formando un tándem con sus recuerdos.
- **A nivel físico y motor.** El ritmo musical también posee la capacidad de influir positivamente en fomentar las funciones del área psicomotriz, promoviendo de esta forma el movimiento autónomo. En el campo de la demencia avanzada se han aplicado y evaluado técnicas específicas de musicoterapia neurológica, como la estimulación auditiva rítmica, que ha demostrado ser efectiva a varios niveles, como por ejemplo a nivel del personal sanitario, por el hecho de reducir el esfuerzo necesario a la hora de ejercitar la marcha de los pacientes, facilitando su desplazamiento, así como su autonomía (28).
- **A nivel psicoemocional.** Algunos signos típicos de la demencia son la apatía, el aislamiento y la pérdida de habilidades sociales, en general. Se ha observado que las personas con demencia que no participan durante periodos largos en actividades estimulantes son más proclives a síntomas como la ansiedad, la depresión y la paranoia. En cambio, la participación de estas personas en actividades que contribuyen a tener un sentimiento de éxito afecta de forma positiva a la disminución de emociones negativas (29), así como a otro tipo de mejoras, como la interacción personal, la socialización y la comunicación verbal, el estado anímico más positivo y menos síntomas de depresión, un aumento de las muestras de conductas sociales (sonrisas, contacto ocular, contacto físico, comunicación y expresividad), y una mejora en la adaptación a nuevas situaciones.

- **A nivel conductual.** La musicoterapia ha demostrado su utilidad en el abordaje de problemas de conducta que pueden aparecer en diferentes fases de las demencias, lo cual permitiría reducir el uso de psicofármacos para mejorar ciertos síntomas, como el delirio, la agitación, la irritabilidad, la deambulación errática, las estereotipias, etc. Si bien son precisos más estudios al respecto para demostrar su evidencia (30).

Objetivos de la musicoterapia en las demencias

Los objetivos para el desarrollo del área perceptivocognitiva mediante las actividades musicales diseñadas, se centrarían en los siguientes aspectos:

- Estimular/mantener las capacidades mentales.
- Estimular el control de la atención mediante el mantenimiento de la misma durante la actividad musical a través del seguimiento del pulso rítmico, u otros indicadores de la atención que evalúen dicho objetivo (atención mantenida).
- Mantener y estimular la habilidad de la orientación y de la atención, filtrando y evitando aquellos aspectos irrelevantes para el desarrollo de las actividades musicales, evitando la distracción (atención selectiva).
- Estimular habilidades que favorezcan el entrenamiento de la precisión y la velocidad mediante diferentes actividades musicales que requieran cambios del foco y de la modalidad de atención (visual, auditiva).
- Codificar y recuperar hechos autobiográficos con referencia espacio-temporal mediante diferentes técnicas de reminiscencia.
- Estimular la memoria reciente y la retrograda con la evocación inmediata a partir, por ejemplo, del recuerdo y la comprensión de la consigna dada, los ecos rítmicos, la línea melódica, etc. (registrar-retener y recordar).
- Fomentar la percepción auditiva mediante actividades de discriminación auditiva, memoria auditiva, figura-fondo y localización auditiva.
- Estimular y/o mantener diferentes procesos psicológicos superiores, como por ejemplo la toma de decisiones, la planificación, la capacidad de elección, el razonamiento, etcétera.
- Estimular la denominación semántica mediante la búsqueda, selección y recuperación del almacén semántico, así como la fluidez de acceso al léxico y al conocimiento conceptual.

El objetivo específico individual se basaría fundamentalmente en mejorar el rendimiento cognitivo, enlenteciendo así el avance del deterioro mnésico.

Para ello, es necesario involucrar a los pacientes en las actividades programadas con el fin de que, a través de la satisfacción experimentada al realizarlas, resurjan sus capacidades de

superación y autoestima a través de la puesta en práctica de tales actividades, lo cual les permite, incluso, descubrir o recordar capacidades innatas ya olvidadas. La posibilidad de compartir estas actividades con sus cuidadores favorecería la incorporación de elementos didácticos a través de la música para seguir utilizándolos fuera de los talleres de manera compartida y conjunta, sirviéndoles de apoyo para seguir trabajando la estimulación cognitiva y, en definitiva, su vínculo emocional, lo cual no hace más que reforzar los objetivos terapéuticos.

Estructura de las intervenciones terapéuticas en musicoterapia para las demencias

Para una intervención terapéutica específica es preciso conocer al grupo o individuo al que irá destinada y su grado de deterioro cognitivo y funcional, a fin de adaptar, de la forma más precisa, las estrategias musicales utilizadas a las necesidades y capacidades que se deseen trabajar.

Las sesiones de musicoterapia deben diseñarse y estructurarse previamente, adaptando cada apartado a los aspectos peculiares de la patología y los pacientes que se van a tratar, así como trazando un objetivo terapéutico alcanzable y que forme parte de un proceso en el que el paciente experimente un cambio en su estado.

La estructura estándar de una sesión sería la compuesta de las siguientes partes:

- **Bienvenida.** En ella se realizarán actividades de participación colectiva encaminadas a activar la psicomotricidad y la integración grupal, así como reforzar vínculos a través de actividades que fomenten la participación general, sobre todo mediante alguna práctica musical dirigida con movimiento, como saludarse mutuamente, cantar una canción conocida con los nombres de los participantes, saludar con el nombre, entonando una canción, recordar el nombre de todos, adivinar los pacientes ausentes en la sesión, actividades de movimiento con melodías que inviten a la familiarización entre los participantes, como marchas dirigidas o espontáneas con piezas musicales de ritmo marcado y claro, a fin de facilitar el movimiento, es decir, actividades que inviten al saludo mutuo y la cohesión.
- **Desarrollo.** Es el cuerpo de la sesión donde se realizarán actividades de carácter musical, pero con un trabajo más individual, sobre todo a nivel cognitivo, sensorial, perceptivo y de memoria. Para ello, se elegirán tareas específicas que se vincularán con bases musicales abiertas a modificaciones en función de la respuesta de los participantes, como por ejemplo: relacionar objetos, olores, sensaciones, recuerdos, vivencias con la música, visualizaciones, viajes musicales, rememorar letras de canciones, confeccionar canciones con letras diferentes, identificar ritmos y melodías, y su seguimiento con instrumentos, etc. En este apartado de la sesión, las actividades serán más pasivas desde el punto de vista de la motricidad, pero serán más activas desde el punto de vista intelectual y cognitivo.



Figura 3. Imagen de una sesión de musicoterapia grupal.

- **Despedida.** Se trata de una actividad totalmente participativa con carácter meramente musical y espontánea, permitiendo a los usuarios la libre expresión a través de la música. Así mismo, se dedicaría esta última parte de la sesión a repasar las actividades realizadas para remarcar los objetivos que se perseguían con ellas y tomar conciencia de los logros conseguidos, así como reforzar vínculos entre los participantes para mantener su adhesión al programa y la continuidad del mismo.

Técnicas utilizadas en las sesiones de musicoterapia

Las múltiples técnicas y metodologías existentes en cuanto a la aplicación de la música y sus diferentes componentes y elementos musicales confieren a esta disciplina una gran riqueza y flexibilidad, a la vez que resulta de una gran complejidad la elección del método más indicado, objetivo terapéutico marcado por la propia variabilidad de los pacientes que se van a tratar, así como de los diferentes estados de sus procesos patológicos (30).

Dichas técnicas pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. **Técnicas pasivas o receptivas.** En ellas, la producción musical proviene de una fuente externa al paciente y al terapeuta. Algunas de ellas serían:
 - Audición musical con música descriptiva, con el objetivo de provocar recuerdos y sentimientos, así como cambios emocionales y expresión de emociones.
 - Audición con expresión plástica.

- Música con un componente fundamentalmente rítmico para fomentar el movimiento y acompañar a las actividades de estimulación psicomotriz.
 - Audiciones con imágenes guiadas, basadas en el método GIM (imágenes guiadas con música), para estimular la percepción sensorial y sensitiva, como en el caso de las visualizaciones.
 - Audiciones para inducir estados de relajación y distensión mediante sesiones de seguimiento melódico a través de movimientos de masaje compartido entre los participantes, o trabajo de respiración/relajación.
2. **Técnicas activas.** En ellas, la producción y el trabajo musical provienen del paciente, del terapeuta o de ambos a la vez.
- A través de la improvisación musical con instrumentos, fundamentalmente la técnica Orff (30), con la finalidad de fomentar el conocimiento de ellos mismos y de sus facultades rítmicas, y animar al diálogo musical tanto entre ellos como con el equipo de musicoterapeutas.
 - Acompañamiento musical con música programática mediante el método Dalcroze (31) para favorecer la percepción musical y su expresión a través del cuerpo.
 - Percusión corporal.
 - Técnicas de canto y entonación de piezas musicales conocidas por los participantes o piezas musicales no conocidas, pero con contenido contextual que favorezca la cohesión grupal y la expresión emocional o creación de la letra a partir de las propuestas de los pacientes (*song-writing*), realizando un trabajo cognitivo de creatividad, memoria y atención.

Actividades y recursos para el trabajo de estimulación musical

A continuación se señalan algunas de las actividades más utilizadas en las sesiones de musicoterapia y que serán combinables entre sí, de manera que se realizarían varias a la vez en una sesión cuya duración suele ser de 45 a 60 minutos, con una periodicidad generalmente semanal (31).

1. Recursos cognitivos

- Trabajos de memoria, relacionando la música con objetos o elementos referenciales.
- Reconocimiento perceptivo sensorial de la música relacionada con un objeto a través de los sentidos táctil u olfativo.
- Reconocimiento de sintonías o músicas de diferente origen geográfico pertenecientes a la identidad de los participantes.
- Elaboración de la letra de una canción a partir de una lluvia de ideas, generada a partir de un trabajo grupal (*song-writing*).

- Reconocimiento y recuerdo de músicas de la infancia o del lugar de nacimiento a través del estímulo visual a partir de una imagen relacionada (anuncio publicitario) o una actividad (juego infantil). Reminiscencia.
- Reconocimiento y repetición de una frase musical, encadenándola a otras del resto de participantes a la sesión.

2. Recursos psicocorporales

- Baile rítmico: seguimiento del ritmo y sus pautas con el movimiento (Dalcroze) (31, 32).
- Baile melódico: seguimiento de la melodía y sus variaciones con el movimiento.
- Danza grupal: seguimiento programado y estereotipado de la música en grupo a través de instrucciones concretas.
- Seguimiento de una melodía con el movimiento de un objeto: pañuelo, lápiz de color, etcétera.
- Trabajo de respiración y relajación.
- Movimientos en “espejo” con música. Imitación del movimiento en pareja.

3. Recursos vocales

- Canto grupal con letra escrita de la canción, total o parcialmente (trabajo cognitivo), o sin ella, con acompañamiento musical (guitarra).
- Canto con acompañamiento de percusión creada con diferentes grupos de instrumentos para tal fin.

4. Improvisación musical

- Improvisación musical o rítmica con el propio cuerpo.
- Improvisación musical con instrumentos de percusión.
- Canto con improvisación de diálogos musicales.

5. Recursos sensoriales

- Visualizaciones con música programática.
- Técnicas de relajación e interiorización mediante la percepción melódica.
- Masajes corporales con movimientos, representando los componentes musicales, como el ritmo o la melodía, y los tempos.

6. Recursos plásticos

- Realizar trabajos de pintura abstracta con música.
- Pintar dibujos relacionados con la audición musical.
- Dibujar las líneas melódicas o los cambios de ritmo combinados con variaciones de color.

En resumen, como vemos, la musicoterapia cuenta con una amplia variedad de aplicaciones y procedimientos para su objetivo terapéutico, lo cual favorece la adaptación a cualquier circunstancia y grado de afectación del paciente. En cuanto al papel estimulante de las funciones cerebrales superiores, como la memoria, la atención, la concentración, el habla, etc., se ha comprobado en diferentes estudios que la intervención programada con música puede interferir en la evolución del deterioro cognitivo a la vez que puede optimizarse dicha intervención para estimular otras funciones deterioradas, ya sea por el propio proceso senil o por la misma enfermedad neurodegenerativa. Su uso, junto con el tratamiento farmacológico, resulta una buena fórmula a la hora de contrarrestar el proceso neurodegenerativo, y mucho más eficaz cuanto más precozmente se realice, si bien en los estados avanzados de demencia la “función musical preservada” y el concepto de neuroplasticidad son fundamentales en la planificación y organización de actividades en estos pacientes, en los que un elemento emergente, como puede ser el trabajo a través del ritmo, para el que no se precisa un proceso cortical (sino que se activa de manera automática a nivel subcortical), puede ser determinante cuando las terapias farmacológicas hayan dejado de ser efectivas (33, 34).

Neurólogos de gran prestigio, como el doctor Oliver Sacks, han manifestado que la música posee la capacidad exclusiva para organizar y reorganizar la función cerebral cuando esta está alterada.



Figura 4. Los instrumentos : recursos para la expresión musical de los pacientes.

Bibliografía

1. Ballard CG & O'Brien JT. Pharmacological treatment of behavioural and psychological signs in Alzheimer's disease: how good is the evidence for current pharmacological treatments? *BMJ*. 1999;319:138-9.
2. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001. 16:39-44.
3. Ballard CG, O'Brien J, Jamesletal (2001). *Dementia: Management of Behaviouraland Psychological Symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
4. McShane R, Keene J, Gedling K et al. Do neuroleptic drugs hasten cognitive decline in dementia? Prospective study with necropsy follow-up. *BMJ*. 1997;314:211-2.
5. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, del Ser T et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's Disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2010;30:161-78.
6. Vink AC, Birks J, Bruinsma MS. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: Reviews. PUB: John Wiley & Sons, Ltd. 2003; Issue 4. Rehabilitación: tratamiento no farmacológico 45.
7. Aguirre et al. Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Ageing Research Reviews* Volume 12, Issue 1, January 2013;253-62. Special Issue: Invertebrate Models of Aging.
8. Clare L, Woods RT, Cook EDM, Orrell M and Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Systematic Review* 2003; vol. 4, Article ID CD003260.
9. Buschert V, Bokde ALW, and Hampel H. Cognitive intervention in Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*. 2010;6(9):508-17.
10. Valenzuela M and Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;17(3):179-87.
11. Frances Yates. *L'Art de la mémoire*. Gallimard, Paris, 1975.
12. Rotrou J. Stimulation cognitive et Vieillesse. In "Gérontologie préventive", collection "Abrégés de Médecine". Masson. 2002;395-408.
13. Croisile B. Le vieillissement cognitif: le futur âge d'or des neurones? *La Revue de Gériatrie*. 2003;28(5):395-402.
14. Hultsch DF, Hertzog C, Small BJ, Dixon RA. Use it or lose it: engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychol Aging*. 1999;14(2):245-63.
15. Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, Morris JN, Rebok GW, Smith DM, Tennstedt SL, Unverzagt FW, Willis SL, for the ACTIVE Study Group. Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288: 2271-81.
16. Salimpoor VN, Benovoy M, Larcher K, Dagher A & Zatorre RJ. Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*. 2011.
17. Arias Gómez M. Música y Neurología. *Neurology* 2007;22(1):39-45.
18. World Federation for Music Therapy. (2011). Recuperado el 15 febrero 2012, a http://fmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html.
19. Mateos-Hernández LA. *Musicoterapia. Guía de implantación. Intervenciones no farmacológicas*. Madrid: IMSERSO/Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
20. Ballard C, Fossey J, Chithramohan R, Howard R, Burns A, Thompson P et al. Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *British Medical Journal*. 2001;323:426-7.
21. Thyer G. *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires. Paidós. 1971.
22. Torres E. *Musicoterapia y tercera edad*. Música, Arte y Proceso. 1996;2:21-3.
23. Cevasco AM & Grant RE. Comparison of different methods for eliciting exercise-to-music for clients with Alzheimer's disease. *Journal of Music Therapy* 2003;40:41-56.
24. Guétin S, Portet F, Picot MC, Pomié C, Messaoudi M, Djabelkir L et al. Effect of Music Therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomized, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2009;28(1):36-46.
25. Rickert E, Duke L, Putzke J, Marson D, Graham K. Early stage Alzheimer's disease disrupts encoding of contextual information. *Aging, Neuropsychology and Cognition*. 1998;5(1):73-81.
26. Prickett CN, Moore R. The use of music to aid memory of Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy*. 1991;28(2):101-10.
27. Brotons M, Pickett-Cooper P. Preferences of Alzheimer's disease patients for music activities: singing, instruments, dance/movement, and composition/improvisation. *Journal of Music Therapy*. 1994;31(3):220-33.
28. Thaut MH. *Scientific model for music in therapy and medicine*. San Antonio: IMR Press, 2000. 28. Brotons, M & Martí P. Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers. A pilot project. *Journal of Music Therapy*. 2003;40 (2);138-50.
29. Gómez Romero, M, Jiménez Palomares M, Rodríguez Mansilla J. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. *Neurología (english edition)*. 2017;32(4):253-63.
30. Kydd P. Using music therapy to help client with Alzheimer's disease to adapt long term care. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 2001;16 (2)103-8.
31. Betes de Toro M. *Fundamentos de Musicoterapia*. Morata, 2000.
32. Poch S. *Compendio de Musicoterapia (1)*. Barcelona. Herder.
33. Sole C, Mercadal M, de Castro M, Galarí A. Aportacions de la Musicoterapia a les persones amb demència. *Rev. de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport*. 2012;30(1):137-41.
34. Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of Music Therapy on Patients with Dementia-A Systematic Review. *Rev Geriatrics*. 2020;25:5(4):62.

Tratamiento farmacológico de las demencias y síntomas conductuales

Pablo Gregorio Baz Rodríguez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Ciudad Rodrigo. Salamanca. Grupo Nacional Neurología SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

Según un estudio sobre prevalencia de uso de fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA) y su evolución temporal, con base de datos de AP (BIFAP) más de la mitad de los pacientes está sin tratar (1).

Dentro del esquema de las demencias debemos distinguir entre el tratamiento de los **síntomas cognitivos** por su deterioro progresivo, como son la memoria, lenguaje, función ejecutiva, orientación, función visuoespacial y **los síntomas conductuales y psicológicos** relacionados con el área afectiva, como son el estado de ánimo y el área motora (hiperactividad, agitación, agresividad, conducta aberrante) (2).

Los objetivos del médico de Atención Primaria ante las demencias serán (3):

1. Aumentar la tasa de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias que reciben un tratamiento adecuado a su diagnóstico y estadio de la enfermedad. Solo la mitad de los pacientes con demencia reciben un tratamiento adecuado.
2. Promover entre los profesionales la actitud empírica de ensayar el cambio de fármaco en situaciones de baja tolerancia o aparente falta de eficacia.
3. Promover entre los médicos y personal de enfermería actitudes dirigidas a fomentar la adherencia al tratamiento.
4. Aprovechar la historia clínica para llevar a cabo estudios comparativos de enfermos tratados y no tratados, sobre el efecto del tratamiento (tabla I).

Tabla I. Percepción de la eficacia de los tratamientos (EA) por parte de los profesionales (4)

	Detener el curso de la enfermedad	Retrasar la progresión	Estabilizar síntomas transitoriamente	Mejorar síntomas cognitivos	Control síntomas conductuales	Mejorar funcionalidad	Mejorar calidad de vida
AP	6%	80%		42%	43%	34%	54%
Neurólogo	2%		57%	32%	62%	34%	52%
Geriatra	4%	71%	58%	36%	63%	39%	56%

El tratamiento etiológico de las demencias tan solo es efectivo en las de origen secundario, que únicamente representan el 1-3%. Por tanto, será enfocado al tratamiento sintomático de la enfermedad. La mayoría de los fármacos que se usan en el tratamiento sintomático están autorizados en las demencias degenerativas primarias. Disponemos de dos tipos de fármacos:

- Inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (ICAE): donepezilo, rivastigmina y galantamina.
- Y los receptores de N-metil D aspartato (NMDA): memantina.

Es también importante el tratamiento adecuado de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, cardiopatías, arterioesclerosis) tanto en la EA como en demencias secundarias vasculares, ya que reducen el riesgo de eventos vasculares que empeorarían el pronóstico (2).

¿Hay tratamientos preventivos?

Se ha de plantear la puesta en marcha de estrategias de prevención de la demencia desde la perspectiva del estado actual de la ciencia médica y social. Avanzar en un abordaje de apoyo y una atención coordinada social y sanitaria en torno a cada persona, especializado y adaptado a sus necesidades en cada fase de la enfermedad, de base comunitaria y que potencie su participación y autodeterminación (5).

En el momento actual no. Hay estudios que confirman que el control de la TA puede ser una estrategia preventiva del desarrollo de demencias y de Alzheimer en particular. El control de los demás factores de riesgo no está claramente demostrado que prevenga la EA, aunque hay estudios que demuestran asociación. Hay estudios con AINEs, antioxidantes, terapia hormonal sustitutiva, estatinas, antidiabéticos con efecto preventivo que precisan ensayos clínicos que lo confirmen y baja evidencia científica (6).

¿Pueden los tratamientos precoces con ICAE en estadios predemencia evitar la evolución a demencia?

En el momento actual no están indicados en estas fases. Ninguno ha demostrado retrasar la conversión del Deterioro cognitivo leve a demencia en un plazo de 3 años (7).

Debido a la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con demencia, cada vez tendremos mayor porcentaje de pacientes en estadios finales de la enfermedad cuya comorbilidad, nos hará plantear un prototipo de paciente con demencia y cuidados paliativos de larga duración, cuyo tratamiento hemos de manejar en Atención Primaria y centros residenciales.

Las principales patologías a tratar en este tipo de pacientes son (7):

1. Traumatismos. Caídas. Fracturas. Cuya incidencia es del 40-50% y el 25% son fracturas. El principal tratamiento es la prevención de las mismas.
2. Malnutrición. Viene dado por el hipercatabolismo hiperproteico consecuencia del grado de agitación que presentan y la disfagia, cifrándose entre 600-1.600 kcal/día.

Aconsejándose además del control de peso, evaluación de factores analíticos y test como MNA, cuyo fin será uso de soporte nutricional enteral. Las sondas nasogástricas aumentan la incidencia de aspiraciones y de infecciones siendo solo aconsejable por cortos periodos de tiempo. Para estadios avanzados colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

3. Incontinencia. Urinaria, se da en un 50% y fecal en un 35%. Es importante, pues su aparición determina mal pronóstico.
4. Ulceras por presión. Aparece consecuencia de la incontinencia, inmovilidad, humedad, zonas sometidas a presión continua. Se recomienda cambios posturales, colchones, antiescaras, higiene y protección de zonas sensibles (talones, sacro, caderas).
5. Infecciones. Son debidas al deterioro de la inmunidad, disminución de mecanismos fisiológicos como la tos, hidratación, adelgazamiento de la piel, peor cicatrización, alteraciones circulatorias, mayor incidencia de enfermedades crónicas. La incidencia es de 10-20%/mes (tabla II).
6. Estreñimiento. Es frecuente debido a la ingesta de fármacos que provocan este efecto secundario como los neurolépticos y la inmovilidad. El tratamiento debe ser dieta rica en fibra, laxantes y enemas.
7. Trastornos neurológicos asociados. Tics, mioclonías, convulsiones, parkinsonismos. Cuyo tratamiento son antiepilépticos y benzodiazepinas.
8. Trastornos de la conducta sexual. Son frecuentes alteraciones conductuales en algunos tipos de demencias, recomendándose los ISRS y la gabapentina. Incluso tratamiento hormonal con acetato de ciproterona.

Tabla II. Resumen de infecciones más frecuentes en demencias (7)

Infecciones respiratorias	Bronquitis aguda	Virus: VRS <i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>Moraxella</i>	Amoxi-clav Cefalosporinas segunda generación Fluorquinolonas	Prevención: Vacuna estacional gripe Vacuna neumococo
	Bronquitis crónica	Cubrir los tres más frecuentes		
	Neumonías	Neumococo + virus gripe		
Infecciones de orina	Motivo principal sepsis	<i>E. coli</i> <i>Proteus</i> <i>Klebsiella</i>	Amoxi-clav Cefalosporinas segunda generación Quinolonas	Valorar retirada sondajes innecesarios
Infecciones de piel y tejidos blandos	Erisipela Pioderma Celulitis UPP Herpes zóster	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina Amoxi-clav	Evitar humedad Cambios posturales
TBC	Reactivación infección latente			

9. Dolor. Es difícil valorar el dolor en este tipo de pacientes, precisando escalas analgésicas diferentes a la población general, como la de la expresión facial. Dentro de las escalas observacionales podemos incluir la *Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia* -EDAD-, la escala *Pain Assessment for Dementia in the Elderly* -PADE- No obstante los fármacos son similares a los del tratamiento multimodal adaptado, en relación al mecanismo etiopatogénico, teniendo precaución con los efectos adversos e interacciones. Siendo el Paracetamol el fármaco de primera elección y los tratamientos tópicos una opción válida (capsaicina, lidocaína 5%) (8).

El manejo farmacológico del dolor en el paciente anciano es complicado por el aumento en las reacciones adversas que se producen en general, y con los opiáceos y coadyuvantes en particular, que dificultan en gran manera un adecuado control del dolor junto a un mantenimiento de la situación funcional. Estas consideraciones son aún mayores en las personas con demencia, en relación a su vulnerabilidad neurológica, aumentando en ellos la sedación y los efectos secundarios periféricos de los opiáceos, como estreñimiento y retención urinaria.

El componente “expectativa” del placebo desaparece con la afectación de las áreas frontales (funciones ejecutivas) en pacientes con enfermedad de Alzheimer y especialmente en pacientes con demencias que afecten al lóbulo frontal. Causa de que no sea ético el uso de placebos para el control del dolor en estos pacientes (6).

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS

Son los que tienen efecto paliativo sobre la cognición o las alteraciones conductuales sin ningún efecto sobre el proceso de base. Los fármacos autorizados por el Ministerio de Sanidad solo están indicados para la enfermedad de Alzheimer y la demencia asociada al Parkinson.

También han mostrado beneficio en el manejo de la demencia vascular leve a moderada. Se han hallado diferencias en la respuesta al tratamiento, en función del tipo de lesión vascular (según sea cortical, subcortical o de pequeño vaso) y en función de la edad. No obstante, debido al alto riesgo cardiovascular se recomienda valorar individualmente el tratamiento con ICAE y vigilancia.

En la demencia tipo cuerpos de Lewy la rivastigmina, según la mayoría de estudios muestra más eficacia que el resto de ICAE.

Sin embargo no existen tratamientos específicos para la demencia frontotemporal (9). Se recomienda el uso de ISRS, trazodona o neurolépticos atípicos para el tratamiento de la agitación, conductas inapropiadas, compulsiones o esterotipias.

Todos mejoran los aspectos cognitivos y funcionales y modifican ciertos síntomas conductuales. No tienen efecto sobre la evolución de la enfermedad. Se usan los ICAE (leves y moderadas) y memantina (moderada-severa).

Anticolinesterásicos (ICAE)

El efecto sería aumentar la acetilcolina a nivel de la sinapsis neuronal ya que se vio que había una afectación del sistema colinérgico, mejorando la cognición, áreas funcionales y conductuales.

Donepezilo. Autorizado en 1998 para las formas leves a moderadamente graves de EA. Es el mejor tolerado vía oral. Metabolización hepática. Precaución en arritmias y cuadros sincopales. En combinación con memantina en fases moderadas se logra mayor efecto. El inicio del tratamiento es con 5 mg/día y se aumenta a 10 mg/día a partir de la cuarta semana. También muestra evidencia en demencia asociada a Parkinson y tipo cuerpos de Lewy.

Rivastigmina. Autorizada en 1998 para las formas leves a moderadamente graves de EA. Dosis de inicio 1,5 mg/12 incrementando cada mes para mejorar la tolerabilidad gastrointestinal hasta los 6-12 mg/día. Su presentación en parche mejora esa tolerancia, dosis: (4,6-9,5 mg/24 h). Útil también en demencia asociada a Parkinson. Precaución en asma y EPOC.

Galantamina. Autorizada en el año 2000 desde formas leves a moderadamente graves de EA. Útil en demencia vascular y formas severas de EA. Inicio con dosis de 4 mg/12 h con incremento al mes a 8mg/12 h y posteriormente a 12 mg/12 h. Disponible en comprimidos, cápsulas de liberación retardada y solución oral. Recomendado dosis matutinas para evitar insomnio.

Todos ellos tienen semejante eficacia clínica siendo la elección según historial clínico del paciente, tolerancia y dosificación.

Efectos secundarios más importantes: los más frecuentes son los digestivos (náuseas, vómitos, diarrea), dolor abdominal anorexia, bradiarritmias, trastornos del sueño agudización EPOC, síncope.

Usar con precaución en cardiopatas, EPOC, epilepsia, hiperplasia benigna de próstata. Evitar cardiopatía grave, Insuficiencia renal grave.

Memantina

Aprobado en 2003 para formas moderadas y graves de EA. Útil por su efecto en cognición y en efectos conductuales y mantenimiento de ABVD.

Es antagonista no competitivo de receptores NMDA, disminuyendo concentración de glutamato. Podría tener efecto neuroprotector. Es bien tolerada. Inicio con dosis de 5 mg/día incrementando semanalmente hasta 10 mg/12 h o 20 mg/día única dosis.

El tratamiento combinado con el anticolinesterásico, sobre todo con donepezilo, por su diferente mecanismo de acción es útil mejorando significativamente el estado global de algunos pacientes.

Efectos secundarios. Mareo, inquietud, somnolencia, náuseas, cefalea, alucinaciones. Generalmente son leves, y temporales. Se puede minimizar su aparición descendiendo dosis hasta conseguir la más óptima tolerada.

Puede interaccionar con dextrometorfano, diuréticos, gastroprotectores. Precaución en epilepsia, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, HBP.

Criterios de suspensión y recomendaciones de estos fármacos en AP (10):

- a) Empeoramiento grave del paciente y evidencia de no beneficio.
- b) Reacciones adversas graves (síncope, bradicardia).
- c) Patologías que los contraindiquen.
- d) Utilizarlos a las dosis adecuadas, y dentro del rango terapéutico las más altas que tolere el paciente. Se ha demostrado que retrasan el uso de neurolépticos, recomendándose su introducción precoz.
- e) Cambiar de fármaco si no hay efecto terapéutico (descenso >5 puntos MEC en un año o toxicidad). Evaluar siempre individualmente.
Se dispone de escasa evidencia sobre si el tratamiento farmacológico específico es igual de eficaz en todas las personas debido a la escasez de estudios que evalúan la respuesta individual a los distintos fármacos (9).
- f) El tratamiento con ICAE es en general bien tolerado. Los efectos adversos suelen ser leves, transitorios y dosis dependientes. Los más comunes son los gastrointestinales, que se controlan bien con domperidona (9).

NUEVAS LÍNEAS DE TRATAMIENTO

Hay en marcha más de 130 ensayos clínicos probando la eficacia de nuevos fármacos, algunos de ellos en fase III para lograr ralentizar su progresión o tratar la causa en colaboración con organismos públicos y compañías farmacéuticas, algunas de participación española. Los más importantes son los anticuerpos monoclonales como aducanumab, solanezumab, cuya estrategia es evitar que la beta amiloide se acumule en placas o eliminar las ya formadas. Imitan a los anticuerpos naturales como respuesta del sistema inmunitario.

Otra línea es los fármacos que inhiben la proteína Fyn que cuando se combina con beta amiloide se activa en exceso provocando destrucción de la sinapsis entre las células nerviosas.

Otros fármacos experimentales como verubecestat, bloquean la producción de beta amiloide que se produce por una proteína realizada por enzimas. Son Inhibidores de la beta y gamma secretasa.

Inhibidores de la agregación de tau o vacunas contra la proteína tau que evitarían que se formen los ovillos fibrilares, anomalía frecuente en la enfermedad de Alzheimer.

Otras líneas son: reducir la inflamación crónica en las células cerebrales, uso de insulina intranasal, idalopirdine (antagonista de la serotonina).

El desarrollo de estas líneas está siendo prometedor, aunque es un proceso lento con dificultades para llevarlos a la práctica en nuestros pacientes y familias.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS

Para algunos autores son más frecuentes en estadios iniciales mientras que otros lo relacionan con la gravedad del deterioro cognitivo e inversamente con la puntuación del MMSE. Lo cierto es que forman parte de las demencias ocasionando una sobrecarga para el cuidador y un sufrimiento del paciente, empeorando su calidad de vida.

Los IACE son eficaces también en el control de estos síntomas referentes a la apatía, ansiedad, depresión (donepezilo); alucinaciones, irritabilidad, conducta aberrante, trastornos del sueño o apetito (rivastigmina); desinhibición (galantamina); agitación, agresividad y delirios (memantina).

El tratamiento farmacológico se debe iniciar una vez agotadas las intervenciones no farmacológicas. Siempre usar dosis bajas y un aumento lento y gradual, evaluando de forma global al paciente, descartando un origen orgánico de la agitación, ya que es relativamente frecuente en estos pacientes así como la toxicidad.

Antipsicóticos-neurolepticos

Mecanismo de acción es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos y aumento de dopamina en el SNC.

Efectos secundarios: acatisia, parkinsonismo, discinesia tardía, sedación, hipotensión postural, riesgo de caídas, bradiarritmias.

Haloperidol (ampollas 5 mg/1 ml). Es el más efectivo en el control de los síntomas. Dosis 2-3 mg/día. Aunque produce numerosos efectos adversos. El empleo continuado más de seis semanas empeora el deterioro cognitivo. En la actualidad se recomienda de rescate puntualmente en la agresividad y de forma limitada.

Risperidona (0,5, 1, 2, 3, 4, 6 mg). Dosis de 0,5/12 h y aumentar 0,25/2 días. Se absorbe bien por vía oral y alcanza concentraciones máximas en 1-2 h. Ha demostrado buen control de los SCPD a dosis de 1,1 mg/día, dosis de más de 2 mg se asocian a síntomas extrapiramidales y no mejoran el control de los síntomas. No se aconseja su uso más de 12 semanas. Es el único que tiene

indicación aprobada para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos por la Agencia Española del Medicamento.

Olanzapina. Eficaz a dosis de 5-10 mg/día para el control de síntomas. También es eficaz la administración por vía intramuscular (vial 10 mg) en episodios de agitación aguda manteniéndose el efecto 24 horas a dosis de 2,5-5 mg/dosis.

Dosis mayores de cualquiera de los tres anteriores no han mostrado mayor eficacia y aumentan los efectos secundarios.

Quetiapina (25, 100, 200, 300 mg/día). Pocos efectos extrapiramidales. Buena tolerancia y seguridad en ancianos, por su ausencia de efectos anticolinérgicos. Dosis de 25-200 mg/día han resultado eficaces sin afectar función cognitiva. Los efectos secundarios son: hipotensión, mareos y somnolencia. Es importante la dosificación progresiva.

Amisulpirida. Posee baja tasa de efectos extrapiramidales. Dosis 50-200 mg/dl.

Ziprasidona. Efecto ansiolítico y antidepresivo. Eficacia y seguridad en pacientes ancianos. Tiene una presentación parenteral. Dosis 40 mg/día.

Aripiprazol. Utilizado en estudios con dosis de 2-15 mg/día. La dosis media más usada es 10 mg/día, según un estudio ambulatorio.

Existe actualmente una controversia acerca de la posibilidad de pacientes con demencia sean tratados con antipsicóticos atípicos tengan mayor riesgo de ictus y muerte, sin que el exceso de muerte se examine de forma individual en cada ensayo. Lo cierto es que pueden tener más riesgo por el propio sufrimiento que genera la agitación (tabla III).

Tabla III. Efectos secundarios de los antipsicóticos (2)

Fármaco	Hipotensión ortostática	Efecto anticolinérgico	Síntomas extrapiramidales	Potencia	Sedación	Elevación PRL	Prolongación QT
Haloperidol	+	+	+++	+++	+	++	+
Clozapina	+++	+++	+	+	++	+/-	+
Risperidona	++	+	++	+++	+	++	+/-
Olanzapina	++++	+++	+	+	+	+/-	+/-
Quetiapina	+	++	+/-	+	++	+/-	+/-
Ziprasidona	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+/-	+
Aripiprazol	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+/-	+/-

Antidepresivos

La sintomatología depresiva es frecuente en pacientes con demencia, sobre todo en fases iniciales. Los síntomas más frecuentes son apatía, pérdida de apetito, insomnio, inquietud, trastornos de la memoria y de la concentración. En nuestro medio se recomienda el manejo de la escala de Cornell, BDI (*Beck Depression Inventory*) para su valoración. El uso conjunto con los ICAE mejora la sintomatología.

Antidepresivos tricíclicos. No son aconsejables en ancianos ni en la demencia en general por los efectos anticolinérgicos, cardiotoxicidad e hipotensión ortostática.

IMAO. No tienen indicación en demencia. Presenta limitaciones importantes por sus interacciones, provocando hipotensión ortostática, taquicardia, cefalea, insomnio, agitación e irritabilidad.

ISRS. Son el grupo de elección por el bajo perfil de efectos adversos. Moduladores de conducta. Se eligen en función del perfil, historia clínica personal de cada paciente y enfermedades asociadas.

A. Heterocíclicos

Trazodona. Dosis 50-200 mg/día. Efecto sedante, control del insomnio y la ansiedad. Máximo 600 mg/día.

Fluoxetina. Efecto estimulante a dosis de 20 mg/día. Ligera acción extrapiramidal y anorexígeno.

Paroxetina. 20mg/día. Puede aparecer un ligero efecto anticolinérgico y extrapiramidal.

Fluvoxamina. 50-150 mg/día. perfil sedante

Sertralina. Dosis 50-200 mg/día

Citalopram. Dosis de 20-40 mg/día

Escitalopram. dosis de 10-30 mg/día. Inicio de acción más rápido.

B. Antidepresivos de acción dual (inhibidor mixto serotonina y noradrenalina)

Venlafaxina. Dosis de 75-150 mg/día.

Mirtazapina. Inicio de dosis desde 7,5 mg/día a 30 mg/día, perfil sedante y estimulación del apetito. Se puede usar en concomitancia con otro antidepresivo.

Duloxetina. 60-90 mg/día, aconsejable por su efecto sobre el dolor neuropático y nociceptivo. Muy seguro en paciente anciano.

Todos los antidepresivos interactúan con otros fármacos como antihipertensivos, beta-bloqueantes, antagonistas del Ca, anticoagulantes orales, con ADOs o incluso insulina, que habitualmente se utilizan en patologías propias de edades avanzadas.

Se recomienda, en todos los fármacos antidepresivos, inicio de dosis bajas incrementando si no respuesta periódicamente y teniendo en cuenta las interacciones farmacológicas, el efecto acumulativo junto con fármacos que potencian su acción. Los estudios existentes, no han demostrado por su diseño, evidencia suficiente para demostrar la eficacia real en pacientes con demencia.

Ansiolíticos

Las manifestaciones de ansiedad son muy frecuentes en demencias en forma de estrés ante actividades básicas como la higiene, socialización, fobias, TOC, ansiedad generalizada, etc. Provocan efectos secundarios que deben ser evaluados ya que reducen la coordinación motora y aumentan el riesgo de caídas, amnesia, hipotonía, apatía, obnubilación, depresión respiratoria. Más útiles en fases avanzadas.

De acción corta.

Midazolam. 7,5 mg/día. Inductor del sueño.

De acción intermedia.

Alprazolam. 0,25-0,5 mg/día.

Lorazepam. 1-2 mg/d.

Clonazepam. 0,5-1,5 mg/d.

Bromazepam. 1,5-9 mg/d.

Clorazepato. 7,5-15 mg/d.

De acción larga

Diazepam. 2-10 mg/día.

Flurazepam. 15-30 mg/d.

Estabilizadores del humor

Estos antiepilépticos se han investigado para el control de síntomas difíciles como la desinhibición, labilidad emocional, agresión física perseverante, sexualidad inapropiada, control de impulsos. Se utilizan como alternativa a neurolépticos, disminuyendo GABA y serotonina.

Carbamazepina. Uso en el control de síntomas conductuales de agitación severas. Inicio con 50-100 mg/día hasta dosis 300 mg/d. Importantes efectos adversos, ataxia, toxicidad medular y hepática.

Valproato sódico. Mejor perfil de tolerabilidad y menores efectos secundarios que carbamacepina. Dosis recomendadas de 750-1250 mg/d. Precisa monitorización farmacológica.

Gabapentina. mejor perfil de seguridad que los anteriores. Indicación en trastornos de la conducta sexual e insomnio. Dosis de 900 mg/día en tres tomas

Tratamiento específico en demencia por cuerpos de Lewy

Se caracteriza por un deterioro cognitivo muy fluctuante, con predominio de déficit de atención y visuoespacial y parkinsonismo y síntomas psicóticos tipo alucinaciones muy elaboradas. La eficacia de la levodopa para los trastornos motores es menor que en la enfermedad de Parkinson, aproximadamente un tercio de los pacientes, recomendándose utilizar en monoterapia, no asociar a anticolinérgicos, selegilina y agentes dopaminérgicos. Rivastigmina y donepezilo pueden ser moderadamente eficaces en el control de las alucinaciones, delirios y alteración del patrón de sueño.

Si no son eficaces estos tratamientos y presenta síntomas graves, se recomienda el uso de quetiapina, así como evitar antidepresivos con efecto anticolinérgico. Clonazepam y melatonina para regular el sueño (4).

Tratamiento específico de la demencia vascular

El mejor tratamiento es la prevención del accidente cerebrovascular. Una reducción de 6 mmHg de PAS en hipertensos reduce el riesgo de ACV en el 40%.

Anticoagulación: warfarina y acenocumarol, valorando siempre edad y riesgo de hemorragia.

Antiagregación: siendo de elección el clopidogrel, ticlopidina y AAS.

El tratamiento antihipertensivo disminuye la morbimortalidad y preserva la función cognitiva.

Estatinas, indirectamente realizan prevención secundaria de ictus.

Otros tratamientos

Citicolina, vía parenteral, podría tener un cierto efecto beneficioso en el tratamiento del deterioro cognitivo de origen vascular a corto plazo, con un nivel de evidencia bajo (tabla IV).

Tabla IV. Tratamiento esquemático de síntomas conductuales y psicológicos (10)

Características depresivas	Características maníacas	Características de ansiedad	Características psicóticas	Inespecíficas
Antidepresivos Anticonvulsivantes	Anticonvulsivantes	Antidepresivos Anticonvulsivantes Ansiolíticos	Antipsicóticos	Tratamiento empírico
Si es eficaz, continuar como se considere apropiado Suspensión empírica		No eficaz-ensayos empíricos de otros agentes		

Bibliografía

1. Alzheimer. Real Invest Demenc. 2013;54: 20-27.
2. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018. 5. Guía oficial de práctica clínica en demencias.
3. Conclusiones y propuestas para avanzar en la definición de la política de estado de Alzheimer. Grupo estatal de demencias. Salamanca 19 de mayo de 2015. Alzheimer. Real Invest Demenc 2013;54:20-27. Prevalencia de uso de fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y su evolución temporal: un estudio descriptivo con la base de datos de atención primaria BIFAP.
4. Proyecto Know Alzheimer. Respuestas concretas a dudas reales. Martínez Lage P. García Rivas G
5. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias, (2019-2023). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
6. Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, Zulaica A. Demencia y dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2011;18:1-1.
7. Tamame González G, Monforte Porto JA. Demencias: tendiendo puentes. XIV Congreso SEG CyL. 2010.
8. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Documento de consenso. 2014. www.msssi.es
9. Guía de Práctica clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2011.
10. Weiner MF, Lipton AM. Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2010.

Centros de día y unidades de demencia. Bioética. Asesoramiento genético. Abordaje de la familia y del cuidador

María Teresa Alcalde Ibáñez¹ y María Isabel González González²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Arucas. Las Palmas. Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CP de Breña Baja. Santa Cruz de Tenerife. Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

CENTROS DE DÍA Y UNIDADES DE DEMENCIA

Los recursos existentes que tienen una relación más directa con las situaciones que se generan con la aparición y desarrollo de la demencia, y los que están específicamente diseñados para su atención son:

Recursos de los sistemas públicos de protección social

Servicios de atención directa: dispositivos de atención sanitaria de la red primaria y especializada (Centros de Salud, Consultas de Atención Especializada, Hospitales, etc.) y dispositivos de atención social de la red primaria y especializada (Centros de Servicios Sociales –servicios de asistencia a domicilio, de teleasistencia, etc.–, Centros de Estancia Diurna, Centros Residenciales, etc.).

Prestaciones y ayudas económicas: pensiones de incapacidad y ayudas económicas para personas mayores o con discapacidad.

Prestación ortoprotésica: prótesis y ortesis, sillas de ruedas, etc.

Servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (1): la demencia produce un grado de dependencia proporcional a la gravedad de la enfermedad (2). La Ley de Dependencia (Ley 39/2006) reconoce los derechos de estas personas y regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las mismas, mediante la creación de un SAAD, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas (3). A partir de un baremo, que determina el grado y nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD), y mediante el establecimiento de un programa individual de atención (PIA), se facilita el acceso a los servicios y/o a las prestaciones económicas del SAAD: ayudas técnicas, prestaciones económicas y servicios (de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, de teleasistencia y de ayuda a domicilio, centro de día [CD] y de noche y de atención residencial).

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

Otros recursos: medidas de protección en el ámbito laboral y beneficios relacionados con la consideración de la persona enferma.

Recursos de la red de apoyo informal

Iniciativas de fomento, divulgativas, de investigación, de formación, etc., de entidades bancarias y servicios de las asociaciones de familiares de EA y otras demencias.

Recursos de la iniciativa privada: CD, centros de atención residencial

Centros de día

Son un recurso intermedio de la red de servicios sociales por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. El CD tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y, por tanto, es un recurso dependiente más de servicios sociales que de los sanitarios. Se define como un servicio sociosanitario de apoyo a la familia, que ofrece a los pacientes dependientes y durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas afectas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

CD para personas mayores dependientes, incluidas personas con demencia: el equipo de profesionales elabora y dirige un plan integral individualizado para cada persona mayor, deducido de la valoración realizada. Sus objetivos van dirigidos tanto a la persona mayor en situación de dependencia como a la familia cuidadora.

En los CD se desarrollan programas de intervención –fundamentalmente de carácter psicosocial– mediante los que se garantiza una atención especializada que dé respuesta a las necesidades de los usuarios sin descuidar otros aspectos de gran relevancia en la intervención, como son sus características ambientales, tanto en su dimensión física como social. Estos centros deben tener obligatoriamente la capacidad arquitectónica como organizativa de sectorizar los diferentes grupos de personas por características y necesidades similares (4).

CD específicos para pacientes con demencia: son centros especializados psicogerítricos, dirigidos a personas mayores con deterioro cognitivo y especialmente a personas diagnosticadas de demencia y EA, teniendo en cuenta las características propias de estos trastornos y cumpliendo con un diseño arquitectónico y organizativo centrado en la problemática (trastornos de com-

portamiento...) y en las necesidades de estas personas (5). En algunos de estos centros hay una parte dedicada a programas especiales para adultos jóvenes con demencia (4).

Tienen como objetivo el mantenimiento de las AVD, el control de la conducta, la cognición, la función física y la atención a otros aspectos sociales de los enfermos de demencia, así como disminuir la carga de los cuidadores habituales. Es un recurso más adecuado para las fases avanzadas de la enfermedad. Han de disponer de profesionales expertos en tratamientos no farmacológicos de intervención cognitiva y otras actividades de índole terapéutica adaptados a fases más avanzadas de demencia (6).

Unidades de demencia

Las Unidades de Demencia (UD) o equipos de atención especializada en el abordaje de la demencia (EAED) son equipos de referencia, multidisciplinares, que realizan una valoración integral y especializada de la EA y otras demencias.

Los profesionales del equipo de Atención Primaria (EAP) deben sospechar de la existencia de deterioro cognitivo y/o demencia ante la observación de quejas de memoria, cambios conductuales y dificultades para las actividades de la vida diaria (AVD) avanzadas e instrumentales, realizando test de cribado e inicio de exploraciones complementarias para poder formular una orientación diagnóstica y derivar a la Atención Especializada de Demencia (AED), según los resultados (grado de recomendación D).

Se recomienda derivar a las personas con demencia de inicio precoz, familiar o genética; dudas en el diagnóstico de deterioro cognitivo; demencia secundaria potencialmente grave; sospecha de enfermedad neurodegenerativa y complicaciones no previsibles o de difícil manejo en el curso de una demencia ya diagnosticada (grado de recomendación C). Se recomienda no derivar a aquellas personas con deterioro cognitivo leve o demencia secundaria, que pueda ser resuelta por el EAP y a los enfermos pluripatológicos con mal estado funcional de base (grado de recomendación D) (6).

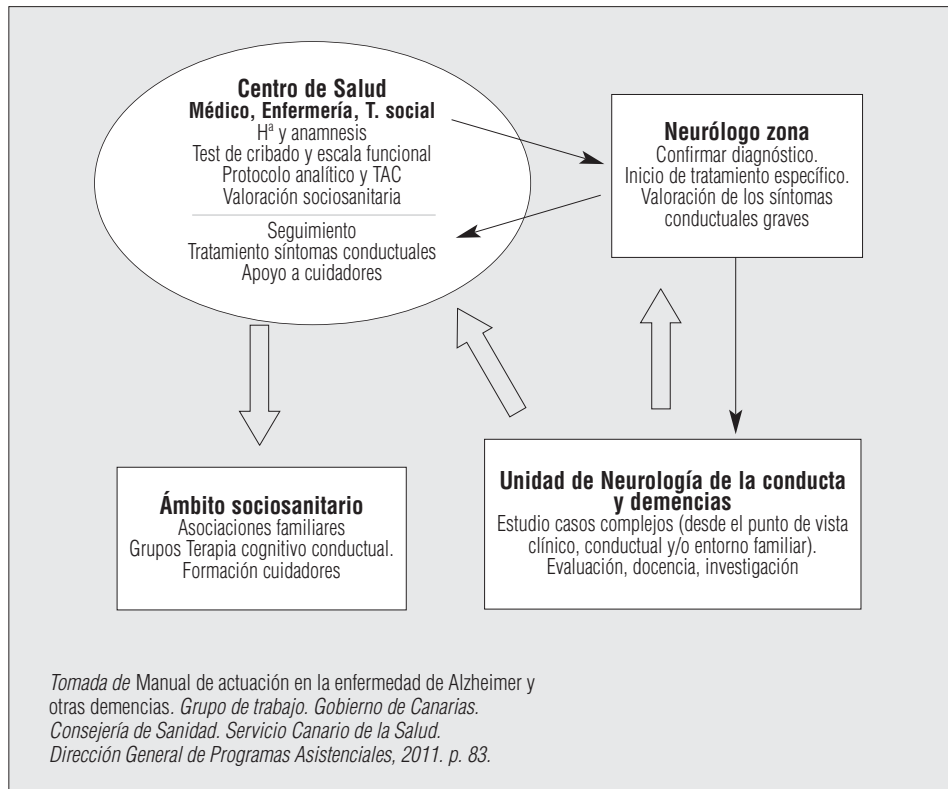
La UD forma parte de la Unidad de Neurología y coordina una o varias consultas de Demencias. Se caracteriza por incluir a un grupo de profesionales con especial dedicación a esta patología con mayor disponibilidad de tiempo y recursos. La ubicación de la UD debe estar en relación con el área de hospitalización, con los servicios centrales de diagnóstico, con otras especialidades y con los dispositivos sociosanitarios (7).

En cada equipo debe haber un médico experto en el manejo de las demencias (neurólogo, geriatra o psiquiatra), un psicólogo/neuropsicólogo, un profesional de enfermería, un trabajador social y personal administrativo. La ubicación de los EAED puede ser hospitalaria o extrahospitalaria y debe tener acceso a todos los medios técnicos necesarios para realizar una evaluación diagnósti-

ca de la demencia sindrónica, familiar y social (6). Los recursos técnicos incluirían pruebas especiales: neuroimagen estructural (TC craneal, RM convencional, espectroscopia), neuroimagen funcional (RM difusión/perfusión, SPECT, PET), estudios de LCR, estudios genéticos y biopsia cerebral.

La UD debe trabajar en estrecha colaboración con otras Unidades y Servicios del Sistema Asistencial: Hospital de día y salas de hospitalización de Neurología; Unidad de Nutrición; Servicios de Psiquiatría, Geriatría, Neurofisiología, Rehabilitación, etc.; Servicios Centrales (Neuro-radiología, laboratorio de análisis clínicos, Genética); Comité de Ética Asistencial y Unidades de Cuidados Paliativos (7).

Sus funciones son asistenciales, docentes, de investigación y de gestión. Una vez realizada la evaluación individual, establecido el diagnóstico y la estrategia de tratamiento para seguir, debe informarse a la persona afectada y a su familia sobre la orientación diagnóstica, posibilidades terapéuticas, probable curso evolutivo, seguimiento y recursos sociosanitarios y comunitarios disponibles. Toda esta información se resumirá y recogerá en un informe asistencial dirigido al paciente y/o a la familia y al profesional referente del EAP (6).



BIOÉTICA

En la práctica médica todas las decisiones incluyen una dimensión ética, pero esta es especialmente relevante en todas las enfermedades en las que hay una pérdida de la autonomía del paciente, como ocurre en la demencia. Será entonces cuando las cuestiones éticas cederán paso y se transmutarán en cuestiones legales (8).

La pérdida de autonomía de la persona con demencia también repercute sobre la toma de decisiones y el autocontrol, surgiendo dudas, sobre todo cuando no se dispone de documentos que prolonguen la autonomía del paciente (instrucciones previas, testamento vital o documento de voluntades anticipadas [DVA]).

ASPECTOS BIOÉTICOS

Conforme progresa el deterioro, la dimensión bioética en el manejo de los problemas aumenta de envergadura. Pero aun cuando el deterioro no es tan avanzado, la toma de decisiones puede ser difícil en situaciones clínicas habituales (1).

Información médica: el titular del derecho a la información es el paciente, y esta debe adecuarse a su capacidad de comprensión. La información para el paciente y sus familiares debe incluir manifestaciones clínicas de la enfermedad, evolución, alternativas terapéuticas, recursos disponibles y asociaciones de familiares. También se aconseja orientar en la adecuación del domicilio, para evitar accidentes e informar del riesgo que puede comportar el seguir conduciendo o la tenencia de armas (grado de recomendación C) (6).

Alteraciones de conducta: suele ser el principal elemento perturbador del cuidado familiar y, muchas veces, la causa de la petición de ingreso en una residencia. A menudo se pautan neurolépticos, pero en su utilización debe primar siempre el interés del paciente.

Utilización de restricciones físicas: no debería establecerse una sujeción mecánica sin considerar detenidamente todas las medidas alternativas que pudieran evitarla.

Nutrición e hidratación: el deterioro neurológico en los estadios avanzados de la demencia conduce a un trastorno de la deglución o, simplemente, se hace muy difícil alimentarles. Este es uno de los problemas que más angustia a las personas cuidadoras. Mientras sea posible, debe fomentarse al máximo el uso de la alimentación oral, apoyándose en estrategias tales como el suministro de suplementos nutricionales y de modificaciones en la textura y el volumen de los alimentos. Cuando la persona no puede tragar, se ha de plantear la adopción de medidas extraordinarias de alimentación (sonda nasogástrica, gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o alimentación parenteral), sopesando riesgo y beneficio, en el contexto de un diálogo continuado en el tiempo

con la persona cuidadora principal y teniendo como referencia los valores de la persona enferma, si no existen instrucciones previas o voluntades anticipadas (VA).

Administración de antibióticos: en las situaciones de deterioro avanzado, con infecciones de repetición, hay que plantearse el cociente riesgo-beneficio del tratamiento antibiótico sobre la calidad de vida.

Comorbilidad: la coexistencia de la demencia con diabetes, cáncer, insuficiencia cardiaca, fractura de cadera, etc., incrementan las dificultades y las dimensiones bioéticas de decisiones.

Discriminación por infratratamiento o por obstinación terapéutica: uno de los objetivos en la atención ética en la demencia es no caer en la negación de tratamientos útiles ni en la polifarmacia no meditada, sino en intentar desarrollar una ética de relación donde lo prioritario es la comunicación y el cuidado.

Demencia avanzada y cuidados paliativos: cuando el deterioro predomina, y los esfuerzos terapéuticos para prolongar la vida suponen una carga de efectos secundarios y de sufrimiento que la persona enferma y la familia no están dispuestos a asumir, el objetivo se debe centrar en el alivio de los síntomas, apoyo a la persona enferma y a su entorno familiar. Se hace difícil de predecir cuándo iniciar un tratamiento paliativo. Se debe considerar no solo el avance de la demencia, sino también la comorbilidad, el deterioro de la situación funcional y el estado mental y emocional de cada paciente y su familia (1).

ASPECTOS LEGALES

En la etapa inicial de la enfermedad, y siempre que sea posible, deberá facilitarse al paciente la toma de aquellas disposiciones para el futuro (legales, económicas, sanitarias, etc.) que son relevantes (1).

Incapacidad: afecta directamente a las personas con demencia y puede crear conflictos éticos y dilemas a la hora de plantearla. La incapacitación legal tiene como principal objetivo la protección de la persona que ha quedado impedida a causa de su patología (2). La incapacitación deberá tener unos límites específicos dependiendo de la situación del paciente, designando el juez a la persona o personas encargadas de su tutela o curatela. La valoración de la capacidad de toma de decisiones de un paciente con deterioro cognitivo o demencia es una tarea complicada que requiere de una evaluación cualificada (9). El Documento Sitges 2009 (10) es una propuesta de consenso en este sentido.

Competencias específicas (capacidad para otorgar testamento, para consentir el ingreso en una residencia, para la conducción de vehículos, para la utilización de armas...): la evaluación de las capacidades específicas que conserva una persona afecta de demencia es fundamental para garan-

tizar la idoneidad en la realización de sus actos, en la toma de decisiones y para establecer, si fuera necesario, medidas de prevención dirigidas a evitar errores y sus consecuencias.

Consentimiento informado: forma parte del modelo de relación médico-paciente actual, basado en el principio ético de autonomía. Para la realización de cualquier intervención que requiera el consentimiento explícito de la persona enferma, en casos de conflicto entre la voluntad de esta y la de las personas a ella vinculadas, se debe estar a la voluntad de la persona enferma, salvo que se encuentre legalmente incapacitada, o el médico entienda que no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad, en cuyo caso se prestará el consentimiento por representación (1) (art. 9.3 de la Ley 41/2002) (11).

Voluntades anticipadas (VA): Se recomienda explicar al paciente la utilidad de redactar, en las fases iniciales de la demencia, los aspectos personales y patrimoniales (herencias y legados, previsión de persona/s tutora/s, situación conyugal,...) y VA sobre actuaciones terapéuticas (instrucciones previas) (1) (art. 11 de la Ley 41/2002) (11). En el DVA la persona deja constancia de sus deseos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en situación de no poder expresar su voluntad por medio del consentimiento informado. Puede designar un representante, que será el único interlocutor válido y necesario para el equipo sanitario. Para facilitar la accesibilidad a las VA de una persona es recomendable que se registre en la Comunidad Autónoma y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas (Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero) o VA del Ministerio de Sanidad y Consumo (12), y debería incorporarse a la historia clínica y a la tarjeta sanitaria (recomendación D) (6).

Malos tratos: el deterioro cognitivo en pacientes con demencia incrementa su vulnerabilidad, haciéndolos susceptibles al maltrato psíquico y físico, sobre todo en fases avanzadas (2). Es necesario que el profesional de la salud, servicios sociales y la sociedad en general se preocupen y tomen conciencia del maltrato que sufren muchas personas mayores afectadas o no de demencia. Para prevenir y tratar el maltrato, se recomienda evitar el aislamiento social, optimizar la atención al paciente, adecuar su vivienda e institucionalizarlo si la familia no puede garantizar su atención (grado de recomendación D) (6).

ASESORAMIENTO GENÉTICO

El asesoramiento genético, según la Sociedad Americana de Genética Humana, se define como el “proceso de comunicación que se ocupa de los problemas humanos asociados a la evidencia o riesgo de presentación de un trastorno genético en una familia” (13).

En este proceso se deberá ayudar al individuo y/o la familia a comprender el diagnóstico, curso de la enfermedad y posibles tratamientos. Se verá de qué manera la herencia contribuye al trastorno y al riesgo de recurrencias. Se colaborará para que los individuos puedan elegir una forma de actuación según sus pautas éticas y/o religiosas y se llevará a cabo la mejor adaptación posible al individuo afecto.

Menos de un 1% de los casos de demencias neurodegenerativas se encuentran determinadas genéticamente. El fenotipo, en estos casos, no es fácilmente distinguible de las formas no genéticas, salvo en la edad de inicio, que es generalmente más precoz en los casos genéticos.

En la EA de origen genético se han identificado mutaciones causales de tres genes diferentes: proteína precursora del amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) y presenilina 2 (PSEN2).

En la degeneración lobular frontotemporal (DLFT) se encuentran mutaciones causales en cinco genes, que representan un 10-15% de los casos, pero no explican todos los casos familiares.

Entre un 10-15% de las enfermedades priónicas genéticas se producen por mutaciones en el gen de la proteína priónica.

La enfermedad de Huntington se produce por alteración del exón 1 del gen IT15. Esta enfermedad es el paradigma de las demencias genéticas y, a diferencia de los otros tipos de demencias, es de origen exclusivamente genético.

La detección de una alteración genética, pues, la consideramos como un factor predisponente y no solo afecta al paciente sino también a su familia. Por otro lado, no disponemos, por el momento, de terapias preventivas o curativas.

La Guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) recomienda realizar consejo genético a pacientes con probabilidad de padecer demencia por causa genética.

La Guía de Práctica Clínica de la Federación Europea de Sociedades Neurológicas recomienda el análisis genético en pacientes con determinados fenotipos o historia familiar autosómica dominante.

La gran mayoría de los casos de EA de causa genética se presentan como EA de inicio presenil e historia autosómica dominante. La gran mayoría de los casos de DLFT de causa genética se presentan como DLFT familiar. Los casos de enfermedades priónicas genéticos se pueden objetivar con o sin historia familiar. El estudio genético de todos los pacientes con enfermedades por priones se ha demostrado necesario para la detección de casos genéticos, aun en ausencia de historia familiar.

Para la realización de estudios genéticos se ha de obtener el consentimiento previo por escrito, del afecto o de su representante legal, así como garantizar al interesado un asesoramiento genético apropiado (6) (Ley 14/2007 de Investigación biomédica) (14).

En cuanto a los pacientes asintomáticos, las guías proponen realizar el estudio genético a aquellos sujetos mayores de edad con clara historia familiar de demencia y de mutación patogénica conocida en los enfermos de su familia (6).

También se ofrecerá a nivel prenatal cuando son sujetos con riesgo de transmitir enfermedad genética.

Dentro de las razones para realizar un estudio genético estarían cuestiones tales como iniciar tratamiento precoz en el futuro, disminuir la ansiedad ante la incertidumbre de planificar el futuro e informar a sus descendientes.

Ante los resultados del consejo realizado se ha comprobado que más de la mitad de los sujetos portadores disminuyen su ansiedad, si bien esta puede aparecer al principio. En los no portadores disminuye claramente su ansiedad.

ABORDAJE DE LA FAMILIA Y DEL CUIDADOR

Los cuidadores de las pacientes con demencia son aquellas personas que asisten, atienden y cuidan en las diferentes etapas que impiden el desarrollo normal de sus actividades vitales.

Puede haber cuidador/es principales, que son los que asumen la mayoría de las tareas y responsabilidades de cuidar y son aceptados como tal por el resto del entorno del paciente. En ocasiones es un familiar que no recibe remuneración económica por el trabajo realizado o un cuidador especializado o no contratado por la familia, que sí recibe remuneración económica. En ambos casos, la atención debe realizarse, si bien varían las características que tiene cada tipo de cuidadores.

En la mayoría de los casos, los cuidadores son familiares directos y habitualmente son las esposas e hijas, de edades comprendidas entre 45-70 años, que conviven con el paciente, al que dedican gran parte de su tiempo. En los últimos años, debido a los cambios de la estructura familiar y de la incorporación de la mujer al mercado laboral, ha aumentado el número de cuidadores profesionales, pero no siempre con formación específica (15).

Las características y necesidades exigen atención individualizada y variarán según los tipos de demencia, así como aspectos diferenciales tales como género, parentesco, estatus social, etc. (16).

La EA presenta sobre todo problemas relacionados con la esfera cognitiva, y conforme avanza la enfermedad perderá capacidades para las AVD (movilidad, alimentación, esfínteres...).

La demencia del lóbulo frontotemporal aparece en personas más jóvenes y hay síntomas conductuales, psicológicos más relevantes y precoces.

En la demencia de los cuerpos de Lewy y la asociada al Parkinson, el cuidado se ve complicado por la propia enfermedad, son difíciles de manejar, aceptar y atender las fluctuaciones cognitivas, motoras, de sueño, alucinaciones, etc.

En las demencias vasculares la comunicación afectiva permanece más en el tiempo, con lo cual se favorece más la interrelación con el cuidador.

El cuidador pasa por diferentes fases, debido a los cambios en el entorno familiar. Hay épocas de incertidumbre, preocupación, y la dificultad en el manejo tanto del deterioro cognitivo como motor, implica periodos de emociones encontradas, unos en los que se sentirá bien por la labor que desempeña y otros en donde aparecen sensaciones de impotencia, frustración y soledad.

En la evolución de la enfermedad aumentan las cargas de trabajo, hay que asumir nuevas responsabilidades y va perdiendo libertad e independencia; esto puede abocar a situaciones que alteren su salud en todas sus esferas bio-psíquica-social. Esto ocurre sobre todo cuando el cuidador es miembro de la familia, ya que el vínculo afectivo hace que asuma más carga de la que puede soportar, y en otros casos el resto de familiares obvian esta situación y no tiene el apoyo necesario (17).

ABORDAJE DESDE LOS EAP

Información progresiva que debe hacer referencia a la propia enfermedad, evolución y complicaciones.

Información de los recursos socio-sanitarios de la zona y la Comunidad Autónoma.

Adiestrar en habilidades de manejo del paciente desde la actuación ante los cambios de comportamiento, alimentación, higiene, estimulación, prevención de accidentes, etc.

Consejos para la adecuación del hogar ante los cambios que pueden sobrevenir, sobre todo, los referidos a la movilidad (arreglos en el baño, eliminación de alfombras, obstáculos, etc.).

Aspectos legales tales como ayudas, tutorías, etc.

Atención específica: asociaciones de familiares con demencia, ayudas económicas, atención especializada al paciente (neurólogo, geriatra...), servicio de ayuda a domicilio, servicio de telealarma y teleasistencia, centros de día, hospital de día, estancias temporales en residencias, residencias asistidas.

Atención sobre el cuidador, informando del riesgo que conlleva el cuidado, posibilidad de aumentar el soporte familiar o externo estableciendo turnos, atención a la salud del cuidador.

Valoración del cuidador: además de su estudio de salud también la posible sobrecarga, utilizando la escala de Zarit (anexo 1) (18), en la que se recogen cargas sociales, estrés, sentimientos de culpa, presión, emociones...

En el caso de que el cuidador presente ansiedad, puede utilizarse el inventario de ansiedad de Beck (19) (anexo 2) (1).

INTERVENCIÓN SOBRE EL CUIDADOR Y LA FAMILIA

La familia es la fuente prioritaria de ayuda para el manejo de la enfermedad.

El impacto sobre la familia tiene mucha carga psicológica por las características de esta patología.

La atención variará si la organización familiar funciona, donde apoyaremos a lo ya establecido. Si la familia no está organizada o no hay recursos familiares y/o externos, esto es fuente de conflictos con crisis familiares importantes.

Soporte emocional al cuidador y al resto de la familia.

Sesiones informativas al entorno familiar.

Adecuación de recursos, dependiendo de cada paciente.

Prevención del duelo patológico, ya que el duelo del cuidador-familiar suele ser anticipatorio.

Acompañamiento en los momentos finales.

Oferta de participación de los talleres, grupos de ayuda mutua u otras actividades grupales que se desarrollen tanto en los EAP del centro de salud como en las diferentes asociaciones.

Atención específica desarrollada, en su mayor parte, por el trabajador social y/o enfermería de enlace.

Conocer a la familia realizando un genograma:

- Valorar apoyo familiar y social.
- Interrelación con las diferentes unidades de atención familiar.
- Entrevista familiar, visitas domiciliarias...
- Derivar al recurso correspondiente, en caso de detectar disfunción familiar importante (20).

ANEXO 1

Escala de sobrecarga del cuidador • Test de Zarit

Indicación: medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando asisten a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga.
- de 47 a 55: Sobrecarga leve.
- >55: Sobrecarga intensa.

Reevaluación: cuando la situación del paciente cambie o se sospeche de aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica, con carácter anual.

Propiedades psicométricas: se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría, debido a tener que cuidar de su familiar?	

(continúa)

TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR <i>(continuación)</i>	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	
Opciones: 1 = Nunca. 2 = Rara vez. 3 = Algunas veces. 4 = Bastantes veces. 5 = Casi siempre	

ANEXO 2

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

(se puntuará 0-1-2-3).

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía llorar.
 Ahora lloro más que antes.
 Llora continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irritado más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del Inventario de la Depresión de Beck	
Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 3

Abreviaturas

AED: Atención Especializada de Demencia

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CD: Centro de día

DVA: Documento de Voluntades Anticipadas

EA: Enfermedad de Alzheimer

EAED: Equipos de Atención Especializada en el abordaje de la Demencia

EAP: Equipo de Atención Primaria

LCR: Líquido céfalo-raquídeo

PEG: Gastrostomía endoscópica percutánea

PET: Tomografía por emisión de positrones

PIA: Programa Individual de Atención

RM: Resonancia magnética

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SPECT: Tomografía por emisión de fotón único

TC: Tomografía computarizada

UD: Unidad de Demencia

VA: Voluntades Anticipadas

Bibliografía

1. Grupo de trabajo. Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. [Internet]. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2011 [Citado el: 2015 de octubre de 2015.]. Disponible en: <http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf> (consultado en febrero de 2016).
2. Plana Blanco A, Moreno Álvarez PJ, González Touya M. Neurología. En: Martín Zurro, Cano Pérez JF, Gené Badía J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014, Vol. 2, pág. 653.
3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299 (15-12-2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990> (consultado en febrero de 2016).
4. Yanguas JJ y otros. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid: IMSERSO; 2007 [Citado el: 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/210111alzheimer.pdf> (consultado en febrero de 2016).
5. Leturia Arrazola FJ, Uriarte Méndez A, Yanguas Lezaun JJ. Centros de Día: Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo [Internet]. GIZARTEKINTZA. Departamento de Servicios Sociales [Citado el: 8 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.matiatundazioa.net/documentos/ficheros/publicaciones/centros-de-dia-atencion-e-intervencion.pdf> (consultado en febrero de 2016).
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. [Internet] completa, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07 [Citado el: 21 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf (consultado en febrero de 2016).
7. Grupo DIANDEM. Dispositivo de asistencia neurológica al deterioro cognitivo y la demencia en Madrid. DIANDEM [Internet], Madrid: Asociación Madrileña de Neurología (AMN); 2006. [Citado el: 18 de 10 de 2015.] Disponible en: <http://www.taiss.com/pubidenprob.htm> (consultado en febrero de 2016).
8. Ayuso T, Ederra MJ, Manubens JM, Nuin MA, Villar D, Zubicoa J. Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea [Internet]. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007 [Citado el: 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>. Centro: At. Primaria de A. Pamplona. Área Clínica.Servicios Clínicos. Guía y Protocolos. Abordaje de l demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología.
9. Castellanos Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Martín Zurdo J. Abordaje integral de la demencia. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet] 2011. [Citado el: 1 de noviembre de 2015]. 35: 39-45. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf. Internet (consultado en febrero de 2016).
10. Grupo para la elaboración del Documento Sitges 2009. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación [Internet]. Barcelona: Boada Rovira M, Robles Bayón; 2009. [Citado el: 30 de 10 de 2015]. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2009/Documento_Sitges2009.pdf (consultado en febrero de 2016).
11. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-11-2002). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188 (consultado en febrero de 2016).
12. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, nº 40 (15 de febrero de 2007). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-3160 (consultado en febrero de 2016).
13. Sánchez-Valle Díaz, R. Consejo genético en demencias degenerativas de inicio precoz. Programa de información y consejo genético para demencias familiares. Unidad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos [Internet]. Hospital Clínic. Barcelona; 2009. [Citado el: 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/2009_10_23_3_raquel_sanchez.pdf (consultado en febrero de 2016).
14. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159 (4-7-2007).
15. Rodríguez Rodríguez P. Residencias para mayores: Manual de orientación. Colección Gerontología Social de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1995.
16. Guía NICE. Demencia. Apoyo a las personas con demencia y sus cuidadores en materia de salud y asistencia social [Internet] 2006. [Citado el: 2 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-guideline.pdf?res=true> (consultado en febrero de 2016).
17. Marwit SJ, Meuser TM. Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease. The Gerontologist [Internet]. 2002 [Citado el: 1 de noviembre de 2015]; 42 (6): 751-765. Disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/42/6/751.short>.
18. ESCALA SOBRECARGA CUIDADOR. Test de Zarit [En línea]. Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf (consultado en febrero de 2016).
19. Inventario de la depresión de Beck [En línea]. Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf> (consultado en febrero de 2016).
20. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria. [Internet]. 2.ª ed. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 2002 [Citado el: 20 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11d1-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf. 2.ª ed (consultado en febrero de 2016).

Derechos humanos y personas mayores

M^a Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia. Secretaria del comité coordinador SEMERGEN Solidaria. Miembro del grupo de Neurología de SEMERGEN.

La calidad en el trato a las personas mayores pasa por humanizar la vida.

“Las personas mayores dicen que se ha perdido el respeto cuando en realidad se ha violado alguno de sus derechos”, manifestó la psicogerontóloga Nora Pochtar, coordinadora de la comisión adultos mayores y sus derechos de la Asamblea permanente por los derechos humanos (APDH).

Varios son los derechos humanos de las personas mayores que no se respetan en distintos ámbitos. El derecho al domicilio, a la salud, el derecho a una vida con calidad, a la información, a la libertad, a la toma de decisiones, a la imagen y privacidad, a la realización de la persona, a seguir trabajando mientras uno lo desee, etc., son algunos de ellos, y conocerlos es importante para exigir su cumplimiento.

La relevancia del problema de salud pública que representan las demencias en el mundo, su asociación con la dependencia y el riesgo de maltrato en los ancianos con demencia por parte de sus cuidadores primarios o sus familiares, hacen necesario el análisis y la reflexión de las implicaciones éticas, económicas, jurídicas, políticas y no solo de las consideraciones médicas, de este problema, que reviste un interés particular dentro del campo de la bioética.

En el lenguaje de la bioética, el maltrato en el anciano con demencia se refiere a la vulnerabilidad de sus derechos humanos.

El maltrato se presenta con frecuencia en forma de agresión física, abandono, suministro exagerado de sedantes o negligencia en la alimentación y en el cuidado en general, lo que atenta contra la integridad del anciano totalmente dependiente

Según un estudio publicado por la revista *The Lancet Global Health* y financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calculaba que, a principios de 2017, **una de cada seis personas mayores sufría algún tipo de maltrato en todo el mundo**. Si a ello añadimos que un **75% de los casos de maltrato** en personas de edad avanzada **corresponden a personas que padecen Alzheimer** u otras demencias, estaremos hablando de que el riesgo de que se produzcan estas situaciones se multiplica por diez.

Estas cifras, ya de por sí, resultan amenazadoras, pero si tenemos en cuenta la baja tasa de denuncias (una denuncia por cada cinco casos sin denunciar) estaremos ante un problema de salud pública, tal y como recoge la Organización Mundial de la Salud.

Las personas con demencia representan un colectivo vulnerable, y es muy complejo en la mayoría de los casos que las situaciones de maltrato sean visibles. Es necesario que se hable del maltrato y adquirir conocimiento del problema para poder tomar conciencia y ayudar a su prevención, o en su caso, a que estas situaciones sean denunciadas.

El problema del maltrato al anciano con demencia, debido a su mayor vulnerabilidad, tiene claras implicaciones éticas para toda la sociedad y, en particular, para los cuidadores, los familiares y los profesionales de la salud que los atienden. Hablar de maltrato para la bioética es referirse a la transgresión del principio de no maleficencia, donde también quedan afectados otros principios ya que existe un conflicto de valores. Puede señalarse que la primera obligación moral del profesional de la salud dedicado a brindar asistencia al anciano con demencia debería ser la detección y el manejo de las situaciones de posible maltrato, tanto en sus aspectos clínicos como éticos.

La discusión sobre envejecimiento ha estado presidida en los últimos años por un encendido debate sobre si es o no necesaria la existencia de un instrumento jurídico internacional específico sobre los derechos de las personas mayores. Si los derechos humanos son derechos que tienen las personas por el hecho de ser seres humanos independientemente de la edad, la ciudadanía, la raza, el origen, la etnia, el idioma, el género, la orientación sexual, la capacidad, las habilidades, nos planteamos si es necesario reforzar los derechos humanos de las personas en razón de su edad ya que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, según el artículo 1 de la Declaración Universal de los derechos humanos.

Enfrentarse al problema del maltrato requiere que el profesional sanitario haga una reflexión sobre su actitud ante cuestiones como la discriminación de los ancianos con demencia en el sistema de salud, la visita domiciliaria, las derivaciones a Urgencias, los ancianos migrantes, la información que se les da, etc., y desarrollar una ética clínica basada en la responsabilidad, la implicación, la colaboración y el cuidado.

ALGUNAS PREGUNTAS QUE NOS HACEMOS

¿Existe un vacío jurídico internacional en torno a la protección de los derechos humanos de las personas mayores?

Si existe un vacío, ¿están protegidos los derechos fundamentales de las personas de edad en nuestra Constitución y en nuestras leyes?

¿Es necesario reforzar los actuales instrumentos jurídicos de protección?

SITUACIÓN ACTUAL

La última reunión celebrada en Nueva York en diciembre de 2016 se han manifestado tres posturas:

Países que apuestan por la aprobación de una convención, como por ejemplo, Argentina, Kenia, Paraguay y Brasil.

Países que se pronuncian en contra de una convención, como Rusia, Israel o China.

Países que proponen trascender a la discusión sobre el tipo de instrumentos en un momento posterior y avanzar en el estudio de contenidos que podrían necesitar de una protección adicional o la inclusión en el elenco de derechos protegidos en los instrumentos existentes, como por ejemplo, la Unión Europea, donde se están desarrollando normas que abordan los retos frente al fenómeno del envejecimiento; Francia lidera la ley de adaptación de la sociedad al envejecimiento de 2015, y España lo afronta en el marco de actuación para las personas mayores de 2015 y desde el comisionado para el reto demográfico aprobado por el Real Decreto 40/2017.

La mayoría de países de la Unión Europea y otros han defendido tradicionalmente que los estándares y principios internacionales sobre derechos humanos existentes así como el marco internacional ya protegen los derechos de las personas mayores y prohíbe la discriminación basada en la edad, por lo que se deben concentrar los esfuerzos en la efectiva implementación de estos estándares y en el uso de los mecanismos ya existentes conforme a lo dispuesto en el Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento de 2002 (MIPAA).

QUÉ SE DEBE HACER

- Aumentar la atención y concienciación sobre este tema.
- Representar un compromiso tangible para abordar la situación de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.
- Mejorar el nivel de información y mejorar la accesibilidad a las normas actualmente fragmentadas.
- Poner los derechos de las personas mayores al mismo nivel que el de otros grupos cuyos derechos están protegidos por una convención.
- Cubrir las lagunas de protección legales percibidas y abrir la posibilidad de proporcionar normas más específicas dirigidas a los desafíos particulares a los que se enfrentan las personas mayores.
- Aumentar la presión sobre los gobiernos nacionales para restablecer planes nacionales de acción y políticas concretas.

DECLARACIÓN DE TORONTO DE 17 NOVIEMBRE DE 2002

El maltrato de las personas mayores como un problema global ha sido reconocido solo recientemente. El trabajo desarrollado por la INPEA (red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez) y el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato de las personas mayores han contribuido, de forma significativa, a elevar la toma de conciencia a nivel mundial. Instituciones académicas, a nivel internacional, han favorecido también de forma sustancial el aumento del conocimiento y la concienciación y han desarrollado herramientas metodológicas para estudiar el problema. Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Por un lado, es necesaria más investigación, por ejemplo, a través de las líneas del proyecto seminal conjunto “Respuesta global al maltrato de los adultos mayores”, que dio como resultado la publicación de “Voces ausentes. Visión de las personas mayores sobre el maltrato de las personas mayores” y, por otro lado, la acción práctica a nivel nacional, regional y local. Hace veinte o treinta años, las sociedades alrededor del mundo negaban la existencia de violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La evidencia surgió a través de la investigación y, como resultado, la sociedad civil ejerció la presión apropiada para la acción desde los gobiernos. Esta declaración es una llamada a la acción dirigida a la prevención del maltrato de las personas mayores.

PUNTOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS:

- Faltan marcos legales. Cuando se identifican casos de maltrato de ancianos, con frecuencia no pueden abordarse por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de la salud de Atención Primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana, aunque con frecuencia no los diagnostican como tales.
- Es vital la educación y disseminación de la información, tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).
- El maltrato de las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en la unidad donde se proveen los cuidados, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.

El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta que no aparecieron las iniciativas para afrontar el maltrato de los

menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años, este tema se consideró como un asunto privado.

Fue descrito por primera vez en 1975 en revistas científicas británicas como *Granny battering* (abuelita golpeada).

El congreso de los Estados Unidos fue el primero que abordó el tema como una cuestión social y política.

- Es fundamental una perspectiva cultural para comprender en profundidad el fenómeno del maltrato; es decir, el contexto cultural en cualquier comunidad particular en la que ocurre.
- Es igualmente importante considerar una perspectiva de género, ya que las complejas construcciones sociales relacionadas ayudan a identificar el tipo de maltrato y quién lo infringe.
- En cualquier sociedad algunos grupos de la población son particularmente vulnerables al maltrato y abuso de las personas mayores, como los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato de las personas mayores solo se podrá prevenir en forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.
- No es suficiente identificar los casos de maltrato de las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.), para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema. El plan internacional de acción de las Naciones Unidas, adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los derechos humanos universales. La prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece nos concierne a todos. Esta declaración fue diseñada en una reunión de expertos, patrocinada por el gobierno de Ontario, en Toronto, el 17 de noviembre 2002.

Según las OMS

“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación”.

“Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario.”

“El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor.”

CLASIFICACIÓN

- Físico: daño corporal, inducir dolor o deterioro físico de forma no accidental. Sujeciones físicas.
- Sexual: gestos e insinuaciones o contacto sexual de cualquier tipo, de manera no consentida.
- Psicológico/emocional: insultos, aislarle de la vida familiar, amenazas, humillación, intimidación, causar angustia o miedo, indiferencia.
- Negligencias: no atender de forma adecuada a sus necesidades, entendiendo por tales no solo los aspectos básicos de la vida diaria, como alimentación, aseo, vivienda, sino también a sus necesidades afectivas y el respeto al principio de autonomía.
- Económico: robo, uso inapropiado de su patrimonio para obtener beneficios. Falsificar firmas y documentos o hacerlos firmar con intimidación. Ocupación ilegal de domicilios y uso inadecuado de tutelas.
- Abandono por parte del cuidador.
- Violación de derechos como la intimidad, privación de pertenencias, relación social.
- Sujeciones químicas. Prescripción de medicamentos inapropiados o dosis inadecuadas de los mismos.

Las cifras están infravaloradas por varias razones:

- Falta de datos oficiales.
- Estudios de prevalencia restringidos a poblaciones más desarrolladas.
- Ausencia de denuncias.

¿Por qué no se denuncia?

- Falta de concienciación y conocimiento de posibilidades por parte del propio anciano, familiares y vecinos.
- Poca detección por parte del personal sanitario.

¡El desconocimiento y la negación del problema hace difícil la prevención y la intervención!

Características actuales que producen un aumento en la preocupación del maltrato al anciano:

- Preocupación por el envejecimiento poblacional.

Fenómeno mundial inevitable pero predecible.

- Mayor preocupación por los derechos humanos.

En 2001, la OMS reconoció la necesidad de diseñar una estrategia global para la prevención de los malos tratos a las personas mayores.

- Interés más generalizado por la violencia de género y la violencia doméstica.
- Detección difícil: infradiagnóstico por parte de Atención Primaria.

Normalmente, se relacionan las consultas por parte de los ancianos con su edad, obviando muchas veces que esas quejas pueden ser una llamada de atención hacia su situación. No tienen por qué ser lesiones físicas; el componente del maltrato puede ser también psicológico.

Desde Atención Primaria se debe aprovechar la posición de cercanía con los pacientes para detectar cualquier mínimo cambio que haga sospechar de situaciones de maltrato o fragilidad.

- Detección difícil: ausencia de denuncias. El anciano está, a veces, en situación de tanta tensión en su ámbito familiar o social que es incapaz de denunciar su situación o desconoce las herramientas y el apoyo del que dispone para ello.

SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL. FACTORES QUE INFLUYEN

Cambios demográficos

- Esperanza de vida.
- Población anciana.

Cambios en la estructura familiar

- Hijos y nietos con actividad laboral fuera de ámbito familiar.
- Anteposición de la vida social a la familiar.

Debilitamiento de las redes familiares

- Falta de educación en valores.
- “Abuelos de fin de semana o vacaciones”.

Debilitamiento de las redes comunitarias

- Comunidad individualista.
- Relación con la vecindad.

CAMBIOS EN LA SOCIEDAD

- Vuelta a la convivencia de los ancianos con miembros familiares ya emancipados.

Esta situación puede ser motivo de conflicto, ya que con frecuencia la causa de esta convivencia es por motivos económicos, con gran carga de frustración y estrés.

- Los ancianos se convierten en proveedores económicos.

Dada la situación de sus hijos y nietos se ven “obligados” a prestar apoyo económico, en ocasiones siendo manipulados emocionalmente.

Si el anciano se encuentra institucionalizado, hay casos en los que los hijos llevan al anciano a su domicilio para contar con pensiones y posibles ayudas económicas que este pueda recibir.

- Los ancianos se convierten en proveedores de cuidados.

Tradicionalmente, los ancianos colaboran en la actividad familiar, pero pueden convertirse en ayudantes de manera exigente, anteponiendo el cuidado de los nietos y la familia a sus propias actividades (salud, ocio...).

FACTORES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA

- Aumento de la esperanza de vida.
- Fomento de la salud y del bienestar del anciano.
- Envejecimiento saludable.
- Prevención del maltrato.

La mayor riqueza de un país son sus hombres y sus mujeres que tienen los mismos derechos y los mismos deberes. Lo importante es la persona, ese ser humano único e irrepetible al que hay que tratar con respeto. Una experiencia universalmente compartida es que el hombre nace, vive y envejece, y que la muerte forma parte de la vida.

¿En qué ámbitos se da o se puede dar el maltrato?

De forma mayoritaria, en el seno familiar. Recordemos que, en España, un 95% de las personas con demencia son atendidos y cuidados por las familias.

También en el seno institucional, en residencias, centros de día, u hospitales. Pero no debemos olvidarnos de la sociedad en general, por el estigma asociado a la propia enfermedad, que propicia una visión negativa de la persona con demencia y, consiguientemente, un maltrato por discriminación.

El maltrato al anciano es todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones).

Los derechos humanos en las personas mayores

- El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona.
- Declaración universal de los derechos humanos, aprobada por la ONU en 1948.
- Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de 1950.
- Derechos y libertades especialmente protegidos por la Constitución (capítulo II, artículos 14 al 29).

¿Cuáles son esos derechos?

- Derecho a la igualdad plena ante la ley. No solamente existe discriminación por el origen racial, por el sexo o la religión, como cualidades más específicas de discriminación, sino que esta se produce, a veces, por la consideración desigual de determinados grupos etarios y ello puede producir un maltrato generalizado al colectivo en cuestión, que se empieza a conocer con el nombre de ageismo, etaismo o edaismo.
- Derecho a la vida. Está concebido en el sentido más amplio, llegando a la no aceptación de la pena de muerte. Pero lo más relevante es que el propio artículo 15 nos habla de “torturas, penas, tratos inhumanos y degradantes”, que lógicamente están muy cercanos o son la clave principal de los malos tratos.
- Derecho a la libertad. El respeto a este principio constitucional no siempre se propicia ni se cumple y su quebranto en relación con las personas mayores es bastante ostensible, como ya veremos en el desarrollo positivo que el código penal realiza. Las sujeciones físicas y químicas de las personas mayores, principalmente con demen-

cias, alcanzan en España el 39,9%, una cifra enorme comparada con otros países como Japón, Dinamarca o Alemania, en los cuales varía entre el 2% y el 4%.

- Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen. La inviolabilidad de domicilio, el secreto profesional y la limitación en el uso de la informática son los tres puntos más importantes regulados por la Constitución en el artículo 18.
- Derecho a la libertad de residencia. El derecho a pasar los últimos días de la vida en un lugar o en otro, aparte de estar condicionado por circunstancias ajenas, tiene plena validez como derecho constitucional y, en ocasiones, puede verse conculcado por decisiones imperativas del entorno de la persona mayor, produciendo malestar psicológico y alteraciones importantes en el *modus vivendi* que cada uno tiene derecho a elegir.
- Derecho a recibir información veraz. Derecho que tiene connotaciones especiales al referirse a personas mayores, sobre todo porque necesitan una metodología adecuada para recibir información.
- Derecho a la participación activa en los asuntos públicos.
- Derecho a la tutela de los jueces.
- Derecho a una muerte digna.

EL DERECHO A LA SALUD

Es muy relevante la importancia de la lucha por el acceso, sostén y garantía de derechos fundamentales para las personas mayores, entre ellos el muy importante derecho a la salud.

Entendemos que el concepto de salud, según el preámbulo de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”. La protección de la salud abarca al individuo y a sus circunstancias de manera global. La equidad obliga al Estado a garantizar la universalidad, gratuidad y el acceso de este derecho, a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente, a las poblaciones más vulnerables.

Las personas mayores, debido a sus discapacidades, son muy vulnerables, lo cual aumenta con la edad.

Según la OMS, solo actuando contra los determinantes sociales se puede llegar a una equidad sanitaria. La oficina regional de Europa publicaba un informe ejecutivo con los siguientes aspectos:

- En los últimos años estas desigualdades en materia de salud se han generalizado, son más persistentes, innecesarias e injustas, y la lucha contra ellas debe ser una prioridad en todos los niveles de gobierno en la región.

Sobre dichos determinantes y la brecha de salud entre sus Estados, se remarcaba, una vez más:

- Es necesario reflexionar y llevar a cabo la intervención desde la mirada de los derechos humanos.
- Es urgente abordar la transformación de los determinantes sociales (pobreza, género, dependencia...) desde el ámbito político con estrategias de prevención y erradicación.

Se debe denunciar la inexistencia de sistemas públicos adecuados de salud, la insuficiencia de los presupuestos y recursos asignados a sanidad, y las condiciones restrictivas de acceso a los servicios, que les niegan su condición de ciudadanos y se ven privados de la posibilidad de desarrollarse con dignidad.

Salvaguardar los derechos de las personas mayores es vital. Es una necesidad, no un lujo, y no es una cuestión de los derechos de la mayoría” contra los derechos de unos pocos. Cómo un país trata a los más débiles refleja su abordaje de los derechos humanos.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la conferencia sanitaria internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

Discriminación

Los derechos de las personas mayores no tendrían que ser otros que los derechos humanos, pero ocurre que al llegar a la vejez hay una discriminación por edad, a lo que se denomina “edaísmo”.

Asimismo, las mujeres mayores sufren una triple discriminación: la de género, que arrastran desde chicas; de edad; y de posición económica.

En este marco, si bien es cierto que no debería haber derechos humanos para niños o para adultos mayores, sino derechos humanos para todos, cuando uno va envejeciendo hay derechos que no se respetan.

DERECHO A DOMICILIO

- El que menos se respeta es el derecho a domicilio.
- Ser mayor no implica no tener capacidad para elegir donde vivir. Muchas veces, la familia, creyendo que le hace un bien a la persona mayor, quiere mudarla por-

que la casa es muy grande, o quieren cambiar los muebles, cuando en ese lugar y en esos objetos está la vida de esa persona.

- Exceptuando casos particulares de quienes sufren enfermedades mentales, el derecho a decidir dónde vivir es inalienable a todas las personas.
- Inclusive, frente a un caso de institucionalización, y cabe aclarar que solo el 2-3% de los adultos mayores viven en residencias geriátricas, es la persona mayor quién debe elegir el establecimiento y el tiempo de su estadía, evaluar los servicios, y realizar el contrato directamente con el prestador.

Participación

Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

Las personas de edad deberán:

- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- Tener acceso a los servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
- Tener acceso a los servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

Las personas de edad deberán:

- Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

Las personas de edad deberán:

- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Otros

- Derecho a la sexualidad plena.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la educación.
- Derecho a la integración social.

Código penal

En nuestro ordenamiento jurídico, las acciones u omisiones son delitos si están tipificados como delitos y, por tanto, son imputables a quien los comete. El código penal recoge acciones punibles constitutivas de delito o falta que constituyen los malos tratos, bien sean físicos, psicológicos, sexuales o económicos.

Tipos o faltas de delitos

- Delitos contra la vida e integridad física.
- Delitos contra la libertad.
- De las torturas y otros delitos contra la integridad moral.
- Omisión del deber de socorro.
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad de domicilio.

- Delitos contra el honor.
- Delitos contra las relaciones familiares.
- Delitos contra el patrimonio.
- Delito de violencia doméstica.
- Lesiones.
- Vejaciones.
- Amenazas.
- Coacciones.
- Abandono.
- Detención ilegal.
- Contra integridad moral.
- Agresión y abuso sexual.
- Apropiación indebida.
- Estafa.
- Incumplimiento de los deberes legales de asistencia.
- No prestar auxilio a una persona abandonada o desvalida.
- Inducir al abandono del domicilio familiar.
- Omitir el derecho de socorro.
- Abandono por parte del tutor (pena mayor).

PARA SOLUCIONAR EL MALTRATO

Para evitarlo es necesario reflexionar sobre determinadas situaciones que pueden considerarse maltrato, como son:

Alimentación. No vigilar la ingesta necesaria, restricción como castigo, comida fría o en malas condiciones, no facilitar las dietas especiales según patologías, sustitución de las comidas por complementos dietéticos sin ser necesario, horarios de ingesta distribuidos temporalmente de forma inadecuada a lo largo del día, no respetar el ritmo necesario en función de las necesidades de cada usuario...

Vestido. Utilizar ropa o calzado de talla no adecuada, acostar al residente desnudo o con ropa interior en contra de su voluntad, ropa inadecuada a la climatología...

Higiene. Usar la misma esponja, toalla o peine para varias personas, mantenerles sentados o encamados con orina o heces, sentar durante excesivo tiempo en el WC, no vaciar las bacinillas, utilización indebida del uso de absorbentes y no realizar los cambios necesarios.

Contención física. Encerrar en la habitación, atar de forma injustificada a la cama o a la silla para evitar que se levante o se caiga, atar como castigo o por falta de personal, utilización de restricciones físicas sin indicación ni justificación de personal médico y/o de enfermería y no

Llevar un registro actualizado de estas medidas. Atados a la cama es como pasan parte de sus días el 40% de las personas mayores y dependientes en España. Un porcentaje que asciende del 60 al 80% en los casos de demencia o enfermedad mental. No son datos oficiales, pero los escasos estudios disponibles concluyen que el uso de sujeciones, tanto físicas como químicas, es una práctica extendida en las residencias españolas. Mientras, en el Reino Unido o en Alemania esta medida apenas representa el 5%.

«La falta de sensibilidad y la apatía hacia las personas mayores y dependientes deriva en una falta de demanda de modelos de cuidado distintos a los actuales», denuncia la médica geriatra Ana Urrutia. «No es porque consideremos a la persona mayor más indigna –matiza– sino porque la hemos sobreprotegido: ‘¿Y si se cae?’. Hemos dado más peso a la protección y menos peso a la dignidad».

Es necesaria una transformación profunda en el sistema de cuidados. Lo que implica un cambio de raíz en la cultura de trabajo de las instituciones sociosanitarias, en los roles de los profesionales y, en ocasiones, en la estructura física de los centros.

Antes de atar, ¿habrá otros medios, no?

Las consecuencias de la sujeción: desde el punto de vista físico, se producen **úlceras, rigidez, estreñimiento, infecciones...** Y desde el psicológico, apatía, depresión, miedo, desorientación, agitación y caídas.

No se trata de que los pacientes se adapten a las reglas del centro o del personal; hay que hacerlo al revés.

Cuidados de salud. Falta de atención especializada, no informar de cambios de salud o de sucesos importantes (caídas, accidentes...), no revisar gafas, audífonos y prótesis dentales, no prevenir escaras, analgesia insuficiente, ausencia de un plan individualizado de cuidados y de órdenes médicas escritas, retirar medicación sin supervisión médica, no dar la medicación en dosis y frecuencia prescritas o de forma inadecuada, no realizar cambios posturales adecuados, no prestar atención al estado general físico y psicológico, no vigilar la ingesta de medicación necesaria, no hacer las curas con la periodicidad necesaria...

Intimidad. Entrar sin llamar en la habitación, uso del baño sin cerrar la puerta o en retretes comunitarios, cambios posturales o curas a encamados con la puerta abierta, llamadas a familiares desde el control y en presencia del personal, no reconocer la sexualidad y la necesidad de privacidad para estar a solas con la pareja, armarios sin cerradura, falta de respeto a la intimidad...

Seguridad y otros. Instalaciones en malas condiciones: agua, calefacción, electricidad..., salidas de emergencia bloqueadas o de difícil acceso, timbres inaccesibles, mobiliario viejo e inadecuado, falta de entrenamiento para emergencias, normas de atención y control...

Otros. No facilitar la práctica de la autonomía en la toma de decisiones sobre temas de salud, entorpeciendo sus pequeños logros de autonomía personal, tendencia a derivar al hospital más casos de los necesarios, falta de respeto a sus opiniones, abuso de poder, infantilización, ataques de integridad física y psíquica mediante amenazas, intimidaciones, insultos, chantajes, robos o castigos corporales...

MANEJO DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA POR LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La toma de decisiones en temas tan complejos como en el caso concreto del maltrato en ancianos con demencia tiene evidentes connotaciones morales, y debe apoyarse no solo en conocimientos técnicos, sino también en una metodología que evalúe tanto el cumplimiento o no de los principios éticos como las consecuencias de seguir un determinado curso de acción u otro.

Determinar el grado de dependencia física de los ancianos con demencia leve o moderada. Describir el porcentaje de maltrato por el cuidador primario según el sexo de los ancianos con demencia. Determinar la asociación entre la dependencia física y el riesgo de maltrato en el anciano con demencia. Determinar la asociación entre el respeto por sus preferencias y el riesgo de maltrato en el anciano con demencia.

Es manifiesta la alta prevalencia de riesgo de maltrato asociado a la sobrecarga del cuidador y al no respeto de las preferencias del anciano con demencia. Es muy importante alertar al personal de la salud acerca de este problema bioético hasta ahora poco estudiado.

Sabemos que el respeto de las preferencias para el cuidado de los ancianos con demencia es elemental, en un padecimiento progresivo que genera discapacidad y dependencia gradualmente progresivas, favoreciendo la falta de respeto de los derechos humanos y el maltrato por parte de la familia, el cuidador e, incluso, por el personal sanitario.

Por tanto, esta perspectiva ética es fundamental y necesaria para un buen abordaje en la práctica médica diaria, ya que progresiva y gradualmente el deterioro de las capacidades cognitivas, unido a la dependencia de los pacientes ancianos con demencia, se asocia a la falta del respeto de sus derechos humanos y la capacidad en la toma de decisiones, haciéndolos más vulnerables de lo que ya son, llegando a sufrir una discriminación negativa y el maltrato por parte de la sociedad e, incluso, por el personal de la salud y la familia.

La prevalencia se sitúa entre un 4% y un 6%, aunque hay estudios que hablan de sospecha de más del 11%, sin confirmación de abuso, lo que demuestra su alta frecuencia pese a los pocos recursos que se destinan para combatir esta problemática.

Aunque el maltrato físico no sea el más frecuente sí que tiene una prevalencia alta que cada día va en aumento. Pero ello no quiere decir que sea una situación de evidente diagnóstico.

En España, aunque no contamos con datos muy realistas y fiables, sabemos a través de diferentes estudios, que la mayor parte de las víctimas son mujeres, los agresores más frecuentes son los hijos y el tipo de maltrato más utilizado es el psicológico.

Las cifras son variables, pero destacan la importancia del problema. Si se trasladan los datos internacionales a la situación en nuestro país, es posible situar las cifras de maltrato de ancianos en, aproximadamente, 350.000 casos, entre la violencia oculta y la denunciada.

En nuestro país se han realizado diversos estudios de prevalencia en los últimos años, a través de cuestionarios y entrevistas, que tratan de sacar a la luz la realidad del problema, con tasas de riesgo o sospecha de maltrato de casi el 45% en el estudio de Pérez-Cárceles y otros (2008) o en el trabajo de Iborra para el Centro Reina Sofía (2008), que establece cifras de un 0,8% de ancianos que declaran haber sido sometidos a alguna forma de maltrato, y un 4,5% de cuidadores que dicen haber maltratado en alguna ocasión. Como se puede observar en este último trabajo, hay una importante disparidad entre los datos según los ancianos y según los cuidadores. Las tasas son más altas en el caso de las declaradas por los cuidadores en todas las situaciones de maltrato, excepto para el abuso sexual. En el caso del maltrato físico, lo sitúa entre el 0,1% y el 0,3%.

Otro dato importante que arroja este estudio es que la prevalencia del maltrato aumenta conforme lo hace el grado de dependencia de la víctima, así como su edad, y también evidencia la clara tendencia hacia el sexo femenino.

Mundial. La OMS establece unas cifras de malos tratos en la comunidad alrededor del 3%, y de hasta el 25% en personas mayores dependientes. Prevalencias que se duplican en dependientes y se multiplican por 4 en dependientes severos.

Europa. Un 2,7% de las personas mayores en la población general han sufrido maltrato físico en el mes anterior.

España. Un estudio de prevalencia de malos tratos en España encontró una prevalencia de malos tratos del 12,1%, siendo el tipo más frecuente, el psicológico. El estudio anterior de Risco y otros de 2005 ya encontró cifras de hasta un 52,6% de sospecha de malos tratos.

Lo cierto es que entre 5 y 7 de cada 8 casos no se detectan.

El desconocimiento y/o la negación del problema dificultan la prevención y la intervención.

Los estudios sobre la sospecha –sin confirmación– obtienen prevalencias de un 12% de la población de personas mayores afectadas por malos tratos y se cree que solo un 20% de estos casos son denunciados.

Cualquier persona que esté relacionada con el anciano debe prestar atención a los signos y síntomas de maltrato. Los profesionales de la sanidad y los trabajadores sociales tienen una especial obligación, la de identificar y actuar en los casos con razonable sospecha de maltrato. Los ancianos mentalmente incapacitados requieren una protección especial.

Es preciso que los propios ancianos conozcan, tanto el problema del maltrato, como los recursos existentes para evitar las reincidencias y las secuelas.

Solo con una mejor información acerca de la frecuencia del problema, los esfuerzos multidisciplinarios en la definición e identificación específica de cada caso, y con acuerdos sobre los tipos y la frecuencia de intervención, podrá lograrse disminuir este problema tan real como oculto.

Consideramos que lo que distingue los protocolos de los dirigidos a otros colectivos es sobre todo la **voluntad preventiva y paliativa**, más que la intervención, puesto que, en el tipo de maltrato dirigido a las personas mayores, en muchos casos puede influir el déficit de recursos individuales, colectivos o sociales más que un acto consciente violento.

La prevención, a partir de la visualización de este conflicto social, la creación de nuevas herramientas de carácter preventivo, la detección y la consecuente intervención, son los objetivos principales que deben tener los protocolos.

Es muy importante determinar la capacidad de la persona que sufre una situación de maltrato. No solo en la medida en que esta pueda tener capacidad de oponerse a la conducta maltratadora y de defender sus derechos e intereses (por ejemplo, interponiendo y manteniendo una denuncia), sino también en que disponga de capacidad suficiente para tomar por sí misma las decisiones oportunas para el cuidado de su persona y de sus bienes. Esta situación deberá ser tenida en cuenta, si procede, como agravante en la consideración jurídica del mal hecho.

Perfil de la persona agresora

En un 50% de los casos es el/la cuidador/a principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades. Entre estas personas, un 85% es del entorno familiar (en el 60 % de los casos son hijos/as, y en un 25% el/la cónyuge). En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años. El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres.

Perfil de la persona maltratada

El 80% son mujeres y el 20% son hombres. Debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes. En los tipos de maltrato se pueden percibir las diferencias de género. En este sentido, mientras que entre los hombres se dan más casos de negligencia, entre las mujeres hay más situaciones de maltrato físico, psicológico, abuso material y los pocos casos de abuso sexual. Además, también son las más afectadas por la simultaneidad de varios malos tratos (50% de los casos).

Tipos de maltrato

- Prevalencia general de malos tratos: 12,1%.
- Físico y sexual: 2,95% (2,7% y 0,2%).
- Psicológico y emocional: 11,3%-19,4%.
- Abuso económico: 1,11%-3,8%. El responsable más frecuentemente es la pareja (62,5%) y, después, los hijos/as (12,5%).
- Negligencia: 2,07%. Los responsables son más frecuentemente los hijos/as (50%) frente a la pareja (33%).

Maltrato físico: acciones que, realizadas voluntariamente, producen daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental.

- Agresión física.
- Agresión sexual.
- Restricción física irrazonable.
- Privación prolongada de agua o alimentos.
- Uso inadecuado de una restricción física o química o de medicación psicotrópica.

Maltrato sexual: comportamientos, gestos, insinuaciones o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no deseado y no consentido, o que se ejerce sobre personas que no pueden dar consentimiento.

Psicológico: actos o acciones verbales y no verbales que intencionadamente provocan daño psicológico, como angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés. Es el más frecuente en España. El responsable más frecuente es, primero, la pareja (56,8%) y, después, los hijos (27%).

Económico: utilización ilegal o no autorizada, recursos económicos, propiedades o fondos de una persona mayor. Responsable: pareja (62,5%) e hijos/as (12,5%).

Negligencia-abandono: conducta en la que se desatiende la obligación de dar los cuidados necesarios a una persona, cuando esta presenta una dependencia. Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor (voluntaria o no) por parte de la persona responsable de su cuidado (implícita o acordada). Los responsables más frecuentes son los hijos (50%) y, después, la pareja (33,3%). Hay una inversión del patrón respecto a otros tipos de maltrato.

Algunos autores hablan de **autonegligencia**, cuando la propia persona mayor pone en peligro su seguridad o su propia salud, al no facilitarse los bienes o servicios necesarios, como la comida, los medicamentos, etc. También puede deberse a un deterioro cognitivo importante o/y un sistema de apoyo inadecuado.

Maltrato estructural: discriminación en políticas dirigidas a los ancianos.

Maltrato social: el impacto de la sociedad y sus normas sobre la vida de las personas mayores puede conducir a una infravaloración de los mayores, políticas de jubilaciones, pérdida de poder adquisitivo, política de pensiones, particularmente negativa para la mujer, y que contribuyen a reforzar la dependencia y marginalización de las personas mayores.

Según el ámbito

- Familiar o doméstico.
- Institucional o comunitario (residencias, centros sanitarios).
- Social (políticas de pensiones, respeto).

Cuando la evaluación se llevó a cabo en servicios sociales, la prevalencia fue del 13,1%, frente al 10,1% en Atención Primaria, y mayor para todos los tipos de maltrato, excepto para la negligencia, que se detectó más frecuentemente en el Centro de salud.

Signos y síntomas de maltrato

- Físico: cortes, contusiones, moratones y hematomas sin justificación o en lugares raros, arañazos, etcétera.

- **Psicológico:** rehuir la mirada, el contacto visual con el profesional, llanto injustificado, pasividad, temores, ansiedad, cambios en la conducta, temores nocturnos, insomnio...
- **Sexual:** infecciones, contusiones en el área genital, ropa desgarrada, manchada de semen con sangre, miedo a la exploración del profesional.
- **Abandono, negligencia:** deshidratación, mala higiene, no se toman la medicación, desorden, desnutrición, mal vestidos, ropa inadecuada, accidentes domésticos.
- **Económico:** cambios en los hábitos de vida, cambios en el estatus, temor a hablar de dinero, justificación de sus gastos, desconocimiento de sus finanzas, etcétera.

Consecuencias

Lesiones físicas: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones.

Consecuencias psicológicas: tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

Sociales: aislamiento físico, psicológico o social. Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de los servicios sanitarios; con el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones, condicionada por la morbilidad asociada a síntomas de la negligencia, el abandono o la violencia.

PREVENCIÓN

Hay tres niveles de prevención:

- **Primaria:**
 - Todo anciano tiene riesgo de malos tratos.
 - Proporcionar ayuda a los cuidadores y a los ancianos.
- **Secundaria:**
 - Identificación de los factores de riesgo.
 - Programas de prevención para ancianos de alto riesgo.
- **Terciaria:**
 - Prevenir nuevos eventos cuando ya se ha producido alguno.
 - Intervención legal.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROFESIONALES SANITARIOS

- Formación específica.
- Detectar los factores de riesgo.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.
- Apoyar a los cuidadores (programas de atención al cuidador).
- Promover factores protectores.
- Abordaje multidisciplinar:
 - Plan de actuación integral.
 - Programas comunitarios.
 - Educación sanitaria.

ADMINISTRACIÓN Y GOBIERNO

- Programas educativos para niños y jóvenes (+ sanitarios).
Incidir sobre las causas sociales y culturales del problema, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores, y su integración en la familia y en su entorno.
- Promover el envejecimiento activo.
- Programas de ayuda social a los ancianos y a las familias.
- Mayor dedicación de recursos para los cuidados de larga duración:
 - Cuidados psicosociales a la familia.
 - Suficientes plazas residenciales, hospitales de día, centros de acogida...
- Políticas que reduzcan las desigualdades y la pobreza.
- Cambios en la normativa laboral.

FACTORES DE RIESGO

Anciano

- Edad avanzada, viudedad, mujer.
- Deficiente estado de salud.

- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteración de la conducta.
- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de malos tratos.

Cuidador/Agresor

- Sobrecarga física, laboral y emocional.
- Trastornos psicopatológicos o conducta antisocial.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltratos a ancianos o violencia familiar.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.

Instituciones

- Nivel de atención sanitaria, servicios sociales y centros asistenciales para mayores no adecuados.
- Personal mal formado y remunerado, con carga de trabajo excesiva.
- Entorno físico deficiente.
- Normas que favorecen más los intereses de la institución que los de los residentes.

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Dependencia económica o de vivienda del anciano.
- Pobreza.

Intervenciones para modificar los factores de riesgo

Cuando la persona con riesgo de maltratar es el **cuidador familiar**.

- Compartir el cuidado con otros miembros de la familia.
- Contactar con redes de apoyo.
- Garantizar periodos de descanso.
- Programas de respiro del cuidador.
- Centros de día o de corta estancia.
- Programas municipales o de voluntarios de ayuda a domicilio.

- Integración social del cuidador para disminuir su aislamiento social.
- Abordar los problemas de salud mental (depresión, abuso de drogas, alcohol) que pudiera presentar el cuidador.
- Correcto tratamiento del anciano para mantenerlo sin conductas agresivas que generen estrés añadido.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Detección temprana del maltrato

Tener en cuenta las recomendaciones de las organizaciones internacionales.

- Asociación médica americana (AMA): recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato.
- USTF (*Us Preventive Services Task Force*) y CTF (*Canadian Task Force On Preventive Health Care*): aconsejan estar alerta ante signos y señales relacionadas con el maltrato y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta para detectar riesgos o signos de maltrato.
- Entrevista + (relación terapéutica adecuada) + exploración física.
- La escucha, la observación activa y, sobre todo, el interés profesional y humano por nuestros pacientes mayores.

Cuestionario de cribado del maltrato del anciano aconsejado por la *American Medical Association (AMA)* y la *Canadian Task Force (CTF25)*

1. ¿Está solo a menudo?
2. ¿Le han cogido cosas sin su consentimiento?
3. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no comprendía?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
6. ¿Alguna vez alguien en casa le ha pegado o hecho daño?
7. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?
8. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando los necesitaba?

Algunas normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.

- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerles algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo.

Exploración

- Explorar cuidadosamente signos físicos como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a Urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre el paciente y el agresor.
- Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, pasividad.
- Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, etc. Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, insomnio etc., tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancia de las tomas.

Señales de alerta y signos precoces de maltrato

- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones.
- Retraso en solicitar la asistencia.
- Visitas reiteradas a servicios de Urgencia y hospitales por motivos cambiantes.
- Administración involuntaria de medicamentos.
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras la aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente.
- Deshidratación.
- Caídas reiteradas.
- Contradicciones entre el paciente y el maltratador en el relato de lo sucedido.
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad.
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.

Diagnóstico

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y establecer un plan de actuación integral, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos. Contactaremos con el trabajador social y con

servicios especializados, si fuera preciso y, en algunos casos, puede ser necesaria la hospitalización del anciano. Tras la exploración y valoración, hacer un parte de lesiones, si procede, y remitir al juez. El médico debe informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos. También debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia. Con frecuencia, nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea, con frecuencia, un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención, el profesional deberá tomar la decisión. En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al hospital. Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad, etc.), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas. En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones.

Es muy importante la realización de protocolos que deben cumplir los siguientes requisitos:

- Realizado con el fin de que pueda ser seguido por profesionales de distintos ámbitos (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, abogados...).
- Debe incluir una valoración, una intervención y un seguimiento de los resultados de la intervención.
- Valoración pormenorizada y exhaustiva:
 - Evaluación completa (sanitaria, psicológica y social) tanto de la víctima, como del responsable y del contexto en el que se desarrolla la situación de malos tratos.
 - Utilización de distintas técnicas: entrevista, observación y el uso de cuestionarios.

Desde el punto de vista sanitario, debe incluir:

1. Historia clínica y valoración geriátrica.
2. Observación del comportamiento del cuidador.
3. Aspecto general del anciano.
4. Exploración física exhaustiva.
5. Exploración psíquica completa.
6. Valoración de los recursos económicos y sociales.
7. Realización de exploraciones complementarias, si proceden.

RESUMEN DE LA ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Entrevista con el paciente y con el cuidador.
- Identificar factores de riesgo o vulnerabilidad.
- Investigar señales de alerta a través de indicios o signos precoces de malos tratos. Realizado el diagnóstico, hacer un examen físico y una valoración psicológica y social. Se evaluará la magnitud del maltrato, valorando la gravedad inmediata de las lesiones, el estado psicológico (valorar el riesgo autolítico, inhibición) y el riesgo social (situación de dependencia, abandono y los riesgos para una nueva agresión).
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado, contactando con el trabajador social y los servicios sociales y con los servicios especializados, si fuera preciso. En los casos de riesgo inmediato de cualquier tipo debe remitirse siempre a los servicios especializados y/o sociales. En el resto, se procederá en función de la valoración realizada, con la opción acordada por el profesional y el paciente, respetando, siempre que sea posible, los deseos del paciente.
- Informar al paciente de la tendencia y las consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de Urgencias, de la policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas, escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación.
- Si el anciano no está capacitado, ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y de protección al adulto.
- Hacer parte de lesiones, si procede, y comunicarlo al juez.
- Informar de los pasos legales para formalizar la denuncia.
- Registrarlo en la historia.

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato en los ancianos.
- Identificar personas en riesgo: factores de riesgo y vulnerabilidad.
- Investigar señales de alerta.
- Intervenir, modificando factores de riesgo, cuando esto sea posible.
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y el agresor (con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social y los servicios especializados.

LEGISLACIÓN

DECLARADO POR LA OMS COMO UN PROBLEMA DE SALUD

La definición del maltrato a las personas mayores desde el punto de vista jurídico es: “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea este familiar o de otro tipo”.

Nuestro código penal recoge nuestro ordenamiento jurídico, las acciones u omisiones son delitos si están tipificados como delitos y, por tanto, son imputables a quien los comete.

El Código Penal recoge acciones punibles constitutivas de delito/falta que constituyen los malos tratos, bien sean estos físicos, psicológicos, sexuales o económicos:

- Delitos contra la vida e integridad física.
- Delitos contra la libertad.
- De las torturas y otros delitos contra la integridad moral.
- Omisión del deber de socorro.
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad de domicilio.
- Delitos contra el honor.
- Delitos contra las relaciones familiares.
- Delitos contra el patrimonio.
- Delito de violencia doméstica.

LEY ORGÁNICA 1/2004 DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Artículo 28, de acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores: “Las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores, en los términos que determine la legislación aplicable”.

LEY DE DEPENDENCIA

No es específica sobre maltrato, pero la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia), en vigor desde el 1 de enero de 2007, ha sentado las bases para financiar los

servicios que necesitan las personas dependientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (levantarse de la cama, comer, ducharse, etc.).

La regulación del maltrato se aborda básicamente desde la vertiente del derecho penal y, por tanto, con una visión punitiva y de coercibilidad. Pero el derecho no solo se debe interpretar desde esta perspectiva sancionadora, sino también desde un punto de vista preventivo y protector. Por este motivo, se considera oportuno incluir otras normativas, como son las preventivas y limitadoras del perjuicio, en caso de maltratos:

Documentos preventivos, cuando la persona mantiene aún su capacidad de decidir: auto-tutela, documento de voluntad anticipada (DVA), poder preventivo, asistencia, patrimonio protegido, pensión de alimentos, contrato de alimentos, acogida a personas mayores, relaciones convivenciales de ayuda mutua.

Medidas preventivas, cuando la persona tiene reducida la capacidad de decidir: comunicación de presunto incapaz a la Fiscalía, comunicación de guarda de hecho al juzgado o Fiscalía, petición de adopción de medidas cautelares, petición de ingreso involuntario al juzgado, comunicación al juzgado o a la Fiscalía posibles incumplimientos de deberes por parte del tutor.

Delante de un presunto delito existe la obligación de comunicarlo al juzgado de guardia, Ministerio Fiscal o a la policía, aún en el supuesto de que la víctima no desee denunciar su situación.

El delito de violencia doméstica está regulado por el Código Penal (art. 173.2) que hace mención a las situaciones de maltrato físico y psicológico infligidos: “a la pareja, ascendentes o incapaces que conviven, a los sujetos tutelados, curatela, acogida o guarda de hecho o la persona amparada en cualquier otra relación por la cual se encuentre integrada en el núcleo de convivencia familiar así como sobre las personas vulnerables sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados”.

Medidas cautelares

- Es importante incidir en ellas ya que se trata de un procedimiento que permite una protección rápida, desde el punto de vista personal y patrimonial por parte de los jueces, de la persona que ha perdido la capacidad de decidir.

Para solicitarlas se precisa:

- Informe social que detalle la situación de riesgo, la necesidad de intervención y los posibles maltratadores.

- Datos personales más próximos al entorno de la persona (familiares, cuidadores, económicos, vivienda).
- **Informe médico:** importante ya que un médico aporta sus conocimientos para acreditar que la persona no puede tomar decisiones.

Medidas de protección urgente ante el maltrato al anciano

- Solicitud de una orden de protección de víctimas (como dispone la ley) directamente a la autoridad judicial, Ministerio fiscal, fuerzas o cuerpos de seguridad, oficinas de atención a la víctima, servicios sociales, instituciones asistenciales, etcétera.
- Una vez recibida se tramitará al juez de guardia que podrá requerir a la policía judicial para que practique las diligencias oportunas para adoptar la orden de protección.

Dependiendo de la gravedad de la situación pueden solicitarse medidas cautelares o penas accesorias, como:

- Prohibir al presunto agresor residir en un determinado lugar, barrio o zona.
- Prohibir ir a determinados lugares o asistir a actos en concreto.
- Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima.
- Solicitud de medidas cautelares al juzgado, siempre que el juez lo considere procedente, de acuerdo con la gravedad de los hechos y la necesidad de protección integral de la víctima.
- La sospecha fundada debe llevar a la **denuncia**, y el Ministerio Fiscal velará por el interés de la persona desamparada, frágil y vulnerable, esté incapacitada legalmente o no.
- En otro orden de cosas está la obligación de proteger siempre al débil, sea mujer, menor, anciano o discapacitado, colectivos todos ellos víctimas habituales de violencia sociofamiliar.

¿CÓMO TRATAR A LOS MAYORES CON DIGNIDAD?

- Lo primero que se debe tener en cuenta es que son **personas**.
- Escucha activa.
- Paciencia.
- Cariño.
- No tratarlos como niños.
- Comunicación y lenguaje.
- Respeto a la intimidad y a la imagen.
- Empatía.
- Integración en la sociedad y en las relaciones sociales.

- Atención a las necesidades de dependencia individuales.
- Respeto de sus derechos fundamentales.

Bibliografía

- Activitats preventives de la gent gran. Maltractaments i abusos. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 1999;303-9.
- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:8-14.
- Cantero Hinojosa J, Rodríguez MA et al. Síndrome de abuso en el anciano. Implicaciones de enfermería. *Enfermería científica.* 1966;166-167:39-42.
- Colegio Oficial de Médicos de Girona: Guía per a l'abordatge de la problemàtica mèdica i legal de les persones grans. Girona: julio 2001.
- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. 2002.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 2, 22, y 25.
- Fernández Alonso MC. Malos tratos a los ancianos. Grupo de Salud Mental del PAPPS.
- Gracia D. Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
- Gracia D, Rodríguez J. Guías de Ética en la Práctica Médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, España. 2007;3-12.
- Iborra I. Violencia contra personas mayores. Barcelona: Ariel, 2005.
- Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 5.
- Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
- Kessel Sardinias H et al. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1996;31(6):367-72.
- Larrión ZJL, Ochotorena JP. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Bar).* 1994;102:216-9.
- Maltractaments i abusos. Activitats preventives de la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999;303-9.
- Marín N, Delgado JL et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1991;26(1):40-6.
- Merín Cañada T. La tutela institucional. *Rev Mult Gerontol.* 2003;13(5):323-33.
- Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J (coord.). Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Colección manuales y guías: serie personas mayores. Madrid: Imserso, 2005.
- National Center on Elder Abuse: Preventing Elder Abuse by Family Caregivers. Washington DC: 2002.
- Ogg J, Bennet G. Elder Abuse in Britain. *BMJ.* 1992;305:998-9.
- Organización Mundial de la Salud; INPEA; Universidad de Toronto y Ryerson. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.* 2002;37(6):332-3.
- Organización Mundial de la Salud; INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.* 2002;37:319-31.
- Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist.* 1988;28:51-7.
- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canadá. *J Elder Abuse Neglect.* 1992;4:5-58.
- Quiroga Méndez MP. El maltrato a los ancianos paso siguiente a la discriminación de los mayores. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. *Atención Primaria.* 2001;27:331-4.
- Sánchez del corral Usaola F, Ruijérez Cantera I. Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño. *Portal mayores*, 2004.
- Voces Ausentes. Organización Mundial de la Salud. INPEA. 2002.
- WHO/INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse, Geneva: World Health Organization, 2002.
- Zúñiga T et al. Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el servicio de Geriátria. *Rev Psiquis (México).* 2004;13(6):147-54.

Covid y demencia

Lucía Hinojosa Díaz¹, Natalia Gallego Artiles² y Irene Almería Díez³

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Río Hortega (Valladolid) Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Medina del Campo. (Valladolid) Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Periférico de Breña Baja, La Palma. Grupo Nacional de Neurología SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN. MECANISMOS DE AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR SARS-COV-2

La afectación del sistema nervioso central (SNC) y el desarrollo de complicaciones neurológicas por el SARS-CoV-2 puede obedecer a mecanismos diversos y multifactoriales, debidos, por una parte, al neurotropismo que parece presentar este nuevo coronavirus y, por otra, a la reacción sistémica propiciada por la infección, tanto en el momento agudo (encefalopatía tóxico-metabólico-hipoxémica) como, más tarde, en forma de lesiones desmielinizantes.

La encefalopatía aguda que se observa en los casos de infección por el virus puede ser consecuencia de los trastornos metabólicos, la hipoxemia y la toxemia sistémica que, en los casos más graves y severos, puede manifestarse en forma de síndrome confusional, disminución del nivel de conciencia o coma.

La tormenta de citoquinas (o síndrome de liberación masiva de citoquinas secundaria a la infección sistémica por SARS-CoV-2) puede inducir un estado proinflamatorio a nivel cerebral que determine la aparición de lesiones parenquimatosas inflamatorias, edema cerebral o ictus, entre otros.

El daño funcional asociado con este proceso de inflamación cerebral podría explicar la aparición de síntomas cognitivo-conductuales, de manera similar a lo observado en síndromes confusionales secundarios a infecciones en los ancianos.

La invasión directa del SNC parece ser debida a dos mecanismos: el primero de ellos implicaría una disrupción de la barrera hematoencefálica que facilitaría la llegada directa del virus por vía hematógena. El segundo mecanismo implicaría una vía transneuronal, debida a la infección de células del epitelio olfatorio, a través del receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y la proteasa serina transmembrana de tipo II (TMPRSS2), en cone-

xi3n directa con las neuronas sensitivas olfatorias, situadas en la parte superior del tabique nasal, y que podrían explicar la anosmia neurosensorial presente en muchos de los pacientes con COVID-19.

El estudio y la comprensi3n de la fisiopatologí3a del daío a nivel del SNC, así como de sus manifestaciones clínicas, se encuentran muy limitados, debido a la escasez de estudios, tanto generales como específicos, estando casi todos ellos basados en las manifestaciones neurológicas agudas. El potencial neuroinvasivo del SARS-CoV-2 podría repercutir en la progresi3n y/o precipitaci3n de cambios neuropatol3gicos que culminen en una enfermedad neurodegenerativa, o podría ser causa de una rápida y diferente evoluci3n en pacientes con una enfermedad neurodegenerativa y establecida.

AFECTACI3N EN PACIENTES CON DEMENCIA

Centrándonos en la afectaci3n de la enfermedad por coronavirus en pacientes con demencia, lo primero que debemos preguntarnos es si el impacto del COVID-19 es distinto en personas con demencia que en el resto de la poblaci3n. Para resolver esta cuesti3n, a continuaci3n, trataremos algunos aspectos claves sobre la relaci3n entre la enfermedad por coronavirus y la demencia.

Partimos del hecho conocido de que la demencia se ve particularmente agravada en circunstancias de aislamiento social, y que se puede producir un empeoramiento del comportamiento al recibir informaci3n sobre la situaci3n actual a través de los medios de comunicaci3n que, en muchas ocasiones, genera incertidumbre e inquietud. Todo ello puede generar un cambio de comportamiento en estos pacientes, que pudiera requerir hospitalizaci3n y, por tanto, una mayor exposici3n a la enfermedad por coronavirus.

En primer lugar, no existe una evidencia de que las personas con demencia tengan sntomas más graves por coronavirus SARS-CoV-2 que otras personas de edad y patologías asociadas similares, aunque es un hecho que la mayoría de los pacientes que padecen demencia son de avanzada edad y tienen, por tanto, mayor riesgo de complicaciones durante el ingreso hospitalario y, como consecuencia, mayor morbimortalidad asociada.

Un dato de interés es que los pacientes con demencia, a menudo, presentan sntomas atípicos, como puede ser un empeoramiento de su enfermedad con episodios de desorientaci3n, agitaci3n o pérdida de apetito, como manifestaci3n inicial de la enfermedad por coronavirus, o incluso sin fiebre ni tos, por lo que el diagnóstico y, por tanto, el tratamiento adecuado, sufre un retraso. Tanto es así que la Asociaci3n de Alzheimer aconseja a los cuidadores que estén alerta ante la presencia de un empeoramiento de la enfermedad de base por poderse tratar del primer sntoma manifiesto de la enfermedad por coronavirus.

También influye en el transcurso de la enfermedad asociada al ingreso el aislamiento por la prohibición de visitas con el fin de reducir la tasa de infección. Todo ello supone un empeoramiento de la demencia y problemas para la comunicación o para seguir las instrucciones y medidas de seguridad (distanciamiento físico, lavado de manos y uso de mascarilla), así como un mayor riesgo de desarrollar un cuadro confusional durante la estancia hospitalaria, patología que agravaría el pronóstico.

Otro punto que se debe tener en cuenta en los pacientes con demencia son las posibles interacciones medicamentosas con los fármacos utilizados en la enfermedad por coronavirus, ya que ciertos fármacos utilizados con frecuencia en la demencia, como son los antipsicóticos o los antidepresivos, pueden presentar un elevado porcentaje de interacciones con estos mismos.

Por todo esto, es de vital importancia trazar un plan de actuación en caso de que se produzca un empeoramiento de una persona con demencia que padezca la enfermedad por coronavirus, así como decidir el beneficio de un ingreso hospitalario frente a la angustia derivada por el aislamiento y la separación de la familia. Es un tema complicado de afrontar y requiere una comunicación médico-paciente adecuada e individualizada.

Por otra parte, esta pandemia no ha afectado solo a las demencias como patología crónica. En el caso de estos pacientes, que han sufrido las consecuencias de la desviación de recursos médicos para atender a los afectados con COVID-19, el confinamiento y el cierre de centros de terapia cognitiva han generado un factor de inestabilidad clínica sobreañadido.

No obstante, se debe remarcar la ausencia de precedentes del impacto global que estas actuaciones puedan tener y, particularmente, en grupos de personas vulnerables, como el de los pacientes con demencia, sus familias y sus cuidadores. La situación que estamos viviendo cambia a diario, por lo que es necesario compartir recursos y orientaciones de las mejores prácticas a medida que estén disponibles.

En resumen, con la información adecuada sobre la reducción de riesgos, el cuidado en el hogar, cómo incluir a las personas con demencia en las decisiones sobre su atención y las oportunidades para planificar con anticipación a través de la atención avanzada los planes o las directivas anticipadas, las familias pueden tomar decisiones informadas sobre cómo, cuándo y dónde buscar ayuda.

¿Cómo ha afectado el confinamiento a los pacientes con enfermedad neurológica?

A raíz de la LXXII Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología (SEN), los profesionales sanitarios hemos podido conocer tanto las manifestaciones neurológicas debido a la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2, como en qué medida el confinamiento y las medi-

das impuestas por el decreto del estado de alarma han afectado a la población general y, en particular, a aquellos pacientes que presentan una enfermedad neurológica.

Desde el punto de vista de las enfermedades neurodegenerativas, especialmente la enfermedad de Alzheimer, hasta el 99% de los neurólogos interrogados consideran que dichos pacientes han presentado un empeoramiento del estado basal y un 55% estiman que este ha sido grave, siendo las formas más afectadas la moderada y la leve. Este deterioro no solo se ve en la capacidad funcional previa sino también a nivel conductual y en la movilidad. Entre los síntomas comportamentales más frecuentes encontramos: irritabilidad, ansiedad, alteración del sueño, agresividad y, en menor medida, delirios y clínica depresiva.

Pero, ¿a qué es debido este empeoramiento? En este caso influyen multitud de factores, como la interrupción de la actividad física diaria necesaria en este tipo de pacientes, así como la conexión con el medio ambiente, la suspensión de las actividades de estimulación cognitiva, tan importantes para mantener la capacidad funcional y que esta se vea disminuida de una forma paulatina, y también la pérdida de contacto con la sociedad y los familiares. Todas estas circunstancias han sido parte de las causas involucradas en este empeoramiento.

Es necesario añadir que también, aunque sea en un porcentaje menor (61-64%), se ha objetivado un empeoramiento en otro tipo de demencias, como las derivadas de la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal.

También ha habido afectación por la pandemia en otras enfermedades neurológicas. Tal es el caso de la epilepsia, donde se ha podido ver un aumento en la frecuencia de las crisis, así como síntomas secundarios del confinamiento, como ansiedad, depresión o alteración del sueño, que influyen directamente y que se consideran un factor de riesgo para una nueva crisis epiléptica. Respecto al Código Ictus, en marzo de 2020 la SEN publicó que se llegó a activar un 28% menos, no por una disminución de la incidencia, sino por el temor de la población a acudir a un centro hospitalario, lo que derivó en un aumento de la morbimortalidad por la demora en la atención sanitaria. En lo relacionado con los trastornos del movimiento, como la enfermedad de Parkinson, también se ha evidenciado hasta en un 66% el agravamiento de los síntomas y otros síntomas asociados, similar a los casos anteriores, como ansiedad, decaimiento del estado de ánimo y alteración del sueño. Por último, los pacientes con antecedentes de cefaleas presentaron, además, un aumento en la intensidad y la frecuencia de los episodios, con un aumento en el consumo de analgésicos.

Y a la población general ¿le ha afectado el confinamiento?

Según la SEN, hasta el 75% de los neurólogos consideran que los cuidadores de pacientes con demencia han padecido una situación de mayor angustia, donde, además, los recursos

a su alcance se vieron disminuidos y muchas veces no tenían las habilidades necesarias para la atención de estos pacientes. También se ha visto un aumento en la incidencia del diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas a consecuencia del confinamiento domiciliario.

Es innegable resaltar que en mayor o menor medida ha habido una afectación psicológica en la población general. En un estudio realizado en Reino Unido se vio que la afección fue mayor en aquellos que ya presentaban problemas de salud previamente y en entornos con menor nivel socioeconómico.

Por tanto, es necesario concluir que, además de la afectación neurológica por COVID-19, existe un empeoramiento generalizado en las enfermedades neurológicas (sobre todo en las neurodegenerativas), derivado del confinamiento y la disminución de recursos al alcance de los pacientes resultante de esta pandemia.

Bibliografía

1. Simard M, Hudon C, van Reekum R. Psychological distress and risk for dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:41-7
2. Livingston G, Weidner W, Atri A (MSAP Chair), Allegri R, Barbarino P, Bliss A et al. Alzheimer's Disease International. COVID-19 and dementia: Difficult decisions about hospital admission and triage. Paper, 09th April 2020. Fuente: <https://www.alzint.org/u/ADI-position-paper-COVID-19-and-dementia.pdf>.
3. Ezpeleta D, García Azorín D (Ed). Manual COVID-19 para el neurólogo general. Madrid: SEN; 2020.
4. Teixidó Prevosti A, Serrano Ferrández E. El sufrimiento emocional por el COVID 19. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2653
5. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M. Neurología y Psiquiatría. Salud mental antes y durante la pandemia por COVID 19. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2857
6. Hernando-Requejo V, Huertas-González N, Lapeña-Motilva J, Ogando-Durán G. Consulta de epilepsia durante la pandemia de COVID-19: papel de la telemedicina y efectos del confinamiento en pacientes epilépticos. *Elsevier.* 2020;35(4):274-6. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-consulta-epilepsia-durante-pandemia-covid-19-S0213485320300840>
7. López-Bravo A, García-Azorín D, Belvis R. Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al paciente con cefalea en España: análisis de situación con una mirada al futuro. *Elsevier.* 2020;35(6):372-80. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-impacto-pandemia-covid-19-atencion-al-S0213485320301079>

Questionarios

Para cumplimentar el cuestionario asociado a esta Guía, y poder obtener los créditos del proyecto, debe obligatoriamente acceder a la siguiente página web:

www.campuspierrefabre.com

Entrar en la Guía, contestar y validar el cuestionario correspondiente.

Se considerará que se ha superado el cuestionario si el número de respuestas acertadas es igual o superior al 80%; si lo supera, accederá directamente al diploma acreditativo.

Capítulo 1

1. Son criterios de enfermedad de Alzheimer, según la CIE-10, todos los siguientes, excepto:
 - a) Presencia de un síndrome de demencia.
 - b) Comienzo insidioso y deterioro lento.
 - c) Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral.
 - d) Presencia de signos de focalidad neurológica.
 - e) Evolución progresiva.
2. Los criterios diagnósticos del DSM V del trastorno neurocognitivo mayor son los siguientes, excepto:
 - a) Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos.
 - b) Preocupación en un informante que le conoce o en el clínico y no en el propio individuo, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva.
 - c) Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
 - d) Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos), pero necesita hacer un mayor esfuerzo o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación.
 - e) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
3. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo de enfermedad de Alzheimer?:
 - a) Hipertensión.
 - b) Obesidad.
 - c) Ejercicio físico.
 - d) Apo-E ε4.
 - e) Dieta rica en grasas saturadas.
4. Las demencias pueden clasificarse de acuerdo con los siguientes criterios, excepto:
 - a) Cronológico.
 - b) Etiológico.
 - c) Topográfico.
 - d) Potencial reversibilidad.
 - e) Neurodegeneración.
5. La tríada afasia, apraxia y agnosia le sugiere:
 - a) Una demencia vascular.
 - b) Una demencia subcortical.
 - c) Una enfermedad de Alzheimer.
 - d) Una demencia presenil.
 - e) Una demencia cortical.
6. Una demencia debe sospecharse:
 - a) Cuando hay pérdida de memoria y desorientación espacial.
 - b) Cuando hay dificultad para recordar nueva información y problemas de atención.

- c) Cuando hay alteraciones de conducta y problemas de razonamiento.
 - d) Son ciertas a, b y c.
 - e) Son ciertas a y b.
7. Se deben considerar signos de alerta la aparición, de forma repetitiva, de manifestaciones como (señale la incorrecta):
- a) Trastornos de memoria para recordar informaciones nuevas: citas, conversaciones, sucesos recientes, ubicación de objetos. Olvidos de cierta importancia, reiterativos, que interfieren con la capacidad de realizar actividades cotidianas. Percepción subjetiva de pérdida de memoria.
 - b) Pérdida de habilidad espacial en lugares habituales. Posible dificultad en la conducción complicada.
 - c) Desorientación en el tiempo, con el desconocimiento de fechas principalmente.
 - d) Aparición de errores de cálculo aritmético y presencia de faltas de ortografía en la escritura, que previamente no habían sucedido.
 - e) La capacidad para mantener una conversación con varios interlocutores.
8. Se deben considerar signos de alerta la aparición, de forma repetitiva, de manifestaciones como (señale la incorrecta):
- a) Cambios del carácter y del humor sin causa aparente. Comportamiento pasivo, ausente, apático, irritable, desconfiado o inadecuado.
 - b) Trastornos del sueño presentando una subexcitación nocturna que se acompaña de cierta somnolencia diurna.
 - c) Disminución en la habilidad para ejecutar tareas cotidianas laborales o domésticas, y por tanto descenso del rendimiento y eficacia del sujeto en todos los aspectos, pero principalmente a nivel intelectual.
 - d) Disminución de la capacidad adaptativa solo en el ámbito familiar, no en el social o laboral.
 - e) Dificultad en el razonamiento: para solucionar correctamente problemas de difícil resolución, para manejar situaciones inesperadas, planear viajes, adecuar gastos, aprender a manejar nuevos instrumentos.
9. Respecto a la sospecha activa de demencia, señale la respuesta falsa:
- a) Estará referida a las tres áreas que se ven afectadas en el síndrome de demencia (cognitiva, conductual y funcional), ya que no siempre el proceso se inicia con un deterioro cognitivo.
 - b) Los cambios cognitivos son alteraciones de las funciones superiores (memoria, lenguaje, cálculo, habilidades motoras complejas, agnosia, apraxia, capacidad de juicio y abstracción, orientación temporoespacial, etc.).
 - c) Los cambios cognitivos son los que definen el síndrome de demencia y los más específicos, pero no son los únicos.
 - d) Los cambios de conducta o psicológicos pueden aparecer en todas las fases de la demencia, con diferente intensidad, y nunca constituyen la principal complicación.
 - e) Las pérdidas funcionales pueden incluir: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con el autocuidado (Barthel) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), relacionadas con la posibilidad de llevar una vida independiente en la comunidad (índice de Lawton).
10. En los estadios tempranos, los patrones de síntomas predominantes pueden ayudar a identificar la enfermedad subyacente (señale la respuesta falsa):
- a) En la enfermedad de Alzheimer la presentación típica nunca es el déficit de memoria a corto plazo.
 - b) La característica más relevante de la presentación de la demencia vascular es la asociación temporal de déficit cognitivo con ictus y la evidencia de enfermedad cerebrovascular en la exploración física y las técnicas de imagen.
 - c) Si la emergencia de demencia y síntomas físicos de EP se dan en menos de un año, el diagnóstico es demencia de la EP; si los síntomas cognitivos preceden más de un año a los síntomas y signos físicos, el diagnóstico es demencia por cuerpos de Lewy.
 - d) Si los síntomas tempranos son del lenguaje o del comportamiento orientan a demencia frontotemporal (FTLD).
 - e) Los síntomas tempranos de comportamiento en la FTLD a menudo orientan a un diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica funcional, dificultando el diagnóstico real.

Capítulo 2

1. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es la falsa?:
- a) El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer sigue siendo un diagnóstico de probabilidad a lo largo de la vida de un sujeto.
 - b) Los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo no se correlacionan de manera muy específica con la presencia de patología de Alzheimer.
 - c) En sujetos sanos también podemos encontrar biomarcadores positivos en LCR de patología de Alzheimer.

- d) Los *kits* para determinar biomarcadores de patología de enfermedad de Alzheimer en líquido cefalorraquídeo en la actualidad presentan un elevado coeficiente de variabilidad.
- e) Para tener un perfil diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de Alzheimer, se tiene que medir conjuntamente beta-amiloide, tau total y tau fosforilada.
2. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones se consideran falsas en la enfermedad de Alzheimer (EA)?:
- Las características clínicas y el conocimiento disponible sobre la fisiopatogenia de la enfermedad de la enfermedad de Alzheimer pueden permitir la realización de un diagnóstico clínico.
 - Existen diferentes criterios diagnósticos para la EA.
 - Actualmente los criterios más utilizados y validados por estudios clínico-patológicos son aquellos propuestos por el Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos de Estados Unidos.
 - La certeza diagnóstica de EA no requiere precisamente una confirmación anatomopatológica.
 - El diagnóstico de la EA es probabilístico, ya que el diagnóstico de confirmación solo se puede realizar en estudios *post mortem* con anatomía patológica.
3. En relación a las pruebas de imagen y bioquímicas sobre la enfermedad de Alzheimer, señale la respuesta falsa:
- Si se confirma la presencia de un deterioro cognitivo, es obligado realizar una prueba de neuroimagen estructural.
 - Una analítica completa que incluya B12, ácido fólico y pruebas de función tiroidea.
 - La serología luética se considera necesaria en nuestro entorno.
 - Una clara historia familiar autosómica-dominante solo se tiene en cuenta en el seno de proyectos de investigación pues no tiene más aplicación en la práctica clínica diaria.
 - En el caso de que los estudios analíticos detectaran cualquier anomalía en pacientes que se sospecha demencia, no será obligado su tratamiento.
4. Señale la afirmación falsa:
- La entrevista inicial al paciente y a su cuidador es clave para realizar una correcta evaluación cognitiva.
 - Un cuidadoso interrogatorio permitirá efectuar el revelamiento de la historia familiar y obtener datos que posibiliten inferir sobre el estado premórbido del sujeto.
 - Las variables demográficas (edad, ocupación, nivel de instrucción, dominancia manual, etc.) y los antecedentes personales son fundamentales tanto para la elección de las técnicas de evaluación más apropiadas como para su ulterior interpretación.
 - En todos los casos, hay que realizar la escala elegida para la evaluación inicial del estado mental del paciente.
 - En la consulta de Atención Primaria no se utilizarán exploraciones intermedias como el test de los siete minutos o el examen cognitivo, dejando estos test para la consulta de Neurología.
5. Señale la afirmación incorrecta respecto a las características que debe reunir la escala elegida para la evaluación inicial del estado mental inicial:
- Brevedad en su aplicación.
 - Aceptable nivel de sensibilidad.
 - Fácil administración (requerimiento de materiales y entrenamiento del evaluador).
 - Adecuación según el nivel de instrucción alcanzado.
 - Estructurada según la edad del paciente.
6. Uno de los siguientes test valora la función cognitiva:
- El test de Apgar familiar.
 - El test del reloj.
 - El test de Washington.
 - El test de Baber.
 - El test de Golberg.
7. Señale la afirmación incorrecta respecto al minexamen cognoscitivo (MEC)
- Tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 92%.
 - El tiempo estimado del examen es de 10-15 minutos.
 - Cuando hablamos del MEC nos estamos refiriendo a la versión completa de 35 ítems (MEC-35).
 - Existe otra versión de 30 ítems (MEC-30) con coeficientes de eficiencia muy similares al MEC-35.
 - Es un test que también puede ser autoadministrado.

8. Sobre el test del reloj, señale la afirmación incorrecta:

- a) Es un instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos.
- b) Se introdujo en 1953 para la valoración de la apraxia constructiva y se utilizó sobre todo para la detección de los trastornos visuoespaciales.
- c) La producción de dibujos implica otras funciones cognitivas y la interpretación de un dibujo anómalo puede revelar otros déficits.
- d) Es un test sencillo de aplicar, que valora una tarea compleja consistente en dar a los pacientes un papel en blanco y las instrucciones para dibujar un reloj.
- e) Es un test que debe ser pasado e interpretado por un psiconeurólogo.

9. De las siguientes afirmaciones respecto a la enfermedad de Alzheimer (EA), ¿cuál es falsa?

- a) Los biomarcadores para la EA suelen obtenerse del LCR del paciente.
- b) Antes de los primeros síntomas ya se puede positivar los biomarcadores en la EA.
- c) Los kits para determinar biomarcadores en la EA no presentan actualmente un elevado coeficiente de variabilidad.
- d) Un biomarcador es un indicador para valorar el riesgo de padecer la EA.
- e) Si un biomarcador es positivo nos indica que esa persona tiene un porcentaje elevado de presentar EA.

Capítulo 3

1. Se debe realizar en todos los pacientes con sospecha clínica de demencia una analítica que incluya:

- a) Función renal y hepática.
- b) Hemograma.
- c) Determinación de la vitamina B12.
- d) Ácido fólico y hormonas tiroideas.
- e) Todas son correctas.

2. De las siguientes afirmaciones sobre la demencia tipo Alzheimer, ¿cuál es la falsa?:

- a) Se califica como la más frecuente.
- b) Su principal factor de riesgo es la edad.
- c) Su síntoma principal al comienzo de la enfermedad es la pérdida de la memoria reciente.
- d) La exploración neurológica del paciente, con frecuencia es anormal.
- e) El Mini Mental (MMSE) presenta alteraciones en la memoria episódica reciente.

3. La demencia tipo Alzheimer:

- a) Es más prevalente en hombres.
- b) Se califica como la más frecuente de todas las demencias.
- c) No existe el alelo $\epsilon 4$.
- d) Tiene una rápida evolución.
- e) No existen síntomas psiquiátricos.

4. Se debe realizar en todos los pacientes con sospecha clínica de demencia una anamnesis detallada que incluya:

- a) Información facilitada por el cuidador de que existen limitaciones en las actividades de su vida diaria.
- b) Exploración de áreas cognitivas como la memoria.
- c) Exploración de áreas cognitivas como la función ejecutiva y las habilidades visuoespaciales.
- d) Exploración de áreas cognitivas como las habilidades en el comportamiento social y el lenguaje.
- e) Todas son correctas.

5. La demencia de tipo vascular:

- a) Es más prevalente en jóvenes.
- b) Su prevalencia es fija.
- c) Entre sus factores de riesgo se encuentran los factores de riesgo cardiovascular.
- d) Lo último en afectarse son las funciones ejecutivas.
- e) No existen síntomas neurológicos ni psiquiátricos.

6. De las siguientes afirmaciones sobre la demencia tipo vascular, ¿cuál es la falsa?:
- Presenta un deterioro cognitivo en brotes, evolutivo y escalonado.
 - En su exploración neurológica existen hallazgos de focalidad.
 - Sus síntomas psiquiátricos más característicos son la depresión y los cambios de personalidad.
 - No existe alteración de la función ejecutiva.
 - El Mini Mental (MMSE) puede ser normal al inicio de la enfermedad.
7. La demencia por cuerpos de Lewy:
- Puede ser más frecuente en hombres.
 - Se califica como la segunda causa más frecuente de todas las demencias.
 - Afecta sobre todo a menores de 60 años.
 - No presenta alucinaciones visuales recurrentes.
 - Conservación de las habilidades visuoespaciales.
8. De las siguientes afirmaciones sobre la demencia por cuerpos de Lewy, ¿cuál es la falsa?:
- Presenta un deterioro cognitivo progresivo.
 - En su exploración neurológica destacan síntomas de parkinsonismo, con ausencia de temblor.
 - Su síntoma principal al comienzo de la enfermedad es la pérdida de la memoria.
 - Son hallazgos clínicos sugestivos: la sensibilidad a los neurolépticos y las alteraciones del comportamiento en la fase REM del sueño.
 - Puede presentar depresión, siendo más frecuente que en la demencia tipo Alzheimer.
9. De las siguientes afirmaciones sobre la demencia frontoparietal, ¿cuál es la falsa?:
- Se califica como la menos frecuente de todas.
 - Es similar en ambos sexos.
 - Característicamente su edad de inicio es más tardía que en las otras demencias, calificándose como la más frecuente después de los 65 años.
 - Son llamativos en las fases iniciales los cambios en el comportamiento social y en la personalidad.
 - Existe ausencia de conciencia de enfermedad, así como importante afectación de las funciones ejecutivas.
10. La demencia frontoparietal:
- Es más frecuente en hombres.
 - Se califica como la más frecuente de todas las demencias.
 - No existen cambios en la personalidad.
 - La exploración neurológica suele ser generalmente normal.
 - El MMSE es muy útil para su diagnóstico.

Capítulo 4

1. Marque la diferencia entre estimulación y rehabilitación cognitivas:
- Ambos términos significan lo mismo.
 - La estimulación cognitiva se aplica a pacientes con deficiencia cognitiva, por lo general daño cerebral, y la rehabilitación, a pacientes con deficiencia cognitiva global.
 - La rehabilitación cognitiva se aplica a pacientes con una deficiencia cognitiva objetiva, en tanto que la estimulación cognitiva promueve la participación de actividades que tienen por objeto una mejora general del funcionamiento cognitivo y social.
2. Identifique la respuesta correcta:
- Las intervenciones de estimulación cognitiva no reportan beneficio añadido.
 - Las intervenciones de estimulación cognitiva apuntan efectos limitados en los aspectos del bienestar psicológico del enfermo.
 - Las intervenciones de estimulación cognitiva benefician la función cognitiva y los aspectos de bienestar.
3. Señale el enunciado correcto:
- El envejecimiento no es responsable de la falta de concentración en los mayores.
 - En el envejecimiento, la capacidad de concentración es más baja.
 - Las personas mayores no sufren estereotipos negativos. Son muy aventureros.

4. Señale el enunciado falso:

- a) Las actividades cognitivamente estimulantes naturales no reportan beneficio.
- b) Las actividades cognitivamente estimulantes naturales benefician el mantenimiento de la cognición.
- c) Las actividades cognitivamente estimulantes naturales retrasan la aparición de algunas demencias.

5. Señale el enunciado falso:

- a) Los envejecientes tienen una elevada afectación de las habilidades del conocimiento.
- b) Los envejecientes no tienen tanta afectación de las habilidades de organización del conocimiento.
- c) Los envejecientes no tienen tanta afectación de los campos de la pericia.

6. Señale la respuesta correcta:

- a) La música es un lenguaje encaminado a evocar, comunicar y provocar emociones.
- b) Las técnicas de neuroimagen no se han demostrado competentes para evidenciar el efecto que causa el estímulo musical a nivel cerebral.
- c) Cada elemento musical (ritmo, melodía, armonía) es procesado en distintas áreas cerebrales.
- d) a y c son correctas.

7. La musicoterapia (señale la respuesta correcta):

- a) No precisa una formación específica para la aplicación de la música en un proceso terapéutico siempre y cuando se posean estudios musicales competentes.
- b) Es el uso de la música y sus elementos por parte de un profesional debidamente formado para tal fin para una finalidad terapéutica.
- c) Consiste en utilizar cualquier tipo de música para estimular a un paciente desde la perspectiva cognitiva.
- d) Sirve para obtener una respuesta a un estímulo musical que siempre es motora.

8. La musicoterapia forma parte de las terapias no farmacológicas. Por tanto (señale la respuesta incorrecta):

- a) Puede ser útil en fases avanzadas de la demencia cuando la farmacología deja de ser eficaz.
- b) Su estimulación holística puede mejorar la calidad de vida y la autoestima del paciente al preservar capacidades aún presentes o descubrir otras nuevas.
- c) Puede sustituir a los tratamientos farmacológicos en las fases incipientes de la enfermedad pues el efecto que provoca es similar.
- d) Puede hacer partícipe al cuidador principal del paciente con demencia con la finalidad de reforzar vínculos y compartir actividades extrapolables fuera incluso de las sesiones.

9. Estimular la memoria episódica de los pacientes con demencia es una de las funciones de la musicoterapia. ¿Cómo sería posible realizar esta acción?:

- a) Utilizando una audición musical de música clásica e invitar a un paciente del grupo que cuente alguna vivencia.
- b) Utilizando una pieza musical melódica para iniciar una serie de preguntas sobre su vida.
- c) Utilizando una pieza musical de su historial musical a través de la cual pudiera evocar espontáneamente experiencias vividas durante los momentos que la oyó en el pasado.
- d) Incitando a cantar una canción antigua al/la paciente.

10. Previamente a la intervención con musicoterapia (señale la correcta):

- a) Es preciso conocer el perfil del paciente o grupo de pacientes así como su grado de deterioro para programar actividades que puedan realizar según sus capacidades, cognitivas y físicas.
- b) No es preciso diseñar ninguna estrategia previa. La improvisación es ya de por sí un acto terapéutico que invita a la imaginación.
- c) El diseño previo de la intervención y de sus ejercicios no influye en los resultados ya que todo lo acontecido en ellas es debido al azar.
- d) Para las sesiones no hace falta estructurar el tiempo empleado, pues el contenido es homogéneo para que la respuesta emocional sea constante.

Capítulo 5

1. Los objetivos del médico de Atención Primaria en las demencias son:

- a) Aumentar la tasa de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias que reciban un tratamiento adecuado a su diagnóstico y estadio de la enfermedad.

- b) Promover entre los profesionales la actitud empírica de ensayar el cambio de fármaco en situaciones de baja tolerancia o aparente falta de eficacia.
 - c) Promover entre los médicos y enfermería actitudes dirigidas a fomentar la adherencia al tratamiento.
 - d) Aprovechar la historia clínica para llevar a cabo estudios comparativos de enfermos tratados y no tratados, sobre el efecto del tratamiento.
 - e) Todas son ciertas.
2. ¿Cuál de los siguientes tratamientos pautados de forma precoz con ICAE en estadios predemencia evitar la evolución a demencia?
- a) Rivastigmina.
 - b) Memantina.
 - c) Galantamina.
 - d) Tacrina.
 - e) Ninguno de ellos.
3. Dentro de las principales patologías a tratar, dentro de las demencias la malnutrición es debida fundamentalmente a:
- a) Infecciones concomitantes, fundamentalmente respiratorias.
 - b) Hipermetabolismo hiperproteico cifrándose entre 1.800-2.500 kcal/día.
 - c) Uso de fármacos anticolinesterásicos.
 - d) Hipermetabolismo hiperproteico cifrándose entre 600-1.600 kcal/día.
 - e) Traumatismos tipo fractura de cadera.
4. Dentro de las Infecciones que se producen en los pacientes con demencia en fases moderadas-severas, señale la respuesta falsa:
- a) Son debidas al deterioro de la inmunidad.
 - b) Existe disminución de mecanismos fisiológicos como la tos, hidratación, adelgazamiento de la piel, peor cicatrización, alteraciones circulatorias.
 - c) Hay mayor incidencia de enfermedades crónicas.
 - d) La incidencia es de 10-20%/mes.
 - e) No está indicado la vacunación masiva de la gripe y del neumococo.
5. Señale la opción falsa respecto al tratamiento adecuado:
- a) En los trastornos neurológicos asociados tipo tics, mioclonías, convulsiones, parkinsonismos el tratamiento son antiepilépticos y benzodiazepinas.
 - b) Los trastornos neurológicos asociados tipo tics, mioclonías, convulsiones, parkinsonismos el tratamiento son los ICAE.
 - c) En los trastornos de la conducta sexual se recomiendan los ISRS y la gabapentina.
 - d) En estos trastornos también es aceptado el tratamiento hormonal con acetato de ciproterona.
 - e) En el control del dolor en fases severas de la demencia se usa el paracetamol y los tratamientos tópicos una opción válida.
6. En el tratamiento específico de la demencia frontotemporal señale la opción verdadera:
- a) No se recomienda el uso de ISRS.
 - b) El uso de trazodona está contraindicado en muchos síntomas
 - c) Neurolépticos atípicos no controlan conductas inapropiadas, compulsiones o esterotipias.
 - d) No existen tratamientos específicos en la DLFT.
 - e) La rivastigmina es eficaz en fases leves a moderadas.
7. Respecto al tratamiento con ICAE en demencias señale la opción falsa:
- a) Todos ellos tienen semejante eficacia clínica.
 - b) El tratamiento se basa en la elección según historial clínico del paciente, tolerancia y dosificación.
 - c) El uso en cardiopatas graves e Insuficiencia renal es con donepezilo.
 - d) los efectos secundarios más frecuentes son los digestivos.
 - e) Se debe usar con precaución en cardiopatas, EPOC, epilepsia, hiperplasia benigna de próstata.
8. Respecto al tratamiento con los ICAE es cierto que:
- a) El tratamiento combinado de memantina con donepezilo, por su diferente mecanismo de acción mejora significativamente el estado global de algunos pacientes.

- b) Memantina inicio con dosis de 10 mg/día incrementando semanalmente hasta 20 mg/12 h o 40 mg/día única dosis.
 - c) El inicio del tratamiento con donepezilo es con 10 mg/día y se aumenta a 20 mg/día a partir de la cuarta semana.
 - d) La galantamina se recomienda usar por la noche para favorecer el insomnio.
 - e) La rivastigmina no mejora la tolerancia con su presentación en parche a dosis de 4,6-9,5 mg/24 h.
9. Dentro de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias:
- a) El tratamiento farmacológico se debe iniciar una vez agotadas las intervenciones no farmacológicas.
 - b) Siempre usar dosis bajas y un aumento lento y gradual, evaluando de forma global al paciente.
 - c) descartando un origen orgánico de la agitación, ya que es relativamente frecuente en estos pacientes así como la toxicidad.
 - d) Los IACE son eficaces también en el control de estos síntomas.
 - e) Todas son ciertas.
10. En el tratamiento específico demencia por cuerpos de Lewy señale la respuesta verdadera:
- a) La eficacia de la levodopa para los trastornos motores es mayor que en la enfermedad de Parkinson.
 - b) Rivastigmina y donepezilo pueden ser moderadamente eficaces en el control de las alucinaciones, delirios y alteración del patrón de sueño.
 - c) No asociar levodopa a anticolinérgicos, selegilina y agentes dopaminérgicos.
 - d) Clonazepam y melatonina son útiles para regular el sueño.
 - e) Si no son eficaces otros tratamientos y presenta síntomas graves, se recomienda el uso de quetiapina.

Capítulo 6

1. Señale la respuesta correcta en relación a los recursos sociales y socio-sanitarios en la atención a la demencia:
- a) Lo mejor para el paciente con demencia es tramitar su ingreso en una residencia.
 - b) El primer recurso es la propia persona, familia o grupo.
 - c) La utilización de un recurso depende de la decisión de los profesionales.
 - d) No existen recursos específicamente diseñados para la demencia.
2. Entre los profesionales que integran las Unidades de Demencia o Equipos de Atención Especializada en Demencia (EAED), se encuentran:
- a) Un médico experto en el manejo de demencias (neurólogo, geriatra o psiquiatra).
 - b) Un psicólogo o neuropsicólogo.
 - c) Un trabajador social.
 - d) Todas son correctas.
3. Ante un paciente con deterioro cognitivo grave, que le impide tomar decisiones sobre su vida o su patrimonio, el profesional sanitario debe:
- a) Decirle al cuidador que tome las decisiones.
 - b) Comunicarle a sus familiares que tomen las decisiones de forma conjunta.
 - c) Ponerlo en conocimiento del fiscal, por si procediese instar la incapacitación legal, con el objetivo de protegerle.
 - d) Esperar a que el paciente mejore para que decida por él mismo.
4. Los recursos deben tener un uso racional y se debe tener en cuenta que:
- a) Es necesaria la coordinación entre los servicios públicos y la red de apoyo social.
 - b) El aporte económico disponible es ilimitado.
 - c) La familia no es el primer recurso.
 - d) b y c son correctas.
5. El paciente con demencia es susceptible al maltrato psíquico y físico. Para prevenir y tratar el maltrato, se recomienda:
- a) Evitar el aislamiento social
 - b) Optimizar la atención al paciente
 - c) Institucionalizarlo si la familia no puede garantizar su atención.
 - d) Todas son correctas.

6. Respecto al documento de Voluntades Anticipadas, también llamado de instrucciones previas o testamento vital:
- Se recomienda explicar al paciente la utilidad de redactarlo en las fases iniciales de la demencia.
 - En dicho documento se especifican cómo desea el paciente que se repartan sus bienes cuando fallezca.
 - El Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas.
 - a y c son correctas.
7. ¿A quién se denomina cuidador principal?:
- A la persona que realiza las tareas domésticas en el hogar.
 - Al cónyuge del paciente.
 - Al que asume la mayoría de las tareas y responsabilidades del cuidado del paciente.
 - A los hijos del paciente.
8. ¿Qué alteraciones detecta, con más frecuencia el cuidador, en las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer?
- Alucinaciones frecuentes.
 - Síntomas conductuales.
 - Alteraciones motoras.
 - Alteraciones de la esfera cognitiva.
9. ¿Qué tipo de sentimientos se producen en el cuidador del paciente con demencia?:
- Incertidumbre.
 - Dificultad en el manejo.
 - Frustración.
 - Todos los anteriores.
10. ¿Qué actuaciones podemos realizar desde las consultas de Atención Primaria sobre el entorno familiar?
- Atención a la esfera bio-psíquica-social del cuidador.
 - Recomendar el ingreso en una institución.
 - Actuar solo sobre el cuidador.
 - Enjuiciar actuaciones familiares.
11. En la enfermedad de Alzheimer de origen genético se han visto mutaciones causales de tres genes:
- APP proteína precursora del amiloide, presenilina 1 y 2.
 - Presenilina 2 y 4.
 - Presenilina 1 y 3.
 - Presenilina 1 y 4.
12. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas?:
- La gran mayoría de los casos de EA de causa genética son de inicio presenil.
 - Los casos de EA genética son autosómicos-recesivos.
 - Los casos de DLTF de causa genética se presentan habitualmente con historia familiar.
 - Los casos genéticos de enfermedad priónica siempre se presentan con historia familiar.
13. ¿A quién se propone el estudio genético?:
- Sujetos cuyo familiar tenga mutación genética.
 - A todos los sujetos con independencia de la edad, que tengan clara historia familiar de demencia.
 - A ningún familiar, ya que esto puede causar síntomas depresivos.
 - La Apo-E tiene gran valor predictivo.
14. Antonia es la cuidadora principal de su madre, una paciente diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. ¿Cuál de los siguientes cuestionarios utilizaría para detectar la sobrecarga del cuidador?
- Cuestionario APGAR familiar.
 - Cuestionario de Barber.
 - Escala de Zarit.
 - Test del informador (test de TIN).

Capítulo 7

1. ¿Cuál es porcentaje de maltrato a las personas mayores con Alzheimer?
 - a) 54%.
 - b) 46%.
 - c) 87%.
 - d) 75%.
 - e) 62%.
2. “El maltrato de las personas mayores solo se podrá prevenir de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia”.
¿Esta afirmación fue realizada en?:
 - a) Manifiesto de la ONU.
 - b) Conferencia de las libertades y derechos europea.
 - c) Conferencia de Toronto.
 - d) Congreso de Madrid de 2012.
 - e) Wonca europea de 2010.
3. “El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario. El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.
¿Quién ha dado esta definición?:
 - a) Wonca europea de 2015.
 - b) Manifiesto de la ONU.
 - c) Conferencia europea de las libertades y derechos.
 - d) La OMS.
 - e) Congreso de Madrid de 2012.
4. ¿Qué afirmación no es cierta respecto al maltrato de las personas mayores?
 - a) Ausencia de denuncias.
 - b) Falta de datos oficiales.
 - c) Estudios de prevalencia restringidos a poblaciones más desarrolladas.
 - D) Principalmente se produce en países desarrollados.
 - E) Falta de concienciación y conocimiento de posibilidades por parte del propio anciano, familiares y vecinos.
5. “Salud es: un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”.
¿Quién dio esta definición?:
 - a) La OMS.
 - b) Toronto.
 - c) Manifiesto europeo de libertades.
 - d) Wonca de 2002.
 - e) Congreso de Madrid de 2015.
6. ¿Cuál es el porcentaje de uso de sujeciones en personas mayores en España?
 - a) 20%.
 - b) 25%.
 - c) 10%.
 - d) 12%.
 - e) 40%.

7. En el perfil del agresor, ¿cuál es el porcentaje del cuidador principal?
- 20%.
 - 72%.
 - 15%.
 - 50%.
 - 10%.
8. ¿Cuál no es un factor de riesgo del anciano para sufrir maltrato?
- Edad avanzada, viudedad, mujer.
 - Deficiente estado de salud.
 - Diferente nivel cultural con el cuidador.
 - Antecedentes de malos tratos.
 - Deterioro cognitivo y alteración de la conducta.
9. Dependiendo de la gravedad de la situación pueden solicitarse medidas cautelares o penas accesorias. ¿Cuál no es correcta?
- Prohibir al presunto agresor residir en un determinado lugar, barrio o zona.
 - Prohibir ir a determinados lugares o asistir a actos en concreto.
 - Prohibir las visitas de familiares.
 - Prohibir aproximarse o comunicarse con la víctima.
 - Solicitud de medidas cautelares al juzgado siempre que el juez lo considere procedente de acuerdo con la gravedad de los hechos y la necesidad de protección integral de la víctima.
10. Son señales de alerta y signos precoces de maltrato las siguientes excepto una, ¿cuál es?
- Visitas reiteradas a servicios de Urgencia y hospitales por motivos cambiantes. Administración involuntaria de medicamentos
 - Retraso en solicitar la asistencia.
 - Obesidad.
 - Desnutrición sin motivo aparente.
 - Caídas reiteradas.

Capítulo 8

1. En cuanto a la afectación y desarrollo de complicaciones neurológicas por el SARS-CoV-2, señale la afirmación correcta:
- La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) y el desarrollo de complicaciones neurológicas por el SARS-CoV-2 puede obedecer a un único mecanismo.
 - La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) y el desarrollo de complicaciones neurológicas por el SARS-CoV-2 puede obedecer a mecanismos diversos y multifactoriales
 - La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) por el SARS-CoV-2 puede obedecer a mecanismos diversos y multifactoriales, pero no se desarrollarán complicaciones salvo en pacientes especialmente predispuestos.
 - Se sabe a ciencia cierta el mecanismo por el que el SARS-CoV-2 afecta al Sistema Nervioso Central (SNC).
 - El SARS-CoV-2 no afecta al Sistema Nervioso Central.
2. ¿A qué puede deberse la encefalopatía aguda que se observa en casos de infección por el SARS-CoV-2?
- Trastornos metabólicos.
 - Hipoxemia.
 - Toxemia sistémica.
 - Todos los anteriores.
 - Ninguno de los anteriores.
3. En la invasión directa del Sistema Nervioso Central por vía transneuronal, ¿qué receptor estaría implicado?
- Receptor de la tirosina fosfatasa.
 - Receptor del péptido natriurético atrial.

3. Receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2.
 4. Receptor de guanilato ciclasa.
 5. Receptor de la acetilcolina.
4. En los pacientes con demencia, señale la verdadera:
1. La infección por SARS-CoV-2 suele cursar de forma mas leve que en la población general.
 2. La infección por SARS-CoV-2 suele cursar de forma mas grave que en la población general.
 3. No existe evidencia de que las personas con demencia tengan síntomas más graves por coronavirus SARS-CoV-2 que otras personas de edad y patologías asociadas similares.
 4. La demencia actúa como factor protector frente a la infección por SARS-CoV-2.
 5. Ninguna de las anteriores es verdadera.
5. En cuanto a las manifestaciones clínicas de la infección por coronavirus en los pacientes con demencia, señale la verdadera:
1. Suelen presentarse síntomas atípicos.
 2. Puede no haber fiebre al inicio.
 3. Puede no haber tos o disnea.
 4. Puede haber disminución del apetito como primera manifestación.
 5. Todas son verdaderas.
6. Señale la falsa de entre las siguientes:
1. El aislamiento asociado al ingreso supone un empeoramiento de la demencia y problemas para la comunicación o para seguir las instrucciones y medidas de seguridad.
 2. Existe mayor riesgo de desarrollar un cuadro confusional durante la estancia hospitalaria.
 3. Los fármacos utilizados con frecuencia en el tratamiento de la demencia pueden presentar en un elevado porcentaje interacciones con los empleados en el tratamiento de la enfermedad por coronavirus.
 4. La desviación de recursos médicos para atender a afectados con COVID-19, el confinamiento y el cierre de centros de terapia cognitiva han generado un factor de inestabilidad clínica sobreañadido.
 5. Siempre que un paciente con demencia presente infección por SARS-CoV-2 debe ser ingresado para prevenir posibles complicaciones de su situación basal.
7. ¿Qué forma de Enfermedad de Alzheimer se ha visto más afectada por el confinamiento?
1. La leve.
 2. La moderada.
 3. La grave.
 4. La leve y la moderada.
 5. La moderada y la grave.
8. ¿cuáles han sido los síntomas comportamentales más frecuentemente observados en el empeoramiento de la demencia durante el confinamiento?
1. Irritabilidad.
 2. Alteración del patrón de sueño.
 3. Agresividad.
 4. Síntomas depresivos.
 5. Todos ellos.
9. ¿Qué porcentaje de otras demencias se ha visto afectado por el confinamiento?
1. 64-61%.
 2. 36-42%.
 3. 94-96%.
 4. 28-32%.
 5. 43-49%.
10. Señale la verdadera:
1. Según la SEN hasta el 75% de los neurólogos consideran que los cuidadores de pacientes con demencia han padecido una situación de mayor angustia donde además los recursos a su alcance se vieron disminuidos y muchas veces no tenían las habilidades necesarias para la atención de estos pacientes.

2. Según la SEN hasta el 95% de los neurólogos consideran que los cuidadores de pacientes con demencia han padecido una situación de mayor angustia donde además los recursos a su alcance se vieron disminuidos y muchas veces no tenían las habilidades necesarias para la atención de estos pacientes.
3. Según la SEN hasta el 75% de los neurólogos consideran que los cuidadores de pacientes con demencia han padecido una situación de menor angustia donde además los recursos a su alcance se vieron aumentados y muchas veces tenían todas las habilidades necesarias para la atención de estos pacientes.
4. Se ha visto un descenso en la incidencia del diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas a consecuencia del confinamiento domiciliario.
5. Además de la afectación neurológica por COVID-19 existe una mejoría generalizada en las enfermedades neurológicas (sobre todo en las neurodegenerativas) derivada del confinamiento y el aumento de recursos al alcance de los pacientes resultante de ésta.



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)
Nº de expediente: 07-AFOC-01257.0/2021
5,7 créditos

Patrocinado por

Pierre Fabre

www.campuspierrefabre.com