

# Artículos de Revisión

## La demencia: diagnóstico y evaluación

Angélica Milagros Esparza Pérez.

*Lic. En Psicología, Residente de la Maestría en Neuropsicología, FES Iztacala, UNAM, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, Servicio de Geriatría.*

**Correspondencia.-** H. R. 1º de Octubre. Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de Las Salinas, CP 07720, delegación Gustavo A Madero, teléfono 55863027. e-mail [milaesparza@yahoo.es](mailto:milaesparza@yahoo.es)

Recibido: octubre    Aceptado: diciembre 2005

### Resumen

La Demencia de una de las afectaciones neurocognitivas más frecuentes en la población anciana. Las personas que se introducen al campo de la neuropsicología están obligadas a conocer esta enfermedad. En el presente trabajo se otorga una visión general del concepto de demencia y la forma en la que se puede abordar su estudio desde la visión neuropsicológica clínica. Se señala la necesidad de un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo para el estudio de la demencia a partir de la realización de estudios longitudinales.

**Palabras clave:** Demencia, delirium, evaluación Neuropsicológica, diagnóstico diferencial, pruebas neuropsicológicas, deterioro cognitivo.

### Summary

Dementia is one of the most common neurodegenerative diseases of the elderly. People interested in the neuropsychological field are ought to know about this problem. In this work, the term dementia is review in a general matter and the way in which you could study it from a neuropsychological perspective. The need of a rapid and efficient diagnostics of cognitive deterioration is pointed out in order to study the dementia, through longitudinal studies.

**Key words:** Dementia, delirium, neuropsychological evaluation, differential diagnosis, neuropsychological tests, cognitive deterioration.

### Introducción

La demencia se refiere al daño severo de las funciones intelectuales. Dicho término deriva etimológicamente del privativo “de” y “mens”, que quiere decir inteligencia. Los pacientes con demencia se han clasificado también según su padecimiento por ejemplo, demencia “presenil” o “senil”, “síndrome cerebral orgánico” o “crónico”, “arteriosclerosis” o “atrofia cerebral”. Estos términos han sido sustituidos por otros más específicos, puesto que se han modificado desde que Esquirol lo introdujo en 1838. Estas modificaciones han incluido la introducción de terminología más específica, por ejemplo demencia por enfermedad de Pick, demencia por enfermedad de Creutzfeldt – Jakob, demencia por enfermedad de Alzheimer, entre otras.<sup>1</sup> La demencia es un término que engloba una serie de

enfermedades crónicas que presentan síntomas básicamente similares: un declive progresivo de todas las funciones intelectuales. En concreto, la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.<sup>2,3</sup>

El “Delirium” y la “Demencia” son dos términos que suelen confundirse pero que son significativamente diferentes a pesar de presentar diferencias sutiles. En la mayoría de los casos, el delirium está sobreañadido a la demencia, puesto que una enfermedad cerebral subyacente puede aumentar la susceptibilidad a los estados confusionales producidos

por los medicamentos u otras enfermedades médicas, sobre todo en el paciente anciano. En estos casos, es necesario esperar a la resolución del delirium para poder realizar el diagnóstico de demencia.

Así mismo, los individuos con demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes, tanto físicos como psicosociales, lo que puede precipitar o agravar su déficit intelectuales además de agravar su estado de salud.<sup>4</sup> Es importante señalar que la demencia no es una dolencia normal del proceso de envejecimiento. Los trastornos de demencia son provocados por procesos patológicos anormales (de naturaleza genética o vascular, entre otros) y pueden afectar tanto a las personas jóvenes como a los ancianos. El curso de la demencia en los sujetos jóvenes suele propiciar un declive cognitivo mucho más rápido incluso en semanas a diferencia del declive presentado en los ancianos, que puede durar años.

Otro aspecto esencial con el cuál hay que realizar un diagnóstico oportuno es el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo se ha asociado a la edad y erróneamente suele tomarse como sinónimo de demencia. De hecho, actualmente existe una confrontación teórica acerca de la entidad denominada como “olvido benigno de la vejez” y Deterioro Cognitivo Leve. En ambos casos existen ligeros cambios en la memoria y en el procesamiento de la información pero sin que se afecte la vida diaria del sujeto e incluso sin que se manifieste progresión de los síntomas. El envejecimiento puede conllevar cierto deterioro de la memoria, específicamente en la memoria episódica, en tareas de recuerdo libre y de reconocimiento. Existe, además, un enlentecimiento de los procesos de pensamiento incluida la aritmética, y un alargamiento del período de latencia ante la toma de decisiones.<sup>5</sup> sin embargo, estos cambios no son lo suficientemente drásticos como para afectar la vida diaria del sujeto. Existen diferencias entre las características de procesamiento de la información y del lenguaje entre población anciana y juvenil, pero las diferencias son demasiado sutiles para tener relevancia clínica. Por otra parte, tampoco está totalmente claro si obedecen exclusivamente a diferencias debidas a la edad o a un efecto cohorte. En cualquier caso, se tiene que tener en cuenta no es sencillo distinguir entre el inicio de un síndrome demencial y los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, cuestión que hace más difícil la distinción entre ambos.<sup>6</sup>

El interés por estas enfermedades y su atención médica especializada ha crecido en forma considerable. Esto se debe a que el aumento de la población anciana y la incidencia de estas enfermedades también han incrementado. Se supone que en el año 2040 podrá haber más de 6 millones de personas que tengan enfermedad de Alzheimer. La incidencia de dicha enfermedad se duplica cada cinco años después de cumplir los 65 años de edad, y se cree que casi la mitad de las personas de 85 años o más padecen de algún tipo de demencia.<sup>7</sup> La demencia y el delirium son los dos trastornos mentales más frecuentes en la población anciana. Hasta un 50% de las demencias al ingreso tienen un delirium asociado y entre el 25-50% de los delirium tienen una demencia de base. La dificultad para diferenciar estas dos entidades es un problema muy frecuente en la práctica clínica diaria.<sup>8</sup>

### Deterioro Cognitivo

Para determinar si una persona se ha deteriorado cognitivamente es necesario realizar una evaluación estructurada que permite principalmente determinar si se trata de un deterioro reversible (causado por alguna infección o por algún medicamento) o de un deterioro progresivo (como es el caso de las demencias). La evaluación necesariamente debe incluir un estudio médico de análisis de laboratorio, que permita identificar si existe alguna infección, alguna alteración anémica y/o de absorción de la vitamina B. Una evaluación neuropsicológica, que permitirá identificar si es que algunos procesos cognitivos (memoria, atención, percepción, etc.) se encuentran alterados y en qué medida. También deberá incluir una evaluación funcional que implica determinar que tan capaz es la persona para realizar actividades de la vida diaria, como por ejemplo alimentarse, asearse, vestirse, etc. La evaluación afectiva es también necesaria ya que nos permitirá detectar alteraciones del estado de ánimo como la depresión, o bien, alteraciones del comportamiento. Y finalmente una evaluación social que determina el tipo de relación que existe entre el anciano y el medio social en que se desenvuelve, estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilice de manera adecuada. Petersen y Hughes establecieron los tipos de deterioro cognitivo y consideran que fundamentalmente existen tres tipos.<sup>9</sup>

- Deterioro Cognitivo Leve
- Deterioro Cognitivo Medio o moderado
- Deterioro Cognitivo Severo

Cuando se habla de deterioro cognitivo leve se hace referencia a la disminución exclusiva de la memoria, y se ha denominado deterioro cognitivo amnésico. En este tipo de deterioro la memoria es la única función cognitiva superior que se ve alterada. Los sujetos con un profundo déficit de memoria pero sin otros déficits cognitivos, así como los pacientes con pequeños déficits en varias áreas cognitivas pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, no reúnen criterios para ser diagnosticado con demencia. Es importante señalar que no todo el deterioro cognitivo (DC) sea demencia aunque aproximadamente un 15% de los sujetos con DC sean diagnosticados posteriormente con la enfermedad de Alzheimer.

### Diagnóstico de la demencia.

Las formulaciones diagnósticas de la demencia que se usan con mayor frecuencia en los Estados Unidos, así como en México, se basan en las definiciones que realiza el Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y el National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA). Ambas clasificaciones están relativamente centradas en la clasificación de la enfermedad de Alzheimer y por consiguiente su validez diagnóstica residiría en el declive de la función social y ocupacional a partir de un nivel previamente elevado.

Por otro lado, el desarrollo de múltiples déficits y en general en las afectaciones de las funciones psicológicas superiores, pueden resultar útiles en el probable diagnóstico de demencia. Estas afectaciones se presentan a nivel de:

## Artículos de Revisión

- **Lenguaje.** Capacidad de comunicación de ideas, sentimientos, emociones, mediante el lenguaje hablado o escrito, o por medio de ademanes y gestos. La alteración de esta función se denomina afasia.
- **Percepción.** Procesos que permiten identificar los objetos externos o internos y asignarles un significado, mediante el reconocimiento de objetos a través de la vista, los sonidos, el tacto, etc. Su alteración se denomina agnosia.
- **Atención.** Proceso en virtud de lo cual, la actividad mental se limita sobre objetivos determinados, tanto de lo que se percibe en el mundo exterior, fuera de nuestro cuerpo, (sentimientos y emociones) o de asociación de ideas. La atención es un factor importante en la generación de recuerdos. Se le debe preguntar al sujeto los días de la semana, los meses del año en orden inverso, etc.
- **Memoria.** Manejo del almacenamiento de la información mediante recuerdos que el paciente tiene sobre sí mismo, sobre su vida, sobre los acontecimientos pasados y recientes. Su alteración se llama amnesia.
- **Praxias.** Los movimientos que requieren de una acción voluntaria y de la rápida ejecución de un plan de acción, es decir los pasos que permiten determinada acción, paso 1º, 2º, 3º, etc., por ejemplo al vestirse. Su afectación se denomina apraxia.
- **Funciones ejecutivas.** La planeación, la verificación y el control de las actividades, lo cual permite entre otras cosas la toma de decisiones, la corroboración del proceso de toma de decisión y la evaluación de esa toma de decisión, el cambio de posibles respuestas ante una situación de conflicto, etc.
- El criterio diagnóstico del DSM-IV<sup>1</sup> (pp. 134-142), establece que la demencia es:
  1. El desarrollo de múltiples déficits cognitivos manifestados por un déficit en la memoria (alteración en la habilidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida) y por lo menos una de las siguientes: Afasia (alteración del lenguaje)  
Apraxia (Déficit en la habilidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de una función motora integrada)  
Agnosia (Falla en el reconocimiento o identificación de los objetos a pesar de la integración de la función sensorial)  
Alteraciones en el funcionamiento ejecutivo (por ejemplo la planeación, la organización, la secuenciación, la abstracción)
  2. Los déficits cognitivos deben ser lo suficientemente severos para causar una disminución en el funcionamiento social u ocupacional y debe representar un declive a partir de un funcionamiento previo de alto nivel
  3. Los déficits no necesariamente ocurren dentro del curso de un delirium.

Como se mencionó anteriormente, la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y algunas alteraciones cognoscitivas. Si la alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma

significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.

A menudo, los problemas que se observan en primer lugar se relacionan con la memoria del individuo de acontecimientos relativamente recientes. Así, el individuo tiene dificultades para recordar lo que ocurrió en el curso de los últimos días, horas o minutos. La demencia puede estimarse etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias (incluyendo la exposición a tóxicos) o con la combinación de ambos factores.

Generalmente es difícil precisar bien el momento del inicio, pero se aprecia un empeoramiento progresivo. Otras veces, el déficit se ha puesto de manifiesto de forma brusca tras algún evento emocionalmente estresante.

Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el principal déficit. Esta afectación reside en la consolidación de nueva información, se conservan los recuerdos y se recuerdan hechos pasados, teniendo conservada la memoria remota.

Los trastornos de la memoria inmediata suelen encontrarse ya en los inicios de la enfermedad. Tienen una incapacidad para aprender cosas nuevas, pueden perder objetos de valor como la cartera o las llaves, olvidarse de las actividades que están realizando o bien perderse en barrios con los que no están familiarizados. A medida que la enfermedad progresa, el individuo llega a desorientarse en relación con el tiempo, el lugar y las personas.

Una historia minuciosa pone de relieve la pérdida de capacidad para actividades que el paciente desempeñaba anteriormente con soltura, especialmente para aquellas que implicaban una mayor capacidad cognitiva, tales como efectuar compras, llevar las cuentas, o desenvolverse en situaciones poco habituales.

El examen de la memoria del sujeto puede obtenerse a través de información sobre su capacidad para registrar, retener, recordar y reconocer información. Para ello, suelen utilizarse tareas que implican aprender una lista de palabras, seguidamente el sujeto debe repetir dicha lista, capacidad de registro, recordar la información después de un ligero retraso de unos minutos, capacidad de retención y recuerdo y reconocer palabras de una larga lista, capacidad de reconocimiento.

El deterioro del lenguaje, puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos. En cuanto al lenguaje se debe evaluar su producción y comprensión. En referencia a la producción, el lenguaje se vuelve limitado, vago y vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como "cosa" y "ello". La desintegración del lenguaje se manifiesta pronto en el sentido de que el lenguaje se transforma en un auxiliar de la acción perdiendo su valor de comunicación.

Pueden aparecer manifestaciones como disartria, hipotonía, omisiones gramaticales que pueden llegar hasta el lenguaje telegráfico, y parafasias, sustitución de palabras o frases. Las alteraciones fonéticas pueden ser muy variables y suelen afectar más a las consonantes que a las vocales. En las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden perder por completo la capacidad para hablar o presentar

un patrón de lenguaje deteriorado caracterizado por perseveraciones verbales de tipo *ecolalia*, trastorno caracterizado por la repetición desordenada de frases o palabras que tienden a invadir todo el discurso en el que se repite, de manera automática, lo que acaba de decir otra persona, o *palilalia*, caracterizado por la repetición involuntaria y monótona de la misma palabra, sonido o de la misma frase.

La evaluación de la producción del lenguaje del sujeto se puede examinar mediante preguntas sobre nombres de objetos presentes en la habitación o partes del cuerpo. La comprensión del lenguaje puede evaluarse mediante la solicitud de ejecución de órdenes simples (por ejemplo, pedirle al paciente que se levante de la silla, que tome un objeto, etc.).<sup>6-10</sup>

La desintegración de las praxias hace referencia primero a las praxias constructivas, que pueden ser bien estimadas mediante la reproducción de un cubo. Después aparecen las dificultades de imitación de gestos y, por último, las alteraciones de las praxias ideatorias, de forma que ya resulta imposible la reproducción de los gestos adecuados a la utilización de un objeto, por ejemplo usar un cepillo para peinarse, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos, como mover la mano para saludar o despedirse.

Este trastorno puede afectar a tareas cotidianas como cocinar, vestir y dibujar. En lo que respecta a las praxias del vestirse y desnudarse, se ha observado que suelen alterarse, primeramente, las praxias de vestirse y después las de desnudarse. La evaluación de las alteraciones en las habilidades motoras se puede realizar mediante la realización por parte del sujeto de determinadas funciones motoras como por ejemplo copiar figuras tridimensionales, mostrar cómo se lava los dientes, etc.

Otro trastorno cognitivo presente en el diagnóstico de demencia es la agnosia, alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales de cualquiera de las aferencias cerebrales, sin pérdida sensitiva. Los falsos reconocimientos o errores de identificación pueden agruparse en cuatro categorías principales: errores referidos a la presencia de personas en la casa, errores en la identificación del yo del propio paciente, errores de identificación con personas o acciones que aparecen en la televisión y errores en la identificación de personas conocidas y cercanas. La primera categoría hace referencia a la presencia del "huésped fantasma" y suelen ser alucinaciones de la presencia de personas extrañas desconocidas para el paciente. La segunda categoría se refiere al desconocimiento de sí mismo, sobre todo ante su imagen en el espejo, al igual que con su nombre propio. En la tercera categoría el paciente pierde relación con la realidad y puede llegar a contestarle a los sujetos como si él mismo estuviera dentro de la escena televisiva. Finalmente la última categoría en los falsos reconocimientos suelen ser errores de identificación de personas conocidas que llevan al mismo tiempo una carga emocional alta para el paciente.

Las alteraciones de la actividad constructiva, de ejecución (Funciones Ejecutivas), suelen ser muy frecuentes en la demencia, pudiendo estar relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse

a través de la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva o compleja. En la mayoría de los casos la persona deja de poder pensar en todas las opciones disponibles cuando toma decisiones. El juicio se vuelve erróneo. El enfermo puede actuar de manera inoportuna, quizás desnudándose en público, corriendo entre el tráfico y gritando en medio de la calle. La capacidad de abstracción del enfermo puede examinarse pidiendo al sujeto que encuentre similitudes o diferencias entre palabras afines. Otro rasgo característico de esta disfunción ejecutiva es la disminución de la capacidad para cambiar de esquemas mentales establecidos así como generar información verbal o no verbal para ejecutar actividades motoras consecutivas. Para evaluar el estado de la función ejecutiva se suele pedir al sujeto que cuente hasta 10, que recite el alfabeto, que reste una serie de números de siete en siete, que nombre tantos animales como sea posible en 1 minuto o que dibuje una línea continua a base de alternar dos letras. Así mismo, es recomendable determinar, a través de los sujetos y de los informantes, el impacto de la alteración en la vida diaria del sujeto, examinando cómo afecta por ejemplo en la capacidad para el trabajo, planificación de actividades y presupuestos, entre otros.

El deterioro de la memoria y las alteraciones cognoscitivas deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral, como ir al trabajo, ir de compras, bañarse, vestirse, manejar temas económicos, y han de manifestarse como un déficit respecto al nivel previo de actividad.

La naturaleza y el grado de deterioro varían y en ocasiones puede estar relacionada con las condiciones familiares y socioeconómicas del sujeto. Un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente.

La evaluación del funcionamiento visuo-espacial puede realizarse mediante tareas que impliquen reproducir una serie de dibujos por parte del sujeto, tales como círculos, pentágonos entrelazados y cubos.

Un rasgo característico de la demencia es la pobreza de introspección y de juicio crítico. Los sujetos pueden tener o no conciencia de la pérdida de memoria o de otras anomalías cognoscitivas. Generalmente, la actitud del paciente ante los déficits suele consistir en minimizarlos o negarlos por completo. Cuando se le explora reacciona con ansiedad, intentando con gran esfuerzo responder lo mejor posible, aunque las respuestas sean evidentemente desacertadas. Por otra parte, aunque se reconozca algún déficit, el paciente sufre fracasar a la hora de calibrar su importancia y de relacionar con el entorno, teniéndolo en cuenta de forma adecuada, de ahí que sea útil determinar a través del sujeto y, especialmente, de la gente de su entorno, el impacto de las alteraciones de la memoria en la actividad diaria o habitual del sujeto.

En ocasiones pueden producirse conductas temerarias, poniendo en peligro su vida o su salud, o bien manifestar comportamientos violentos y herir a otros. El comportamiento suicida se presenta en particular en los estadios iniciales, cuando el sujeto es capaz de llevar a cabo una acción planificada.

## Artículos de Revisión

Algunos sujetos con demencia pueden manifestar un comportamiento desinhibido con bromas inapropiadas, descuido del aspecto personal y la higiene con aspecto exterior desaliñado, mostrar una indebida familiaridad con desconocidos o bien despreciar las normas convencionales que regulan el comportamiento social.

Los múltiples deterioros cognoscitivos de la demencia se suelen asociar a ansiedad, depresión y trastornos del sueño. La temática emocional de los pacientes también cambia en el sentido de una labilidad de sentimientos. Con frecuencia, se muestran agresivos, expresando ideas de prejuicio, que la mayoría de las veces adquieren un carácter propiamente delirante.

Las ideas delirantes más frecuentes son las que implican temas de persecución, por ejemplo el sujeto puede llegar a pensar que los demás le van a quitar las pocas cosas que le quedan, a las que se encuentra aferrado: su dinero, su vivienda, las joyas, los muebles, etc., o bien puede creer que los objetos que no encuentra le han sido robados. Las alucinaciones se presentan en todas las modalidades sensoriales, pero son más frecuentes las alucinaciones visuales.

La capacidad de juicio, como ya se mencionó anteriormente, puede también verse afectada, haciendo que el sujeto sea incapaz de ofrecer planes razonables en la resolución de problemas en casa o en el trabajo, así como un descuido de las normas sociales. Además, la realización de tareas complejas que impliquen pasos sucesivos y coordinados (cocinar por ejemplo) se tornan más difíciles. Por último, en cuanto al comportamiento el sujeto puede aparecer pasivo, ausente, apático, irritable, desconfiado o inadecuado.

Los síntomas cognitivos son los que tradicionalmente han identificado al síndrome de demencia. Sin embargo, como la demencia implica una disfunción global del Sistema Nervioso Central, podemos inferir que deberían estar presentes, además del deterioro cognitivo, otros tipos de síntomas tales como alteraciones emocionales, motivacionales, y de la personalidad.

Los síntomas no cognitivos hacen referencia a aspectos como el pensamiento y la percepción (delirios, alucinaciones o falsos reconocimientos); a la afectividad (depresión, manía) y a la personalidad y el comportamiento (cambios de personalidad, trastornos del comportamiento, agresividad, hostilidad o vagabundeo).

Algunas investigaciones han determinado que los cambios en la personalidad de los sujetos se deben al deterioro cognitivo, mientras que algunas otras refieren que dichos cambios se dan como un signo inminente de degeneración del lóbulo frontal.<sup>10</sup>

La elevada frecuencia de síntomas no cognitivos en la demencia da soporte a esta teoría. Sin embargo, a pesar de su origen común, basado en la degeneración neuronal, los síntomas cognitivos tienen un perfil diferente de los síntomas comportamentales y psíquicos. Así pues, ante síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia es indispensable comprobar sistemáticamente la posibilidad de una causa yatrogénica.

### Evaluación Neuropsicológica de la Demencia y del Deterioro Cognitivo Leve.

Se debe hacer una evaluación integral dinámica, que analiza

cuatro ejes (clínico, mental, funcional y social) y que permite una visión completa del funcionamiento neuropsicológico. En la evaluación clínica se deben recopilar los antecedentes personales acerca de enfermedades actuales y pasadas con la repercusión funcional causada como por ejemplo enfermedades sistemáticas relevantes, desórdenes psiquiátricos, desórdenes neurológicos conocidos, medicación así como posibles antecedentes familiares de Enfermedad de Alzheimer a temprana edad u otras condiciones genéticas raras que ocasionan demencia, como la enfermedad de la corea de Huntington.<sup>6,11,12</sup> Exploraciones sobre consumo de alcohol u otras sustancias y exposición a toxinas en el ambiente. Evolución del proceso demencial: edad de comienzo, modo de instauración de los síntomas (abrupto versus gradual), progresión (en etapas versus deterioro continuo; empeoramiento versus fluctuaciones versus mejoramiento), duración de los síntomas.

Debido a que muchas condiciones médicas pueden causar o contribuir al deterioro cognitivo, es importante revisar la información referente a enfermedades intercurrentes, infecciosas, o enfermedades metabólicas, como puede ser la neumonía, infecciones en el tracto urinario, diabetes, desórdenes renales agudos o crónicos, así como alteraciones hepáticas.

Es necesario recoger información sobre el historial de medicamentos, debido a que la toxicidad por medicamentos es una de las causas más comunes de demencia que pueden ser revertidas o significativamente mejoradas. Una gran variedad de medicamentos han sido asociados con cambios cognitivos.

La evaluación cuantitativa de la condición mental debe ser parte de la evaluación inicial de demencia. El examen neuropsicológico de individuos sospechosos de padecer un síndrome demencial tiene tres objetivos fundamentales: Proporcionar información necesaria para el diagnóstico exacto y fiable del síndrome demencial

Establecer una medida estándar y fiable para poder valorar la gravedad del síndrome demencial y determinar longitudinalmente el proceso de deterioro cognoscitivo Ofrecer información necesaria para determinar las limitaciones funcionales de los pacientes en su vida diaria. En las demencias, las manifestaciones neuropsicológicas ocupan un lugar destacado en el cuadro clínico, siendo imprescindible la exploración detallada de las mismas mediante la utilización de tests neuropsicológicos estandarizados. No obstante, la delimitación neuropsicológica de las demencias presenta una serie de dificultades que pueden englobarse en dos grupos: aquellas relacionadas con la población en estudio y las relacionadas con la metodología de la neuropsicología en el campo de las demencias.

El caso del primer grupo se refiere a la heterogeneidad de los procesos de envejecimiento cerebral, las diferencias individuales de reserva cognitiva o capacidad de reserva cerebral, la frecuente coexistencia de enfermedades crónicas que afectan las funciones cognitivas en particular la depresión.

El segundo grupo hace referencia a la presencia de otros factores de confusión que reducen la validez de los resultados como: las características propias del sujeto y la

familiaridad que tengan con respecto a resolución de tareas de este tipo; las características de las pruebas neuropsicológicas y su validez así como su adecuación a cada caso concreto; la inespecificidad de los tests neuropsicológicos, ya que raramente un test es específico de una función mental independiente.

Debido al carácter dimensional de las funciones mentales en los casos de deterioro cognoscitivo leve no existen criterios operativos claros (desviación de la media estandarizada) para considerar el rendimiento en una función como patológico, ni para controlar las diferencias culturales o exigencias sociales entre diversas poblaciones o individuos.

La evaluación Neuropsicológica debe analizar el nivel de conciencia, atención para responder a los estímulos sin distraerse, orientación en tiempo y espacio, memoria de fijación y remota, comprensión del lenguaje hablado y escrito, escritura y lectura elementales, nominación y repetición, gnosias visuales auditivas y táctiles, praxias y habilidades constructivas, pensamiento abstracto y juicio, afrontar situaciones nuevas, programación de secuencias. Es necesario tener en cuenta el nivel de inteligencia previo, el cultural y la existencia de alteraciones sensoriales que puedan interferir la exploración.

Para la evaluación neuropsicológica se recomienda realizar una valoración tanto de los antecedentes clínicos patológicos y no patológicos de los pacientes, teniendo como fuente de información tanto al mismo sujeto como a alguno de sus familiares o a su cuidador primario. Es importante que el familiar o el cuidador estén informados de la evolución de la enfermedad.

Se hará un análisis minucioso de los estudios de laboratorio realizados, estudios de imagen como TAC o RNM craneales y de ser posible, se deberá también realizar un análisis del examen neurológico del paciente.

En el caso de la valoración de las funciones mentales superiores, se podrá iniciar con un examen que identifique el estado cognitivo general del paciente, es decir, se podrá aplicar la prueba del Minimental State Examination, o la prueba del reloj, tanto a la copia como al dictado. Ambas pruebas miden funciones cognitivas semejantes entre ellas el lenguaje, la memoria a corto plazo, las funciones ejecutivas, prácticas y visoespaciales.<sup>13</sup>

Otra prueba de Screening es el *Set-test de Isaacs*<sup>10</sup> esta prueba se caracteriza por su simplicidad, siendo útil para una a una primera aproximación sin ningún tipo de soporte documental. Mide la fluencia verbal de tipo categorial, al solicitar al sujeto que cite hasta un máximo de diez respuestas de cada una de las siguientes categorías: colores, animales, frutas y ciudades.

También está el Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ), que tiene la ventaja de ser de fácil aplicación y aportando, en pocos minutos, dando información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente sobre memoria y orientación.

La *Escala de demencia de Blessed (BDS)* no sólo valora el deterioro de tipo cognitivo, sino que aporta, en una de sus subescalas, una evaluación conductual.

Se deberá continuar, en caso de ser necesario con la aplicación de una batería Neuropsicológica, teniendo siempre en cuenta las características del paciente y la hipótesis

diagnóstica, ya que de esto dependerá la selección de las pruebas neuropsicológicas. Dentro de estas baterías, tenemos las batería *LURIA-DNA*, *Diagnóstico neuropsicológico de adultos*, la *Batería Halstead-Reitan*, el *Test Barcelona. Programa integrado de exploración Neuropsicológica (PIEN)*, entre otras.

La batería del Test Barcelona. Programa integrado de exploración neuropsicológica representa una sistematización de la exploración neuropsicológica, realizada a partir de métodos clásicos, de métodos presentes en la literatura especializada y de pruebas de diseño original. El programa implica la suma de todos los datos del paciente: historia clínica, observaciones de conducta, datos aportados por los tests, datos neurológicos y datos de exploraciones complementarias. El test está formado por 42 subtests, que evalúan diversos aspectos. Se busca obtener un “perfil clínico” basado en las capacidades preservadas y alteradas. En el caso de la memoria se pueden aplicar sub-escalas de memoria o pruebas específicas para la evaluación de la misma. Entre ellas está la prueba de retención de Dígitos de Weschler o el Tavec.

Aunque la mayoría de los tests utilizados para la detección del deterioro cognitivo son utilizados a tal efecto, pues según sus puntuaciones se correlaciona su gravedad, no obstante, existen muchas escalas específicamente diseñadas para ello. Dentro de estas pruebas encontramos la Escala de Deterioro Global de Reisberg, la *Clinical Dementia Rating (CDR)* de Hughes y la batería de *Severe Impairment Battery (SIB)*.

Con respecto a la evaluación del funcionamiento, el declive del rendimiento funcional se manifiesta por la alteración de las actividades de la vida diaria (AVD). El estudio del funcionamiento en la vida diaria permite obtener información referente a aspectos moduladores y de pronóstico de la evolución de la enfermedad y del bienestar de los enfermos, así como determinar el deterioro psíquico y físico, y la prescripción de recursos y servicios socio-sanitarios a la medida de sus necesidades.

Los datos que se recogen en estas escalas se basan o bien en la observación directa del sujeto en su medio habitual, o bien en la información que nos proporcionan los familiares o cuidadores principales.

Tenemos pues, escalas como el *Índice de Katz de independencia de las actividades de la vida diaria* que evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer, con tres posibles respuestas que nos permiten clasificar a los pacientes en siete grupos (de mayor dependencia a mayor independencia).

El Índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

También se deberán tomar en cuenta los síntomas neuropsiquiátricos fundamentalmente aquellos relacionados con la depresión. Se podrá hacer uso de la escala de *depresión de Hamilton* o la escala de *depresión geriátrica de Yesavage*.<sup>12</sup>

## Artículos de Revisión

La valoración social se realiza mediante la historia social y escalas como la de Recursos Sociales (OARS). Esta escala proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse con base a descartar una pseudodemencia, es decir, la presencia de depresión mayor (no es una simple tristeza por alguna causa fácilmente identificable), se pierde el interés y disminuye su atención por el medio que le rodea, existe desorientación y pérdida de memoria, generando con esto un cuadro de demencia. Se presenta de manera brusca, a los que le antecede un cuadro depresivo, la evolución es rápida, generalmente inferior a 6 meses. Se distingue porque el sujeto reconoce y detalla sus molestias, las exagera y se muestra preocupado por ellas, cuestión que no sucede en la demencia. Suele ser capaz de seguir realizando sus actividades básicas diarias.

La mayoría de las demencias cursan con cuadros depresivos, por lo que su diagnóstico diferencial es un poco difícil. Las características son las siguientes: de inicio conocido, progresión rápida, actitud preocupada, descripción detallada, perdida de relaciones precoz, antecedentes psiquiátricos frecuentes, atención se conserva, respuestas "no sé" y mala colaboración en la entrevista y la buena respuesta a la medicación antidepresiva.

El diagnóstico específico de demencia viene determinado principalmente por su presunta etiología. Si la demencia es debida a etiologías múltiples, el clínico deberá utilizar los distintos códigos según las demencias específicas. Es recomendable conocer el inicio del deterioro, gradual o súbito, y su curso agudo, subagudo o crónico, para sugerir la etiología. Por ejemplo, en la mayoría de los casos la gravedad del deterioro de las funciones cognoscitivas suele permanecer estable después de una lesión cerebral, una encefalitis o un accidente vascular cerebral. En la demencia vascular existen signos neurológicos focales como exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión del reflejo palmar, etc. El curso clínico de la demencia vascular es variable y es típico su progreso por etapas.

Se pueden hacer uso de escalas específicas para el diagnóstico de determinados tipos de demencia, tales como la Escala de Isquemia de Hachinski, la escala de demencia multiinfarto (MID), entre otras.

El diagnóstico de la demencia de tipo Alzheimer está determinado por un diagnóstico de exclusión, debiéndose descartar en primer lugar otras causas de déficit cognoscitivos. El curso de este tipo de demencia se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo de carácter continuo. En aquellos casos en los que no existen suficientes pruebas para determinar si la demencia es debida a una enfermedad médica o a la acción de una sustancia, deberá codificarse demencia no especificada.

Con respecto al Deterioro cognitivo y su diagnóstico es importante verificar que en realidad exista un deterioro cognitivo y si existe saber qué funciones afecta, identificar el tipo de deterioro que presenta y cuál es la causa que lo produce mediante:

- Historia clínica
- Exploración física
- Evaluación neuropsicológica

- Otras pruebas complementarias

La evaluación Neuropsicológica de los pacientes con demencia requiere del conocimiento de las causas de la demencia y un entendimiento básico del criterio de diagnóstico de la demencia. La finalidad de la evaluación Neuropsicológica es:

- a) Asistir en la realización del diagnóstico
- b) Proveer de una línea base de habilidades
- c) Identificar áreas específicas de funciones intactas y dañadas
- d) Proveer información relevante al funcionamiento de la vida diaria del paciente
- e) Investigación clínica avanzada

Un examen Neuropsicológico investiga el comportamiento del paciente, su estado de ánimo y su cognición. La información acerca de la edad del pasado y del presente de la historia del paciente se debe obtener tanto del paciente como del cuidador.

Las pruebas que se deberán incluir en la batería de evaluación Neuropsicológica se seleccionan sobre la base de la razón de la derivación del paciente, la edad del paciente y sus características particulares. Durante la evaluación es importante evaluar la mayor cantidad de funciones cognitivas en el menor tiempo posible puesto que el paciente puede cansarse o dejar de cooperar en una evaluación extensa.

Las áreas claves de evaluación son: el lenguaje, la atención, la memoria, la percepción, las habilidades visuoespaciales, las funciones ejecutivas y adaptativas, así como sociales, la velocidad en el procesamiento de la información, las gnosias y las praxias.

Se han mencionado algunos tests apropiados para la evaluación de cada área. Se hizo énfasis en que no todas las pruebas son apropiadas para todos los pacientes. La experiencia clínica con los adultos mayores y los pacientes con demencia pueden mejorar las habilidades en la evaluación geriátrica Neuropsicológica. La diversidad de problemas clínicos y el desafío del entendimiento de los mecanismos de la disfunción cerebral hacen del trabajo con los ancianos una especialidad estimulante y reforzadora en la neuropsicología clínica.

Para aportar conocimiento relevante en dicha área es necesario identificar la demencia en los períodos anteriores a un deterioro moderado. Por lo tanto el correcto diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es fundamental. Para saber si una persona tiene o no DCL se debe identificar:

- Si existe pérdida de la memoria, referida por el paciente o por un informador que convive diariamente con el paciente.
- Que en la evaluación de la memoria, mediante tests neuropsicológicos (que evalúan las funciones cognitivas), estén por debajo de la forma de ejecución que la mayoría de los sujetos de su edad.
- Que no haya una alteración del nivel de inteligencia
- Que su vida diaria no se vea afectada
- Que no existan datos que permitan diagnosticar la afección como demencia.
- Disfunción de la memoria, anomalías en el discurso o lenguaje, alteraciones de la función visoespacial,

deficiencias en el razonamiento abstracto y funciones ejecutivas cambios del estado de ánimo y personalidad, que alteran la vida diaria del paciente.

### Conclusiones

Esta identificación podrá permitir realizar estudios longitudinales para puntuar específicamente las condiciones bajo las cuales el DCL deriva en demencia y cómo se va dando este proceso degenerativo.

### Bibliografía

1. Poveda, Alom (1998). Clasificación etiopatogénica de la demencia. En Alberca, R. Y López-Pousa, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, pp. 81-85. España: Panamericana.
2. American Psychiatric Association, (2000), DSM-I V. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.
3. Nixon, Sara Jo, (1996a) Alzheimer's Disease and Vascular Dementia. En Adams Russell L., Parsons, Oscar A., Culbertson, Jan L., Nixon, Sara Jo (Eds.), Neuropsychology for clinical practice. Etiology, assessment and treatment of common neurological disorders. (pp.65-102), USA: American Psychological Association.
4. Brañas, B. y Serra Rexach (2002), Orientación y tratamiento del anciano con demencia. Revista del Sistema Nacional de Salud, 26 (3), pp.65-77 Recuperado en <http://www.msc.es/farmacia/infmedic> el 01/02/05.
5. Yañez, T.G. (1994). Valoración neuropsicológica de un grupo de ancianos normales de la Cd. de México: Hacia la estandarización del Test Barcelona. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México: FESZ, D.F. México.
6. Peña-Casanova, Jordi, (1991), Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica Test Barcelona Normalidad, Semiología y Patología Neuropsicológicas, España: Masson, pp. 17-28.
7. Knopman, D. Y Selnes, O. (2003), Neuropsychology of Dementia. (pp. 574-619). En Heilman K. M. Y Valenstein, E. (Eds.) Clinical Neuropsychology, 4ta. ed., U.S.A.: Oxford University Press.
8. Rummans T. A. et al. (1995), Delirium in elderly patients: evaluation and management. Mayo Clin Pro. 70:989-998.
9. La circunvolución del hipocampo Deterioro cognitivo leve. Recuperado en <http://www.hipocampo.org.mci.htm> el 10/03/05
10. Peña-Casanova J, Böhm P. (2000), La exploración neuropsicológica en las degeneraciones frontotemporales. Neurología; 15 (supl 1): 17-29.
11. Junqué C., Barroso J. (1999), Neuropsicología. España: Síntesis Psicología.
12. Nixon, Sara Jo, (1996b) Secondary Dementias: Reversible Dementias and Pseudodementia. En Adams Russell L., Parsons, Oscar A., Culbertson, Jan L., Nixon, Sara Jo (Eds.), Neuropsychology for clinical practice. Etiology, assessment and treatment of common neurological disorders. (pp.107-130), USA: American Psychological Association.
13. Guillén Llera y Pérez del Molino, J. (2001). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, España: Masson.

## El psicoanálisis

Al cambio de siglo XIX al XX hubo, sin duda, algarabía y por supuesto las múltiples predicciones fatalistas que siempre han acompañado a la humanidad sobre todo ante eventos astronómicos, cambios de siglo etc. Un evento que marco el inicio de siglo XX fue un cambio sustancial en la percepción de la psiquiatría, en 1900 se publicó el libro La interpretación de los sueños, esta obra, que ha sido fundamental para una corriente psiquiátrica reformista e innovadora fundada por el neurólogo vienes Sigmund Freud denominada psicoanálisis. Se conoce que Freud tenía completa esta obra meses antes de 1899, pero de manera simbólica esperó hasta los albores del nuevo siglo para su publicación. Un punto central del psicoanálisis es la teoría de la neurosis, que según Freud significa la dolencia del hombre moderno en su desarrollo vital individual (ontogénesis) sometido a la carga de las obligaciones que impone la cultura, en la que se condensa al mismo tiempo el desarrollo de la humanidad en su conjunto (filogénesis).

