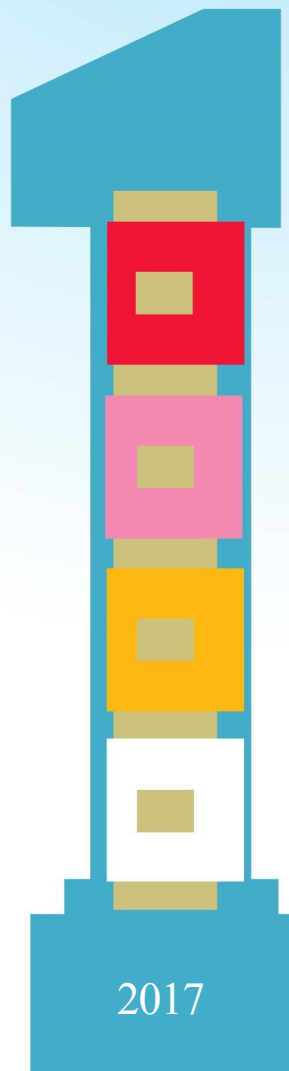




CENTRO DE
REFERENCIA ESTATAL
PARA PERSONAS
CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS

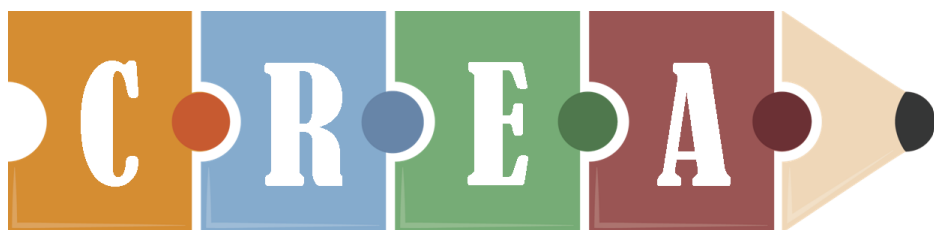


Recopilatorio

2017



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE ALZHEÍMER





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



PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN

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

En vista del número de visitas que estos trabajos han tenido en el blog, así como la buena acogida lograda en las redes sociales, hemos creído conveniente reunir en una guía el conjunto de artículos publicados a lo largo del ejercicio del 2017. En total, esta publicación recoge 25 textos divulgativos relacionados, en la mayor parte de los casos, con estudios sociosanitarios.

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



ÍNDICE

I. ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DE VARIANTE LINGÜÍSTICA	9
II. CONSCIENCIA DEL OTRO EN PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS	11
III. EL BILINGÜISMO COMO PROTECCIÓN ANTE LA DEMENCIA: INCONSISTENCIAS EMPÍRICAS Y NUEVAS PROPUESTAS METODOLÓGICAS .	13
IV. ALTERACIONES NEUROFISIOLÓGICAS PRODUCIDAS POR LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	15
V. DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE CUSHING	17
VI. EJERCICIO FÍSICO Y ALZHEIMER	19
VII. FACTORES DIETÉTICOS Y NUTRICIONALES EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	21
VIII. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PERSPECTIVAS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	23
IX. INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR	25
X. SUPERAR EL ESTIGMA HACIA LA DEMENCIA, UN RETO PARA LA SOCIEDAD CUBANA	27
XI. EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE / DEMENCIA	29



XII. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	31
XIII. TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA: UN POTENCIAL MÁS ALLÁ DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL	33
XIV. PARKINSONISMO, DEPRESIÓN Y DEMENCIA	35
XV. TERAPIAS ANTIENVEJECIMIENTO APLICADAS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	37
XVI. APTACIÓN DEL MODELO «MOMA» EN ADULTOS MAYORES CON ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE CELAYA	39
XVIII. MORTALIDAD ADULTA ATRIBUIBLE A LA DEMENCIA DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	41
XVIII. ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES Y SU IMPACTO EN LAS DEMENCIAS	43
XIX. CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS CUIDADORES INFORMALES	45
XX. AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA: ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS	47
XXI. PROTOCOLOS DE GESTIÓN DEL DOLOR EN DEMENCIA AVANZADA.....	49
XXII. ANÁLISIS DEL TEST DE DETECCIÓN DEL CUIDADOR QUEMADO CON EL MODELO DE RASCH	51
XXIII. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.....	53
XXIV. CARACTERÍSTICAS DEL HABLA, EL LENGUAJE Y LA DEGLUCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	55
XXV. TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS: ENFOQUE FARMACOLÓGICO	57



MARÍA CRUZ PÉREZ LANCHO (1) | RAQUEL HERNÁNDEZ SÁNCHEZ (1)

Universidad Pontificia de Salamanca (1)

El presente trabajo pretende mostrar cómo puede abordarse el deterioro del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer. En general, los estudios clínicos muestran que las alteraciones lingüísticas en la EA se sitúan preferentemente en el componente semántico y en el componente pragmático del lenguaje. Sin embargo, los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico se encuentran relativamente preservados hasta la última fase de la enfermedad. Esto es debido a que las habilidades pragmáticas y semánticas exigen procesos más complejos dependientes de otras funciones cognitivas que se afectan precozmente, como la memoria o la capacidad ejecutiva. En general, no se registran problemas articulatorios ni de reconocimiento de fonemas hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Lo mismo ocurre con la morfosintaxis, que se ve afectada de forma tardía debido a que estos componentes lingüísticos se procesan en áreas frontotemporales del hemisferio cerebral dominante, normalmente el izquierdo, que se afectan en la EA en etapas intermedias (Pérez Mantero, 2012).

Por tanto, es preciso realizar una valoración del perfil afásico en cada etapa de la enfermedad para diseñar la intervención que resulte más apropiada, a la vez que se informa a los familiares de las dificultades para la comunicación que van apareciendo y complicándose de forma paulatina y cómo afrontarlos.

En este trabajo se describe el proceso de evaluación del deterioro cognitivo y funcional en un caso de Alzheimer de variante lingüística, pormenorizando el estudio de los déficits del lenguaje, que responden a un perfil de afasia sensorial transcortical, de origen amnésico, con alexia afásica y agrafia apráxica.



El planteamiento de la intervención logopédica individualizada asume las siguientes consideraciones generales:

- ◆ Estructurar las sesiones con un formato estable y previsible para el paciente.
- ◆ Trabajar sin error. Aceptar las emisiones del paciente sin hipercorregir los errores.
- ◆ Contextualizar los temas de conversación, empleando marcadores de los cambios temáticos del discurso.
- ◆ Considerar que los tiempos de latencia de pregunta/respuesta son más elevados.
- ◆ Apoyar los aprendizajes en la memoria implícita o priming.
- ◆ Proporcionar ayudas fonológicas en caso de anomia.
- ◆ Repetir las consignas cuando sea necesario.
- ◆ Amplificar la comunicación oral mediante la utilización simultánea de códigos visuales (imágenes, objetos, palabras escritas, gestos).

La familia debe ser informada periódicamente del transcurso de la intervención y debe conocer las pautas que faciliten la relación comunicativa con el paciente. Los cuidadores deberán llevar el peso de la regulación de la comunicación, aprendiendo a introducir cambios en sus interacciones comunicativas para solventar los problemas que se presenten cada etapa de la enfermedad.

Presentamos indicaciones sobre cómo iniciar la interacción y cómo gestionar la información no verbal: el uso de los aspectos suprasegmentales del lenguaje, la comunicación mediante el lenguaje corporal, la forma en el que un adecuado uso del espacio favorece la interacción, así como los tiempos oportunos para establecer una comunicación más eficaz. Por último, se aportan claves para gestionar la información verbal con el enfermo, de forma que se faciliten y reparen los procesos de comprensión y producción del lenguaje en la medida en que la enfermedad los va deteriorando.



EVA M. ARROYO-ANLLÓ

Doctora en Neuropsicología

Este artículo publicado en la Revista Latinoamericana de Psicología (Arroyo-Anlló et al., 2017) traza un análisis retrospectivo del estado actual del concepto emergente denominado consciencia del otro, en dos tipos de demencias: alzhéimer y la demencia frontotemporal de variante frontal. En las últimas dos décadas, las alteraciones del comportamiento han sido consideradas como los síntomas clave en la mayoría de las patologías neurodegenerativas, que podrían tener una importancia crucial en el inicio y progresión de dichas enfermedades. Así, el papel de la consciencia del yo o Autoconsciencia (AC) y la consciencia del otro (CdO) en los trastornos conductuales de neuropatologías es una temática emergente en Neurociencias, que se refleja en un incremento de estudios por comprender las alteraciones de la AC y CdO en patologías neurodegenerativas, así como en el desarrollo de psicoterapias para el manejo de los síntomas de personalidad y comportamiento de los pacientes y de su calidad de vida. El artículo describe las relaciones entre la AC y la CdO en las demencias, cuya interacción podría estar regulando el comportamiento y las relaciones sociales. Consideran que la AC implica ipso facto la CdO, es decir la consciencia que uno mismo tiene de los otros congéneres. La AC es multifactorial y proporciona el conocimiento de nuestra identidad personal, de la permanencia de nuestro Yo a lo largo del pasado, presente y futuro. Nuestro Yo es una construcción de su relación consigo mismo, pero no vivimos aislados y el Yo es también una construcción de nuestras relaciones con los otros congéneres. La CdO es la consciencia que uno mismo tiene de los otros congéneres. La AC y la CdO podrían ser un reflejo de un proceso subyacente común, a saber, la capacidad de concebirse uno mismo en primera persona y utilizar la propia experiencia para inferir la existencia de experiencias similares en otros.



El artículo analiza también los componentes de la CdO desde los más básicos a los más complejos (reconocimiento emocional del rostro, prosodia emocional, pragmática del lenguaje, mentalización, empatía y razonamiento social) en ambos tipos de demencia, ya que ésta ofrece un campo muy válido de investigación en cuanto a las perturbaciones de la AC y CdO. Las patologías neurodegenerativas, tales como la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia fronto-temporal variante frontal (vfDFT), pueden afectar a diferentes aspectos de la AC y de la CdO. Los estudios analizados reflejaron que la EA y la vfDFT inducen un deterioro heterogéneo de la AC. Los aspectos más alterados de la AC en la EA fueron los de anosognosia, razonamiento moral y memoria prospectiva, mientras que los aspectos más alterados en la vfDFT fueron anosognosia, estado afectivo y razonamiento moral, los cuales estaban asociados a los trastornos comportamentales y así, a un funcionamiento órbito-frontal. Con respecto a la CdO, este trabajo de revisión muestra que en las primeras etapas de la EA, los pacientes presentan una vida social aceptable, a pesar de presentar algunas dificultades en algunos aspectos de la CdO, asociadas al deterioro cognitivo general, tales como la prosodia emocional o la pragmática del lenguaje. De esta manera, los pacientes con EA pueden paradójicamente desarrollar un buen sentido social que incrementa su sensibilidad social. Por el contrario, los pacientes con vfDFT presentan desde los inicios de la enfermedad graves problemas en las relaciones sociales, que podrían explicarse por las importantes alteraciones en cada componente de la CdO. Además, se revisan los estudios de neuroimagen relacionados con la CdO, sugiriendo que los cambios de personalidad en pacientes con patologías neurodegenerativas podrían deberse a un desequilibrio de complejas redes fronto-temporales del hemisferio derecho. Ello produciría una severa disminución de la atención hacia las señales sociales significativas, de sus emociones, de la consciencia de las reglas sociales, así como de la consciencia de sí mismo, lo que le llevaría a mostrar comportamientos aberrantes. Finalmente, la publicación anima a realizar más análisis de las relaciones entre la AC y la CdO, con el fin de comprender mejor los trastornos del comportamiento humano en neuropatologías y en otras patologías psiquiátricas.



ADOLFO M. GARCÍA

Investigador del Laboratorio de Psicología Experimental y Neurociencias LPEN-INECO
(Buenos Aires)

El término «bilingüismo» ha recibido diversas definiciones en la literatura especializada. Mientras que algunos autores lo han empleado exclusivamente para referirse al dominio (cuasi) nativo de una segunda lengua, otros lo utilizan en referencia al uso alternado de ambas, sin importar el nivel de competencia. En consonancia con esta última concepción, hoy suele concebirse al bilingüe a cualquier persona que utiliza dos lenguas o dialectos diariamente. Así, los bilingües se pueden clasificar según la edad de apropiación de la L2 (tempranos y tardíos), el nivel de competencia (incipiente, bajo, intermedio y alto) y la frecuencia de uso de la L2 (activos y latentes), entre otras variables. Dichas variables se asocian con perfiles neurocognitivos diferenciales.

El deterioro cognitivo durante el envejecimiento normal o patológico puede retrasarse mediante experiencias que fomentan la reserva cognitiva. En este sentido, algunos estudios indican que el bilingüismo retrasaría los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, la evidencia se basa en diseños retrospectivos que arrojan resultados contradictorios. Este trabajo analiza dichos resultados, identifica las principales variables detrás de sus discrepancias y propone alternativas metodológicas.

Primero, caracterizamos los posibles factores de confusión, a saber: criterios para definir el bilingüismo, diferencias en los diseños muestrales, instrumentos empleados para estudiar las habilidades cognitivas y variables que modulan el desempeño cognitivo.



Luego proponemos que estas limitaciones se podrían evitar mediante diseños experimentales y el uso de instrumentos adecuados para controlar eficazmente dichas variables.

Además, sugerimos incorporar tareas que ya han demostrado patrones predecibles de desempeño contrastivo entre individuos bilingües y monolingües (desventajas bilingües en el vocabulario, efectos nulos en ciertos componentes de la memoria de trabajo y ventajas en el control inhibitorio), y otras que podrían sumar datos muy valiosos (como las tareas de interferencia proactiva).

Estas consideraciones pueden arrojar luz no sólo sobre la relación entre bilingüismo y reserva cognitiva, sino también sobre mecanismos más generales de compensación cognitiva.



**NICOLÁS PARRA-BOLAÑOS, (1) | JUAN SEBASTIÁN BENJUMEA-GARCÉS (1 y 2)
SINDY YULIANA GALLEGO-TAVERA (2)**

Corporación Politécnico Marco Fidel Suárez Bello, Colombia (1), Instituto de Neurociencias y Neurorehabilitación Aplicada y Funcional—INNAF, Medellín, Colombia (2)

La enfermedad de Huntington está catalogada dentro de las enfermedades neurodegenerativas, como una de las tres demencias que mayor afectación causa en los seres humanos, no sólo por estar entre las que mayores afectaciones produce, sino también, por encontrarse ubicada en el rango de enfermedades que generan un alto daño en los movimientos voluntarios, involuntarios y por ende, en toda la actividad motora generada a partir del Sistema Nervioso Central (SNC).

La enfermedad de Huntington, también conocida como Corea de Huntington, se la reconoce de modo más abreviado, por sus siglas (EH), que en lenguaje médico, hace alusión a la descripción del cuadro clínico presentado por el por el médico e investigador norteamericano, George Huntington, quien en el año de 1872, definió una serie de patrones de movimiento corporal aleatorio encontrados en sus pacientes, como Corea de Huntington, dándonos por vez primera, una taxonomía para la EH.

Desde un análisis paramétrico y epidemiológico se ha podido ubicar los inicios de la EH en edades que oscilan entre los 30 y 45 años de edad en pacientes con cuadros clínicos correspondientes a EH. Se han encontrado evidencias clínicas de la presencia de la Corea de Huntington en poblaciones menores de 16 años, las cuales no han sobrevivido hasta la adultez joven, por cuenta de la severidad en la progresión de la EH en el cuerpo y SNC humanos, aunque es preciso señalar, que dichos casos son más bien aislados.



En promedio, se estima que la EH tiene una prevalencia de entre 6 y 12 individuos por cada 100.000 habitantes, pero éste dato hace referencia a poblaciones caucásicas, dado que, en África y Asia, estas cifras suelen ser mucho menores.

A la fecha, existen diversos tratamientos científicamente testados para poblaciones con EH, pero ninguno de ellos, ha conseguido detener la degeneración neuronal producida por la enfermedad en el cerebro de estos individuos, por lo que todo tipo de intervención neuropsicológica, de asistencia social y de fisioterapia, se ha centrado fundamentalmente en la regulación y desaceleración de los cuadros psiquiátricos y psicomotores asociados a la enfermedad. De esta modo, se busca conseguir que cada sujeto sometido a tratamiento no farmacológico, ni invasivo, consiga tener algunas mejoras, dominio de movimientos coreicos, regulación de problemas cognoscitivos y comportamentales, pero únicamente, mientras la EH se encuentre en fases no tan severas, pues es la única posibilidad de que el paciente, con sus funciones psicológicas básicas y superiores medianamente preservadas, pueda seguir los tratamientos, y conseguir cierto grado de adaptación funcional en sus respectivos entornos.

Finalmente, si como profesionales en el campo de las ciencias de la salud, queremos conseguir mejoras sustanciales con pacientes diagnosticados con EH, es necesario administrar escalas valorativas de calidad de vida (CV) junto con escalas de neuropsicología, puesto que ello, redundaría en disminuir o ralentizar los signos propios de la enfermedad y ayudaría ciertamente a las familias y cuidadores de estos individuos, a optimizar recursos y conseguir adaptaciones funcionales del paciente con EH en su cotidianidad.



CLAUDIA RODRÍGUEZ-LÓPEZ

Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

El síndrome de Cushing es una entidad poco habitual, con una prevalencia estimada en torno a 1/26.000 habitantes, de predominio femenino y pico de incidencia a los 25-40 años de edad. Es un trastorno sistémico, entre cuyas manifestaciones se encuentran alteraciones psiquiátricas especialmente en forma de síntomas depresivos; sin embargo, es una causa rara de demencia. No obstante, se recomienda su despistaje en pacientes con demencia tipo Alzheimer rápidamente progresiva, especialmente si se acompaña de hipopotasemia, ya que se han descrito casos de demencia precipitada en el contexto de hipercortisolismo endógeno y se trata de una causa potencialmente reversible.

Describimos el caso de una mujer de 68 años hipertensa, diabética y dislipémica que consulta por una historia de 2 años de evolución de alteración de la marcha progresiva y alteración del comportamiento en los últimos 5 meses en forma de desinhibición, empobrecimiento del lenguaje y abandono de sus actividades cotidianas.

En la exploración inicial se evidenció un síndrome frontal consistente en inatención, perseverancia, bradipsiquia, lenguaje muy parco con discurso delirante, reflejos de liberación frontal presentes y alteración de maniobras alternantes, así como una debilidad proximal en miembros compatible con una miopatía. Se realizó un estudio de demencia rápidamente progresiva que mostró atrofia cortical generalizada en TC craneal y diversas alteraciones analíticas, entre las que destacaban hipernatremia, hipopotasemia, alcalosis metabólica, mal control glucémico y neutrofilia con linfopenia y eosinopenia.



Se amplió el estudio en busca de una patología hormonal hallándose un hipercortisolismo sérico y urinario ACTH dependiente, hipotiroidismo subclínico central e hipogonadismo.

Por su parte, la RM craneal evidenció un macroadenoma hipofisario con erosión de la silla turca. Tras la corrección de los desequilibrios metabólicos la paciente presentó una marcada recuperación sintomática en el plazo de 2 semanas con resolución de las alteraciones comportamentales y la recuperación de un lenguaje fluido y coherente. Mientras se encontraba pendiente de cirugía, sufrió una hemorragia digestiva alta por una úlcera bulbar, falleciendo a los pocos días por un shock séptico de origen abdominal.

Presentamos el primer caso descrito en la literatura de demencia rápidamente progresiva de perfil frontotemporal en el seno de un síndrome de Cushing, con resolución de la clínica neuropsiquiátrica tras el control de las alteraciones analíticas. Si bien la demencia es una manifestación muy infrecuente de este cuadro, se ha postulado que la hipercortisolemia puede acelerar el curso de la demencia tipo Alzheimer, y se ha propuesto que podría ser causa única y directa de demencia con características de enfermedad de Alzheimer, aunque siempre de perfil cortical, a diferencia de nuestra paciente.

Estudios previos han demostrado que pacientes jóvenes con síndrome de Cushing presentan signos indirectos de atrofia cerebral que son parcialmente reversibles tras la corrección de la hipercortisolemia mediante tratamiento quirúrgico; y también se ha observado una resolución de las manifestaciones neuropsiquiátricas con cese de progresión del deterioro cognitivo tras la intervención quirúrgica en pacientes sintomáticos.

En conclusión, recalamos la importancia de una correcta identificación de esta entidad en pacientes con demencia.



JOSÉ PÉREZ MORENO

Graduado en Fisioterapia por la Universidad de Murcia

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

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



Metodología

Se realizó una revisión de la literatura entre diciembre de 2015 y enero de 2016 en las siguientes bases de datos: PubMed, PEDro, WOK. Se utilizaron tanto operadores booleanos (AND y OR) como descriptores. Se analizó la literatura clínica de los últimos 5 años.

Los 5 ensayos clínicos seleccionados arrojaron resultados acerca de la importancia del ejercicio físico en cuanto a capacidades funcionales de los pacientes (Actividades básicas de la vida diaria «ABVD», actividades instrumentales de la vida diaria «AIVD», medida de independencia funcional «FIM»), en torno a habilidades cognitivas y en cuanto a la calidad del sueño (vigilia, sueño efectivo).

Conclusiones

Podemos determinar que el ejercicio físico, llevado a cabo durante 6-12 meses, puede ser beneficioso para pacientes con Alzheimer en el mantenimiento o mejora de las capacidades funcionales, aumento de las habilidades cognitivas, y en cuanto al incremento de la calidad del sueño, factores todos ellos muy importantes en el pronóstico y la evaluación del paciente con esta patología. Sin embargo, no podemos responder a los objetivos secundarios, en vista de las limitaciones de los estudios. No podemos determinar qué ejercicios físicos son más adecuados, aunque si podemos aseverar que caminar, ejercicios en grupo, ejercicios de coordinación, estiramientos, fitness aeróbico y entrenamiento de fuerza, pueden lograr mejoras significativas en sus grupos de intervención, respecto a los grupos control. E

En relación al estadio de los pacientes con Alzheimer y al seguimiento de las intervenciones pautadas, por la ausencia de estudios que aborden este tema en su globalidad, no se pueden responder al objetivo marcado. Queda mucho camino por recorrer.



**LILIANA G. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (1) | CAROLINA PALMEROS EXSOME (2)
MARÍA TERESA GONZÁLEZ MARTÍNEZ (3) | MARÍA DE LA LUZ PÉREZ ÁVILA (3)
MIRIAM GUTIÉRREZ LÓPEZ (3)**

Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid. España (1), Universidad Veracruzana. Veracruz. México (2),
Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. México (3)

La enfermedad de Alzheimer (EA) es uno de los problemas socio-sanitarios más importantes en la actualidad y también una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores. Las causas que la originan no han sido del todo esclarecidas. Algunos factores de riesgo que se asocian con la EA son factores genéticos, eventos vasculares, historia de traumatismos en la cabeza, estrés oxidativo, disminución de la producción de óxido nítrico a nivel endotelial, hiperhomocisteinemia, hipertensión, resistencia a la insulina, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, alteraciones hormonales, factores del estilo de vida (alimentación, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo) y factores psicológicos, entre otros.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que un patrón de alimentación caracterizado por un consumo elevado de alimentos de origen vegetal, tales como cereales, legumbres, frutas, verduras, frutos secos y aceite de oliva como la fuente principal de grasa y un consumo moderado de pescados, aves, lácteos, huevos, café, té verde y vino se ha asociado con la disminución del deterioro de la función cognitiva, reducción de la progresión del deterioro cognitivo leve, reducción del riesgo de EA y disminución de la mortalidad por todas las causas en pacientes con EA. Lo anterior puede ser debido a que este tipo de patrón de alimentación contiene una gran cantidad de nutrientes (fibra, ácidos grasos poliinsaturados, vitaminas, minerales y antioxidantes) que probablemente juegan un papel destacable en la prevención de la enfermedad.



A este respecto, se ha señalado que la fibra ayuda a disminuir la resistencia a la insulina, el cual es uno de los factores de riesgo asociados con la enfermedad.

Los ácidos grasos omega 3 (particularmente el ácido docosahexaenoico) son esenciales para el funcionamiento y mantenimiento del sistema nervioso. Las vitaminas A, C y E, el selenio y el zinc tienen función antioxidante lo que ayuda a contrarrestar el estrés oxidativo. Los folatos y las vitaminas B6 y B12 participan en la metilación de la homocisteína, lo que evita la presencia de la hiperhomocisteinemia, que está asociada con el deterioro cognitivo. La vitamina D, el magnesio y el zinc son esenciales para el buen funcionamiento del sistema nervioso. Algunos compuestos fenólicos presentes en el aceite de oliva, en el vino tinto y en el té verde modulan el estrés oxidativo y contribuyen a la disminución de la generación del péptido β -amiloide y las isoformas de la proteína tau.

Por otra parte, se ha descrito que el exceso de la ingesta de energía y de grasas saturadas y trans se ha asociado con mayores niveles de péptido β -amiloide y con el aumento del riesgo de desarrollar alteraciones de la función cognitiva y EA.

Actualmente no existen tratamientos disponibles para curar la EA. En cualquier caso, la alimentación parece ejercer un papel importante en el desarrollo de la EA. Sin embargo, se requiere un mayor número de estudios que describan los mecanismos por los cuales los elementos de la dieta están involucrados en el desarrollo de la enfermedad y, principalmente, que permitan establecer las cantidades óptimas de ingesta con fines preventivos.



NATALY R. ESPINOZA-SUÁREZ

Médico Residente de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado,
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad hereditaria neurodegenerativa, caracterizada por la presencia de síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos.

La frecuencia de la EH a nivel mundial es muy variable, siendo la prevalencia mundial estimada de 7 a 10 casos por 100000 habitantes. El curso clínico produce consecuencias físicas, emocionales, cognitivas, sociales y económicas graves en el paciente y sus cuidadores. La corea y la pérdida de equilibrio son los primeros síntomas que los pacientes notan, aunque han habido reportes de cambios de personalidad y alteraciones cognitivas previas que los familiares pueden notar. Debido a múltiples factores ya mencionados, se considera una condición devastadora para los pacientes y sus familias.

En la actualidad no existe cura para la EH, sin embargo están disponibles varias opciones terapéuticas para el manejo de los síntomas, la mayoría con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. Los cuidados paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud como un enfoque de atención que mediante medidas de prevención y alivio del sufrimiento asiste eficazmente a las personas enfermas y a sus familiares en el afronte de problemas asociados con enfermedades mortales, se plantean como la indicación ideal de manejo de la enfermedad crónica, durante las diferentes fases y el desenlace poco predecible que esta presenta.



Estos cuidados involucran diferentes aspectos como evaluar el *dominio funcional*, que involucra alteraciones del movimiento; el *dominio de la comunicación*, en la cual se evalúa el comportamiento, se enfoca al fortalecimiento de la atención, el entendimiento, la memoria y el nuevo aprendizaje; el *dominio mental y emocional*, en el cual se evalúa el riesgo psicológico y psiquiátrico, valorando la aparición de depresión, ansiedad, irritabilidad y se trabaja en el control de impulsos y conductas explosivas; también se valora el *dominio nutricional*, evaluando la deglución, la dieta y los utensilios necesarios para la adecuada alimentación del paciente evitando factores de riesgo de complicación y, con la ayuda de un terapeuta, reducir el riesgo de asfixia y durante la etapa terminal de la enfermedad se asegura que cualquier dolor esté bien tratado y que se usen los servicios de cuidados paliativos apropiados. Es importante conocer que el médico con formación en cuidados paliativos lidera el equipo multidisciplinario, el cual está integrado por otros profesionales de la salud, quienes cumplen un papel importante en el equipo, como son: el terapeuta ocupacional, quien brinda estrategias para incrementar la independencia funcional en la vida diaria del paciente; la enfermera, cuyo objetivo principal es garantizar el confort, seguridad, dignidad y autonomía del paciente; así como los psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas, cuyo objetivo general es garantizar la mejor calidad de vida al paciente.

Las familias se muestran agotadas por las necesidades de cuidado entre generaciones superpuestas causadas por la naturaleza hereditaria de la enfermedad. Hay una gran oportunidad para planificar y coordinar la atención y servicios de apoyo para las personas con la EH y sus familias. Es importante tener en cuenta que no existe un paciente típico con EH, cada paciente es complejo y tiene necesidades particulares. Mejorar la atención al final de la vida es un reto moderno que requiere incrementar la formación de los profesionales de la salud y la comunidad, mayor financiación para la atención y desarrollo de políticas pertinentes.



M^a CRUZ PÉREZ LANCHO | ALBA CARRASCO CALZADA

ANTONIO SÁNCHEZ CABACO

Universidad Pontificia de Salamanca

La demencia se configura como una de las principales causas de discapacidad y dependencia. El riesgo de padecerla aumenta a medida que se produce un envejecimiento poblacional. De todos los tipos de demencia la Enfermedad de Alzheimer es la más frecuente, seguida por la Demencia Vascular (DV), y aunque la DV pura aparece ya en edades avanzadas, por encima de los 80 años son más frecuentes los casos en los que coexisten lesiones degenerativas y vasculares (Demencia Mixta).

El cuidado informal en personas dependientes, y en especial en el caso de las demencias, tiene un enorme impacto sobre el cuidador principal. Cuando éste comienza a percibir como amenazante la situación del cuidado, surgen un conjunto de reacciones – afectivas, fisiológicas o conductuales – que reciben el nombre de carga o «sobrecarga». Esta carga puede ser objetiva o subjetivamente percibida y son muchos los autores que coinciden al afirmar que es la segunda la que mayor repercusión tiene sobre el estado de los cuidadores. El grado de sobrecarga depende de diferentes variables, entre ellas: el tipo de demencia, la gravedad y duración de la enfermedad y la ayuda recibida de recursos sociosanitarios.

Este trabajo tiene como objetivo general conocer cómo influye el cuidado de enfermos de alzhéimer y otras demencias en el estado del cuidador. Específicamente se pretende determinar cómo influyen las variables tipo de demencia y duración del cuidado en el estado de familiares cuidadores de personas con demencia.



Metodología

Para la realización de esta investigación se ha llevado a cabo un muestro de carácter casual o incidental. Los sujetos seleccionados son cuidadores informales de pacientes con demencia del Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CRE de Alzheimer) de Salamanca.

Siguiendo el protocolo de actuación del centro, para la recogida de datos se ha administrado una entrevista de ingreso y una batería de pruebas de evaluación compuesta por siete escalas: Escala CES-D (depresión), Subescala HAD -A (ansiedad), Escala CBI (carga), Escala Rosenberg (autoestima), Cuestionario Duke-Unc (apoyo social), Cuestionario CGQ (culpa) y Escala WHOQoL-BRIEF (calidad de vida). Se realiza un estudio descriptivo-correlacional transversal.

Conclusiones

Los resultados indican que los años transcurridos desde el diagnóstico producen diferencias significativas sobre la autoestima y la calidad de vida, encontrándose en los cuidadores una autoestima más baja y una menor calidad de vida cuanto más tiempo haya transcurrido desde el diagnóstico. No se han encontrado diferencias significativas en el resto de variables, aunque sí van en la dirección pronosticada. Los años transcurridos desde diagnóstico se relacionan con mayores niveles de depresión, ansiedad, sobrecarga y un menor sentimiento de culpa.

El tipo de diagnóstico del paciente influye, aunque no de una forma muy significativa, en el apoyo social y la sobrecarga percibidos por el cuidador, de forma que aquellos cuidadores de personas con demencia vascular o mixta, se perciben con menor apoyo social y con menor sobrecarga. Los cuidadores de enfermos de alzhéimer y de otras demencias, no vascular o mixta, presentan similares puntuaciones de apoyo y sobrecarga.



RODOLFO BOSCH BAYARD

Especialista en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud y
Máster en Salud Pública y Envejecimiento

La Asociación Mundial de Alzheimer en 2012 llevó a cabo una campaña para superar el estigma hacia la demencia.

El estigma constituye el mayor obstáculo para identificar los problemas de salud, encontrar sus soluciones y explotar de forma más eficiente los servicios de salud.

El principal objetivo de esta iniciativa fue exponer la repercusión del estigma hacia la demencia sobre el paciente, la familia y la sociedad. Para ello, se realizó una revisión de la literatura publicada en el período de tiempo de julio de 2010 hasta marzo 2016. La recuperación de la información se llevó a cabo a través de la red de Infomed, utilizamos las siguientes bases de datos, Pubmed, Ebsco, Medline, Scencedirect, Clinicalkey y Scielo.

El estigma interfiere en que las personas con demencias tengan una vida social exitosa, obtengan empleos y puedan vivir cerca de otras personas. Está muy relacionado con la edad y la pérdida de las funciones mentales. Las áreas de mayor impacto del estigma son: la esfera laboral, la conducción de vehículos, la posibilidad de dar consentimiento para los procedimientos médicos, lo que puede repercutir en una prematura pérdida de dignidad y autonomía.

En Cuba el estigma hacia la demencia repercute en el reconocimiento del problema y cierta demora en la incorporación de todos los sectores sociales para materializar acciones concretas que permitan combatir la enfermedad.



En nuestros profesionales, el estigma se manifiesta en que a pesar de que la demencia constituye la sexta causa de muerte, muchos médicos en encuestas realizadas no lo reportan como un problema de salud, no existe un registro continuo de su incidencia y hay un gran subdiagnóstico en su reporte en los certificados de defunción. En nuestra opinión, los cuidadores sufren el estigma en la medida que cuentan con menos recursos.

A nivel social, los medios de difusión masiva en ocasiones transmiten un enfoque pesimista o negativo cuando hablan del envejecimiento y la demencia, los médicos con frecuencia nos referimos «al problema del envejecimiento», cuando debiera ser nuestro orgullo haber aumentado la expectativa de vida, índice que representa un logro de la Salud Pública Cubana. Una de las grandes barreras que dificultan superar el estigma es no considerar que «la demencia es tarea de todos».

En Cuba más de 90% de las personas con demencia son cuidadas en sus casas, mientras que en los países de altos ingresos la mayor parte del cuidado se realiza en instituciones con un elevado costo, es por eso que los cuidadores realizan un importante aporte a la sociedad y a la economía del país en la labor que desempeñan, y debe verse definitivamente desde esa perspectiva.

Conclusiones

Para superar el estigma que hoy existe hacia la demencia es necesario brindar mayor aceptación y apoyo a los pacientes y familiares, aumentar la calidad de atención a personas con deterioro cognitivo, educar a la población, crear ambientes favorables, crear redes sociales de apoyo y convocar a la participación de todos los sectores sociales.



MARÍA ÁLVARO SARDINA

Máster en Psicología General Sanitaria

Las personas mayores que sufren deterioro cognitivo leve o demencia en fase leve-moderada requieren estimulación cognitiva, consistente en la ejecución de actividades programadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos que potencian los mecanismos de plasticidad cerebral, la neurogénesis, la reserva cerebral y angiogénesis. Se pretende poder rehabilitar las habilidades cognitivas y frenar el aumento del deterioro y estabilizar, por tanto, su estado funcional.

La pérdida de habilidades cognitivas o intelectuales es más evidente tras la jubilación si la persona pasa de una alta tasa de actividad a una rutina con un escaso nivel de exigencia. También es habitual que personas que mantienen, a pesar de los años, hábitos físicos saludables y una vida mentalmente activa (lectura, participación en asociaciones u otras actividades de voluntariado, cuidado de los nietos, etc.) noten en menor medida los signos del envejecimiento.

La rehabilitación neuropsicológica consiste en el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible, a nivel físico, psicológico y de adaptación social.

Entre los objetivos que persigue la estimulación cognitiva podemos citar: asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización, favorecer la estimulación de las funciones cognitivas superiores, estimular y mantener las capacidades mentales, evitar la desconexión del entorno, fortalecer las relaciones sociales, estimular la propia identidad y autoestima, mantener el rendimiento cognitivo o mejorar el nivel funcional en actividades de la vida diaria.



Con la estimulación cognitiva se trabaja habitualmente en los ámbitos cognitivos alterados o que comienzan a alterarse, enlenteciendo el deterioro y mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores y contribuyendo a disminuir su dependencia.

A lo largo de este trabajo se ha analizado la eficacia de los programas de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve/demencia. Poco a poco, vamos otorgando mayor importancia al hecho de mantener en forma al órgano que gobierna nuestro comportamiento: el cerebro.

Hemos podido comprobar que, cada día, los programas de rehabilitación y estimulación son más variados y completos, aunque su heterogeneidad sigue siendo grande. De lo que no queda duda es de los efectos positivos, a corto plazo, de las intervenciones positivas en diversos aspectos del paciente en esta materia.

Por otro lado, los estudios sobre mantenimiento de los beneficios a largo plazo son muy escasos aunque la mayoría de estudios reportan efectos positivos a corto plazo. Se ha comprobado que los pacientes han desarrollado su capacidad de aprendizaje, o lo que es lo mismo, han aprendido a aprender. Por lo tanto es posible un incremento en la reserva cognitiva en pacientes lesionados.

Es importante destacar que la estimulación cognitiva debe ser llevada a cabo en el marco de una actuación globalizada, con expertos, complementándose con la terapia farmacológica, la orientación familiar y el abordaje social, de manera que implique al sujeto como una totalidad integrada.

Como conclusión, las técnicas no farmacológicas como la intervención cognitiva, pueden contribuir de forma realista y asequible a la mejora y administración de cuidados en el deterioro cognitivo leve/demencias.



ALFREDO SANABRIA-CASTRO

Unidad de Investigación Hospital San Juan de Dios de San José, Costa Rica

La enfermedad de Alzheimer (EA) constituye el tipo de demencia más común a nivel mundial, sin embargo no existe ningún tratamiento curativo para la misma. La terapéutica aprobada para su manejo se limita a disminuir síntomas específicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes, razón por la cual la búsqueda de nuevas estrategias terapéuticas constituye una necesidad.

La demencia se define como un síndrome de comienzo gradual, con progresión de al menos seis meses, que cursa con pérdida de memoria y afectación de otras capacidades cognitivas, alterando las actividades de la vida diaria del paciente.

Hay dos clases de demencia tipo alzhéimer: la de inicio temprano (antes de los 65 años) y la de inicio tardío (luego de los 65 años). Esta última es la que comúnmente hacemos referencia ya que corresponde a cerca del 95% de los casos.

La etiopatogenia de la EA no está claramente establecida y existen varias teorías. La teoría colinérgica fue la primera en ser enunciada y se fundamenta en los cambios bioquímicos observados tanto de acetilcolina como de glutamato. La teoría de la cascada amiloide es la teoría que actualmente cuenta con más aceptación, y establece el origen de la patología como una serie alteraciones en el procesamiento y secreción de proteínas.

Actualmente los tratamientos disponibles buscan aumentar la concentración colinérgica a nivel sináptico, prevenir la excitotoxicosis por glutamato y/o contrarrestar el estrés oxidativo.



Sin embargo no existe ningún fármaco capaz de aumentar la síntesis de la acetilcolina a nivel presináptico; detener, revertir o impedir el proceso neurodegenerativo; ni proporcionar una mejoría considerable relacionada al deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer. La terapéutica actual puede dividirse en tres grupos: medicamentos aprobados, no aprobados de uso común y tratamientos experimentales. Los medicamentos o sustancias no aprobadas de uso común se pueden clasificar en: precursores de acetilcolina, antioxidantes y nootrópicos. Ninguno de estos ha demostrado beneficios significativos en el tratamiento de la EA. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa al evitar la degradación de acetilcolina constituyen actualmente la única estrategia terapéutica que ha demostrado cierta eficacia en la disminución de la sintomatología en la EA. Sin embargo estos fármacos mejoran la memoria en un porcentaje discreto de pacientes con EA leve o moderada, no así en los casos severos. A su vez estos medicamentos carecen de la capacidad de modificar el avance de la patología.

Avances recientes en la biología molecular y en el conocimiento de la patogenia celular subyacente de la EA han delineado la generación de nuevas estrategias terapéuticas capaces de modificar el curso de la patología que se encuentran en evaluación. Éstas principalmente se pueden clasificar en: inhibidores de γ -secretasa, inhibidores de la actividad β -secretasa (BACE), inhibidores de la oligomerización del β -amiloide, inhibidores de la fosforilación y agregación de la proteína tau e inmunización.

Lastimosamente y a pesar del esclarecimiento de múltiples estrategias terapéuticas novedosas, el arsenal terapéutico actual en la EA continúa siendo escaso y no representa una mejora considerable en la calidad de vida de los pacientes. Aun así, El desarrollo de estas nuevas estrategias genera perspectivas alentadoras que podrían cambiar sustancialmente el paradigma de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en el futuro.



JEAN GAJARDO JAUREGUI (1) | JOSÉ M. ARAVENA CASTRO (2)

Terapeuta Ocupacional. Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación,
Universidad de Chile (1), Terapeuta Ocupacional. Unidad de Nutrición Pública,
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile (2)

La demencia o trastorno neurocognitivo mayor es una condición de creciente prevalencia y tiene un gran impacto en las personas, familias, y comunidades. Las aproximaciones no farmacológicas, o psicosociales, son actualmente la principal estrategia de tratamiento para lograr una mejor calidad de vida en las personas con demencia. Las profesiones sanitarias compartimos el desafío de desarrollar estrategias que evidencien su aporte a las personas que viven con demencia y a quienes les apoyan en la vida diaria. En dicho escenario, la terapia ocupacional documenta de forma creciente su contribución. La terapia ocupacional (TO) es una profesión que busca promover bienestar y salud por medio de la ocupación. Como modalidad de apoyo no farmacológico, en los últimos años se ha desarrollado variada investigación sobre la TO para personas con demencia, informando de sus potenciales beneficios y estableciéndose progresivamente como una primera línea de tratamiento en demencias con un relevante rol en los planes de enfrentamiento de la demencia en el mundo.

Tradicionalmente, la TO ha sido desarrollada como una profesión de la rehabilitación terciaria, con un enfoque centrado en la funcionalidad, buscando la recuperación de la independencia y las capacidades de desempeño personales. No obstante, la evidencia creciente sobre intervenciones basadas en ocupación en demencias, refiere que el actuar de TO debiese incluir con igual relevancia a la persona con demencia, y sus cuidadores y su entorno social de apoyo, cuyos resultados no se relacionan necesaria y únicamente con la recuperación o rehabilitación funcional.



La evidencia actual informa del aporte de la TO en la adaptación de la persona con demencia y su entorno a los desafíos cotidianos, asociados a los síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales de la demencia, estableciéndose así su contribución a nivel relacional y en los cuidados cotidianos, proyectando como propósito central el aumento de la calidad de vida de la diada persona con demencia-cuidador.

Las estrategias de abordaje de la TO consideran premisas con igual foco en la persona como en su entorno social y físico, tales como la adaptación del ambiente, el diseño y supervisión de actividades personalizadas según capacidades, intereses, e historia de la persona con demencia, y la capacitación del cuidador para un mejor enfrentamiento de las situaciones desafiantes de la vida diaria, promoviendo cambios favorables en la autoeficacia del cuidado brindado y la percepción de carga. Particularmente las intervenciones individuales y realizadas en el domicilio (o contexto cotidiano de las personas) reportan beneficios como la reducción de síntomas psicológicos y conductuales y del impacto de estos en la calidad de vida de la persona con demencia y su cuidador, la autoeficacia y capacidad del cuidador para afrontar los desafíos del vivir con demencia, y el aumento de la participación de la persona con demencia en actividades y situaciones cotidianas.

Si bien existe la necesidad de más investigación en pos de prácticas informadas, la evidencia actual sobre la terapia ocupacional permite establecer sus potenciales aportes en las necesidades de las personas con demencia y sus entornos de apoyo.



JORGE MIGUEL CUEVAS ESTEBAN

Psiquiatra especializado en Psicogeriatría

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

El deterioro cognitivo y la demencia fueron reconocidos como parte de la EP desde las históricas descripciones realizadas por Jean-Martin Charcot. Los déficits cognitivos asociados a la EP se han descrito incluso en pacientes recién diagnosticados sin tratamiento, así como en personas en las fases más incipientes de la enfermedad, siendo dichos déficits más prominentes en los siguientes dominios: memoria, funciones ejecutivas y visuoespaciales. Tradicionalmente encuadrada en el grupo de las ‘demencias subcorticales’, la demencia en la EP puede presentarse con diferentes patrones clínicos y tener distintas bases patológicas. Hoy en día es una incógnita saber hasta qué punto el deterioro cognitivo es atribuible al proceso neurodegenerativo, a factores psicosociales, demográficos o clínicos, o a complicaciones del tratamiento sustitutivo con dopamina.



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

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

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



RAFAEL CASTRO FUENTES

Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Facultad de Ciencias de la Salud Sección Médica.
Universidad de La Laguna

La comunidad científica ha observado con consternación, una y otra vez, cómo posibles fármacos para la enfermedad de Alzheimer (EA) que produjeron datos prometedores en modelos de roedores no funcionaban como se espera en los seres humanos. Entonces, ¿cómo romper la cadena? ¿Hay otros enfoques que podrían darnos información valiosa antes de invertir en estudios en humanos?

El envejecimiento es la mayor amenaza para la salud humana en el mundo desarrollado. De hecho, constituye el principal factor de riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas.

Actualmente hay muchos riesgos que compiten por la muerte y discapacidad en las personas de edad muy avanzada. La persona mayor suele tener muchas comorbilidades y enfermedades crónicas, y el tratamiento o prevención de una enfermedad, los deja inmediatamente susceptibles a los efectos de otras enfermedades. Por esta razón, la eliminación de una sola enfermedad no ha de extender radicalmente la esperanza de vida máxima humana. Debe estudiarse el envejecimiento entendiendo al individuo en su complejidad y comorbilidad, ya que la comorbilidad es la regla y no la excepción.

La “gerociencia” trata de entender por qué la biología básica del envejecimiento está en la base de las enfermedades. Puesto que la mayor parte de esas enfermedades crónicas aparecen cuando el cuerpo envejece ¿No tiene sentido suponer que comparten elementos comunes que convendría combatir? ¿Y no equivale eso a combatir/tratar el envejecimiento?



En las últimas dos décadas, la investigación sobre los mecanismos moleculares del envejecimiento ha propiciado un cambio de paradigma. A tal punto que, actualmente, podemos afirmar que el envejecimiento no es un proceso inalterable. El desarrollo de nuevas intervenciones y dianas farmacológicas, basadas en la biología del envejecimiento, representa una prioridad para los seres humanos y una importante oportunidad para la industria farmacéutica. Sin embargo, la cuestión es si esto podrá lograrse en un plazo oportuno de tiempo, dado que la evaluación de la longevidad en los seres humanos requiere décadas, y el desarrollo de terapias farmacológicas para enfermedades estándar lleva ya más de una década. La disponibilidad de modelos animales de vida corta ha permitido la realización de intervenciones que reducen en la medida de lo posible el envejecimiento a diferentes niveles, actuando en distintas dianas moleculares, y que promueven una longevidad saludable.

La cuestión principal tratada en esta revisión es si una intervención que tiene propiedades antienvjecimiento puede alterar la aparición y/o progresión de la EA, una enfermedad en la que la edad es el mayor factor de riesgo. Conoceremos las terapias antienvjecimiento mejor estudiadas en modelos animales de EA, y cuáles de estas terapias están siendo aplicadas en ensayos clínicos. Podemos clasificarlas en cuatro grupos: farmacológicas, relacionadas con el estilo de vida, moleculares (génica y epigenética) y celulares. La mayor parte de las intervenciones antienvjecimiento que aumentan la esperanza de vida y/o duración de la salud en modelos animales, tienen una acción terapéutica en la EA. Actualmente no existe una intervención antienvjecimiento ideal que consiga corregir, frenar o revertir el curso y/o patología de la EA. Por tanto, serán necesarias varias intervenciones terapéuticas (optimizando el equilibrio entre sus efectos beneficiosos e indeseables) y nuevos enfoques de investigación en envejecimiento, para conseguir el control de esta devastadora enfermedad.



VICTORIA KARIMME RAMÍREZ MARTÍNEZ (1)**JONATHAN ALEJANDRO GALINDO SOTO (2)**

Lic. Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato, México (1), Coordinación Lic. Psicología Clínica,
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Universidad de Guanajuato, México (2)

México experimenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional y es uno de los países latinoamericanos con mayor prevalencia (7.3%) e incidencia (27.3%) en alzhéimer (EA). Lamentablemente, para la población que lo padece, es común encontrar como consecuencia o comorbilidad, depresión y ansiedad, lo que impacta en que sea muy complicado para el paciente percibirse funcional. También es un proceso frustrante para los cuidadores o familiares que conviven con los EA.

La terapia psicológica tradicional no es funcional en estos casos, por lo que se han desarrollado varias técnicas no farmacológicas para tratarlos, sobre todo en aspectos cognitivos. Sin embargo, poco se ha desarrollado en México para tratar aspectos psicoemocionales a nivel familia o en la interrelación paciente-cuidador. Es en este espacio donde han surgido otras propuestas no convencionales, como el empleo del arte en su función terapéutica.

El arte ha sido una herramienta muy importante para la comunicación desde el principio de la humanidad y ha mostrado, sobre todo en años recientes, mucha eficiencia con evidencia científica.

De entre estos nuevos proyectos, se implementó en Estados Unidos un programa llamado Meet Me at MoMA, en el que los pacientes con EA acuden al museo y discuten las pinturas que ahí se exponen, se aplica un test del estado de ánimo pre y post visita.



Considerando su éxito, pero también las limitaciones en recursos que se presentan en gran parte de México, se propuso la adaptación de este programa a una población específica de bajos recursos y nivel académico, basado en la guía de planificación sugerido por el programa que consiste en: 1) Seleccionar un tema; 2) Seleccionar pinturas para discutir; 3) Determinar el orden 4) Preparar datos histórico-culturales; y 5) Preparar preguntas para analizar las pinturas. Se decidió entonces retomar obras de los muralistas más significativos de la cultura que comparte la población objetivo y apoyarse en recursos humanos de la Universidad de Guanajuato para su implementación.

Se propone conformar un equipo interdisciplinario de 4 personas de las cuales 1 será estudiante de la carrera en Psicología Clínica, 2 profesores de la misma y 1 profesor de la carrera de Enfermería. Se necesitará material de artes visuales y plásticas y se aplicarán las escalas de ansiedad de Hamilton y la de depresión de Beck, así como la SFAS (escala de caras felices) de Mittleman y Eipstein para la identificación de emociones. De igual manera, está basada en el Plan de Desarrollo Institucional de la Universidad de Guanajuato y a las prioridades que especifica la UNESCO en las Tendencias en la Educación Superior Global en los que se señalan tres prioridades para las Instituciones de Educación Superior que incluyen: 1) Crecimiento inteligente (Economía basada en conocimiento e innovación); 2) Crecimiento sostenible (Uso eficaz de los recursos y mayor competitividad) y 3) Crecimiento integrador (Cohesión social y territorial).

Si bien el proyecto se encuentra en desarrollo, se espera reducir los niveles de ansiedad y de depresión significativamente, así como mejorar su dinámica familiar.



JUAN DE JESÚS SANDOVAL

Doctor en Demografía por la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Con el aumento de la expectativa de vida y el crecimiento de la tasa de envejecimiento de la humanidad, la demencia se ha convertido en un problema de salud pública al reducir la calidad de vida de los adultos mayores en todo el mundo y generar un aumento en la necesidad de cuidadores de estas personas afectando todo el entorno familiar.

Dentro de las demencias que afectan a esta población, la demencia debido a la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente, y lo más grave es que los subregistros (subnotificaciones) en las estadísticas vitales están directamente relacionados con la calidad de las estimaciones de las muertes por esta causa.

Diferentes investigaciones sobre las causas de alzhéimer en Latinoamérica han sido muy desafiantes para los investigadores, ya que una de las principales fuentes de información son las estadísticas vitales. Sin embargo, hay evidencias de fallas en dichos registros, principalmente por errores en la edad de la persona, clasificación de las causas de muerte o por la pérdida de información de los mismos.

Por problemas como estos y el sufrir las consecuencias de la enfermedad en personas de mi familia, fueron la inspiración que me llevó a estudiar el Alzheimer y que finalmente llegó a feliz término con los resultados de mi tesis doctoral en Demografía titulada: **«Mortalidad adulta atribuible a la demencia debido a la enfermedad de Alzheimer, Brasil 2009 2013: una perspectiva Bayesiana»**, presentada en abril de 2016 en la Facultad de Ciencias Económicas da Universidad Federal de Minas Gerais de Belo Horizonte, Brasil.



En ella propongo una metodología de ajuste para estimar con el mayor grado de confiabilidad la mortalidad adulta atribuible a la demencia debido a esta enfermedad, empleando las estadísticas vitales de Brasil, entre 2009 y 2013.

Uno de mis objetivos era reunir y aprovechar las tres áreas del conocimiento que tenía a mi alcance para encontrar una solución a este problema: **la estadística, la epidemiología y la demografía**, para que juntas me ayudaran a resolver la dificultad de trabajar con bases de datos limitadas, en este caso, las del Departamento de Informática de Sistema Unico de Salud (DATASUS), de Brasil, en causas específicas de muerte como el alzhéimer.

Por lo tanto, aprovechando la estadística bayesiana como un ajuste metodológico para la corrección de registros, se llegaron a números que relacionaron indirectamente y de forma consistente el nivel de educación con la mortalidad que se puede atribuir a la demencia por la enfermedad de Alzheimer, evento que en algunos otros estudios es ya conocido como “Reserva Cognitiva”, pero que no había sido evidenciado hasta la fecha desde estudios en mortalidad con registros vitales.

Entre otros resultados, también se evidenció que no había diferencia entre la incidencia y la mortalidad por esta demencia entre hombres y mujeres, cuando se ajustaron por edad, educación y densidad de crecimiento poblacional.

Mi estrategia de trabajo, fue captar información externa de países con investigaciones más avanzadas en estudios de Alzheimer, utilizando metanálisis, que se cruzó con los datos empíricos del DATASUS de Brasil, generando una actualización del **estimador clásico de la tasa de mortalidad**, que según nuestros análisis resultó ser mejor para este tipo de estudios.

Después de realizar la actualización del estimador, dentro de nuestros resultados más relevantes, se confirmó el crecimiento exponencial de las muertes por alzhéimer junto con la edad del adulto mayor.



**RODOLFO ISIDRO BOSCH BAYARD | TANIA ZAYAS LLERENA
ELAINE HERNÁNDEZ ULLOA**

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Departamento de Estudios de Alzheimer. Cuba

La demencia es hoy uno de los principales problemas de salud que afecta a todos los gobiernos, con un enorme costo social y económico. Los países en desarrollo enfrentan una transición demográfica acelerada que conlleva el aumento de la incidencia y prevalencia de la demencia, lo cual depende de las condiciones propias del individuo, pero en buena medida está la influencia de otros factores macroeconómicos.

El objetivo del estudio es describir la influencia de los determinantes propios del individuo y los determinantes sociales macroeconómicos en la prevalencia de las personas con demencia así como el rol de las políticas de salud en el control de la enfermedad.

La incidencia de demencia depende de factores biológicos (genéticos) y ambientales. Los determinantes de la salud propios del individuo: la edad por encima de los 65 años es una condicionante de la demencia, el sexo femenino es el más afectado por la enfermedad y sufre la mayor sobrecarga y estigma social ocasionada por el cuidado, el morfotipo racial tiene relación con la prevalencia de la demencia, esta asociación está mediada por los genes que codifican a la lipoproteína APOE 4 puede ser modificada por factores como: mayor prevalencia de obesidad hipertensión e ictus en la raza negra y por otros factores de riesgo como son las condiciones de vida , acceso a la educación y a los servicios de salud.

La sociedad juega un importante papel en lograr reducir el estigma hacia la demencia y en la creación de redes sociales para ayudar a los cuidadores.



Un papel trascendental tienen los determinantes sociales macroeconómicos como los costos y los planes nacionales para la atención a la demencia. El costo mundial de la enfermedad se acerca al trillón de dólares y distribuye de forma desigual, con predominio de los países más ricos. La Organización mundial de la salud en el año 2015 llamó a elaborar estrategias y planes nacionales para combatir la demencia. Cuba, Costa Rica y México son los primeros países de medianos y bajos ingresos que comenzaron a desarrollar estrategias nacionales para la atención a la demencia. La prevención de la enfermedad es hoy uno de los pilares para el control de la enfermedad, ya que aún no existe un tratamiento curativo.

Conclusiones

La demencia puede estar influenciada por factores de riesgo en la edad media de la vida: obesidad, hábito de fumar, sedentarismo, hipercolesterolemia, alcoholismo y bajo nivel educacional. Los planes nacionales para la demencia aumentan la calidad de la atención médica, optimizan los servicios de salud y logran una mayor equidad. Es una necesidad que los países en desarrollo incrementen su colaboración mutua y tracen estrategias para enfrentar esta enfermedad.



SUSANA MIGUEL GONZÁLEZ

Doctora en Enfermería por la Universidad Jaume I de Castellón

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente y progresivo de las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, orientación, cálculo o percepción espacial, entre otras). Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que hace que sea dependiente de los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio del propio paciente y sus cuidadores.

Los casos de demencia se incrementan de forma exponencial con la edad, siendo previsible un aumento a nivel mundial en los próximos años debido al envejecimiento progresivo de la población.

La demencia constituye la principal causa de discapacidad y dependencia en el anciano, y conlleva una elevada morbilidad y mortalidad, lo que supone un coste económico, social y sanitario que se estimó en más de 8200 millones de euros en nuestro país. Dicho gasto aumenta a medida que evoluciona la enfermedad, llegando a triplicarse el coste en las etapas más avanzadas. La familia asume el 87% del coste total de los gastos. El restante 13% pagado por fondos públicos, corresponde a una parte de los gastos directos, sanitarios en su mayoría.

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia por encima de otras como el ictus, la enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares, y conlleva un elevado riesgo de institucionalización con la carga socio-sanitaria que esto comporta.



Además, hasta el momento no se ha conseguido ningún tratamiento que cure dicha patología, con lo que se hace necesario trabajar en la línea de optimizar la calidad de vida y la calidad de los cuidados de estos pacientes y de sus cuidadores.

Ahora bien, ¿qué se entiende por calidad de vida? La calidad de vida es un concepto vago y etéreo, algo de lo que mucha gente habla, pero que nadie sabe claramente lo que significa. Si además hablamos de calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores informales esta valoración adopta una connotación especial.

Por otro lado, la calidad del cuidado hace referencia a como son los cuidados que recibe la persona que está siendo atendida, y esta normalmente se ha valorado a través de la medición de los resultados clínicos o de los procesos organizacionales considerados como indicadores de buena o mala calidad de la atención con el supuesto de que el cumplimiento de estos indicadores tendrá beneficios para los beneficiarios finales del cuidado. Sin embargo, en este enfoque sobre los aspectos clínicos y organizacionales de la prestación de atención pueden estar ausentes otros aspectos más amplios de la atención que son de gran valor para los pacientes, como por ejemplo los aspectos psicológicos y sociales del cuidado que son parte integrante del concepto de bienestar.

Ante esta situación, el objetivo de este estudio es describir las características de las personas con demencia que viven en el domicilio y en instituciones de larga estancia, así como analizar la calidad de vida y la calidad de los cuidados de los pacientes y de su cuidador informal con la finalidad de generar conocimiento nuevo sobre el tema.



JORDI SERRA-MESTRES

Médico Consultor en Psicogeriatría, Central & North West London NHS Foundation Trust, London UK

Desde los años 90 se ha evidenciado que la enfermedad de Alzheimer (EA) puede debutar con formas clínicas diferentes de su forma más conocida, la amnésica; estos casos se presentan como trastornos progresivos del lenguaje, de la función visuo-perceptiva, un síndrome corticobasal, u ocasionalmente, con un trastorno de la conducta, y representarían, entre ellas, casi la mitad de los casos de EA de inicio precoz, es decir, antes de los 65 años. Estas distintas formas clínicas vienen determinadas por la distribución de los cambios neuropatológicos en las fases más iniciales de la enfermedad.

Paralelamente, en la demencia frontotemporal (DFT) se han descrito dos síndromes clínicos; uno con un trastorno progresivo del comportamiento, conocido como la variante conductual de la DFT, y otro con un trastorno progresivo del lenguaje o variante temporal de la DFT. Estas presentaciones clínicas también están relacionadas con la distribución anatómica de la patología inicial. Como tanto la EA como la DFT pueden debutar con un trastorno progresivo del lenguaje, ambas enfermedades deberán figurar en el diagnóstico diferencial de esta alteración cognitiva.

Los trastornos progresivos del lenguaje de causa neurodegenerativa presentan, a su vez, diferentes perfiles de afectación de las habilidades lingüísticas y semánticas que pueden ser diferenciadas desde el punto de vista clínico y de neuroimagen estructural. Por esta razón, los clínicos que evalúen a estos pacientes deberán ser capaces de realizar una exploración competente del lenguaje y de la memoria semántica.



Los trastornos progresivos del lenguaje se conocen como Afasia Progresiva Primaria (APP), la cual denota una dificultad progresiva con el lenguaje como su hallazgo central en fases iniciales de la enfermedad, y a continuación, durante un periodo significativo de tiempo, y que altera la capacidad funcional del paciente en relación a su vida diaria. La patología molecular subyacente a la APP es generalmente en el espectro de la DFT aunque una proporción menor de casos puede atribuirse a la EA.

La APP tiende a debutar entre los 50 y 70 años, y presenta tres formas clínicas reconocidas según el patrón de alteración del lenguaje y la localización anatómica de los cambios patológicos, visible a través de resonancia magnética cerebral: la Afasia Progresiva No-Fluente (APNF), la Demencia Semántica (DS), y la Afasia Progresiva Logopéfica (APL). Estas variantes se caracterizan por una afectación específica y distintiva del lenguaje o la memoria semántica. La mayor parte de casos de APNF y de DS se engloban dentro de la variante temporal de la DFT. Algunos casos de APNF y la casi totalidad de casos de APL presentan cambios neuropatológicos típicos de la EA, y por lo tanto se consideran como formas de inicio atípico de esta enfermedad.

Una número significativo de pacientes con APP, especialmente en su variante no-fluente o APNF, desarrollan problemas motores progresivos, que generalmente adoptan la forma de síndromes neurológicos específicos de naturaleza degenerativa tales como la degeneración corticobasal (DCB), la parálisis supranuclear progresiva (PSP) (ambas son taupoatías), o la enfermedad de neurona motora (ENM).



MERCEDES MONTORO-LORITE (1) | MONTSERRAT CANALIAS-REVERTER (2)

Unidad de Oncología Médica, Instituto Clínico de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas,
Hospital Clínic de Barcelona (1), Departamento de Enfermería del Instituto de Medicina y
Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona (2)

La demencia es una enfermedad progresiva caracterizada por un grave déficit cognitivo acompañado de pérdida de habilidades de comunicación y de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

Las personas que sufren demencia en fase avanzada no pueden verbalizar, ni interpretar, ni recordar la experiencia del dolor pero si pueden expresarlo a través de diferentes conductas. Estos pacientes pueden manifestar dolor o malestar a través de diversos comportamientos, incluyendo movimientos físicos inquietos y vocalizaciones de dificultades como gimiendo y gritando. Estas conductas de dolor pueden ser difíciles de interpretar. Por ello en 2002 la Sociedad Americana de Geriátría, organizó un marco integral de directrices de indicadores de comportamiento del dolor persistente en ancianos con demencia avanzada.

Basándose en estos indicadores, existen múltiples escalas observacionales para personas que sufren demencia en fase avanzada, siendo la observación de conductas de dolor sustitutos del informe verbal autónomo.

La elección de la herramienta observacional más adecuada debe considerar el contexto clínico o tipo de dolor a evaluar. Para ámbito hospitalario o dolor agudo, las escalas observacionales deben ser rápidas de cumplimentar y de fácil manejo ya que deben utilizarse de forma más frecuente al tratarse de un proceso agudo.



Mientras que para ámbitos residenciales o dolor crónico, las escalas observacionales deben ser más extensas y multidimensionales, que evalúen una lista más completa de comportamientos menos comunes relacionados con dolor y cambios en las actividades, la interacción y el estado mental.

En la actualidad disponemos de 28 herramientas observacionales en la literatura científica. Las escalas que destacan por sus mejores propiedades psicométricas son la PACSLAC para ámbito residencial y la PAINAD para ámbito hospitalario.

Expertos en dolor sugieren que cualquier herramienta observacional debe utilizarse como parte de un protocolo de manejo integral del dolor, que incluya la interpretación de la puntuación y la verificación con tratamientos apropiados sugeridos. Estos protocolos se basan en el marco conceptual «la jerarquía de evaluación del dolor de McCaffery y Pasero».

Los protocolos estandarizados en gestión integral del dolor proporcionan una herramienta destinada a mejorar el manejo del dolor y facilitar la toma de decisiones a través de algoritmos. Estos protocolos normalizados implementados en las rutinas diarias de la atención a las personas que sufren demencia avanzada han demostrado la reducción de las puntuaciones del dolor en este colectivo y el aumento en el uso de intervenciones no farmacológicas para su alivio. Estos protocolos estandarizados incluyen un proceso cíclico formado por cuatro fases: evaluación, planificación/actuación, revaloración y registro.

Las enfermeras, para poder implementar los protocolos de gestión del dolor precisan de formación y capacitación en el uso de las herramientas observacionales y de algoritmos de actuaciones, debido a los avances continuos y desarrollo de nuevas herramientas y estrategias.



ALICIA MONREAL BARTOLOMÉ | GERARDO PRIETO ADÁNEZ

Departamento de Psicología de la Universidad de Salamanca

El cuidado informal en las demencias es una de las situaciones que más estrés genera en el cuidador, dando lugar en un 40-75% de los casos a algún tipo de diagnóstico psiquiátrico, y en un 15-32% de casos al diagnóstico de depresión mayor (Alzheimer Disease International, 2009).

Actualmente está ampliamente aceptado el concepto de sobrecarga (burden) como elemento clave en la medición de las consecuencias negativas del cuidado (Martín-Carrasco, Domínguez-Panchón, Muñoz-Hermoso, González-Fraile, y Ballesteros-Rodríguez, 2013). La sobrecarga del cuidador incluye fatiga crónica, sensación de frustración, culpa, síntomas depresivos, estrés excesivo, y pérdida de control sobre la situación de cuidado (Gwyther, 1998; Leinonen, Korpi-sammal, Pulkkinen, y Pukuri, 2001).

En el presente estudio se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión en castellano del Screen for Caregiver Burden (SCB) (Guerra-Silla et al., 2011) por medio de modelos de tipo Rasch. Mediante estos modelos psicométricos se pudo obtener medidas de intervalo de la severidad de los ítems y del nivel de las personas en una misma escala indicadora de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes. Además, se comparó su eficacia discriminativa con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBS), instrumento de evaluación de la carga más extendido.

El SCB es un test de detección del cuidador quemado diseñado para evaluar a cuidadores de personas mayores con deterioro. Es un cuestionario auto-aplicado o heteroaplicado, con una duración de entre 15 y 20 minutos.



Consta de 25 ítems, que evalúan la carga objetiva (mediante respuesta dicotómica: ocurre/ no ocurre) y la carga subjetiva (mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos indicativa del grado de angustia experimentada por el cuidador: ninguna/mucha). Es bidimensional, valorando varios aspectos de la conducta del enfermo y la reacción emocional del cuidador (carga objetiva y subjetiva). Por otro lado, se empleó la adaptación española del ZCBS (Martín et al., 1996). Se trata de un cuestionario auto o heteroaplicado de entre 20 y 25 minutos de duración, consta de 22 ítems cuyas opciones de respuesta siguen una escala tipo Likert de 5 puntos. Evalúa únicamente la carga subjetiva asociada al deterioro funcional y conductual de forma unidimensional.

La prueba se aplicó a 102 participantes, 77 de los cuales eran cuidadores principales de sujetos con demencia. Los resultados indicaron que el funcionamiento de las cinco categorías de respuesta no era óptimo. Nuestro re-análisis de los datos mostró que un sistema de tres categorías de respuesta es más apropiado y permite obtener medidas con adecuadas propiedades psicométricas. Esto mismo se observó en la escala ZCBS, la cual, tras su re-análisis mostró medidas con adecuadas propiedades psicométricas con cuatro categorías de respuesta. Finalmente, en comparación con el ZCBS, los ítems del SCB permiten identificar un conjunto más amplio de síntomas de sobrecarga.

En conclusión, la versión en castellano del SCB parece ser una herramienta adecuada para la detección de la carga, aunque cabe indicar la necesidad de más investigaciones para seguir profundizando en sus características psicométricas. En el futuro convendría contar con una muestra más amplia para corroborar los resultados obtenidos y la influencia en las puntuaciones en sobrecarga de otras variables relevantes tales como las características de los cuidadores, el tipo de patología de los pacientes y la resiliencia.



CRISTIAN VILLANUEVA

Psicólogo en la Universidad Surcolombiana

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es una condición clínica entre el envejecimiento normal y un probable proceso demencial como la Enfermedad de Alzheimer (EA), que se manifiesta por pérdida de memoria mayor a la esperada para la edad, sin cumplir con los criterios diagnósticos establecidos para la EA.

El DCL se asocia con un riesgo mayor de desarrollar demencia, además, los déficits neuropsicológicos son más comunes e importantes clínicamente en procesos de intervención y rehabilitación. Es así, que el incremento en la expectativa de vida representa uno de los aspectos más relevantes de la sociedad actual, esto como resultado de una serie de factores como el control de enfermedades, mejores condiciones nutricionales, higiene, control de la natalidad y disminución de la mortalidad.

Se espera que para el 2050 la esperanza de vida en Colombia sea superior a 79 años y con más del 20% de la población por encima de los 60 años. Estas cifras sugieren que al envejecer la población, las enfermedades propias de esta edad, como las demencias, también se incrementarán.

El objetivo fundamental de esta investigación fue describir el perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores con DCL pertenecientes a la Clínica de la Memoria de la ciudad de Neiva, Colombia. Para ello, la muestra fue conformada por 69 adultos mayores con una edad promedio de 71.79 años ($DE=7.88$) y 2.76 años de escolaridad ($DE=1.04$).



El 78% corresponde al género femenino y el 22% restante al masculino; por otro lado, el 74% de la muestra presenta antecedentes médicos de riesgo (54% Hipertensión arterial, 11% Diabetes, 7% Cardiopatías y 1% Enfermedad Cerebrovascular) y antecedentes médico-familiares (18% Demencias, 7% Enfermedad de Parkinson, 3% Antecedentes Psiquiátricos y 2% Otras enfermedades neurodegenerativas). Se utilizaron instrumentos de tamizaje (Minimental State Examination, Escalas de memoria, depresión y actividades de la vida diaria) y de evaluación neuropsicológica (Memoria Verbal de Grober and Buschke y el Cerad Cognitivo).

Resultados

De acuerdo a la clasificación con respecto a los subtipos de DCL, se encuentra en la muestra evaluada un predominio del DCL tipo amnésico múltiples dominios; ya que el 49% de los valorados pertenece a este subtipo, así mismo, el 35% de los evaluados presentan DCL tipo no amnésico múltiples dominios y en menor medida (8%) cumplen los criterios para DCL tipo amnésico único dominio y no amnésico único dominio.

La conclusión que arroja el estudio es que al comparar los resultados de otras investigaciones y teniendo en cuenta que en el presente estudio no se estima prevalencia, es necesario reconocer la similitud en los resultados arrojados y la utilidad que presenta el estudio de caso para realizar diagnósticos más acertados.



MARYLUZ CAMARGO-MENDOZA | NICOLÁS CASTILLO-TRIANA
JUAN MIGUEL FANDIÑO-CARDONA | ANGÉLICA MATEUS-MORENO
MARIANA MORENO-MARTÍNEZ

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

El estudio describe las dificultades del habla, el lenguaje y la deglución que presentan las personas con enfermedad de Huntington a lo largo de las tres etapas por las que cursa la enfermedad y que han sido descritas por la literatura. Estas dificultades han sido asociadas a la presencia de movimientos coreicos y a la hipotonía que estos generan, los cuales pueden interferir en los sistemas que contribuyen a la producción oral y a la deglución.

El abordaje del documento se hace a través de tres apartados: uno dedicado a la descripción de los problemas que se presentan y que incluyen dificultades en la respiración, la voz, la articulación, la resonancia, la fluidez, la prosodia, la comprensión y expresión del lenguaje, las funciones ejecutivas superiores y el paso seguro de los alimentos, este último descrito como aquel que más afecta la vida de las personas, debido a que un gran porcentaje muere a causa de neumonía por aspiración o por altos grados de desnutrición.

Otro apartado menciona los procesos de evaluación fonoaudiológica, tanto en el habla como en el lenguaje, y la deglución a través de pruebas subjetivas y objetivas entre las que se incluye: un examen físico, realización de pruebas de habilidades oromotoras, observación comportamental de la deglución, auscultación cervical antes, durante y después de la deglución de alimentos de diferentes consistencias, texturas y volúmenes, valoración perceptual de la voz por medio de vocalizaciones sostenidas, habla espontánea, tareas de repetición y de lectura, pruebas de inteligibilidad del habla, de la funcionalidad de la comunicación, de la participación y de la interacción.



Así como del desempeño de la persona en tareas con lenguaje elaborado como lo son las metáforas, las oraciones lógico-gramaticales y con significados inferenciales.

Un último apartado presenta, a partir de los resultados de una revisión de literatura científica, el tratamiento fonoaudiológico que busca, en principio, mejorar la calidad de vida y el bienestar comunicativo de la persona con EH y su familia.



MARGARITA BECERRA PINO

Psiquiatra y Psicogeriatra

Aún no existe un tratamiento farmacológico curativo para las demencias, sólo hay fármacos disponibles para mejorar algunos síntomas. En el tratamiento del enfermo que padece demencia, el manejo no farmacológico es prioritario e incluso se sugiere implementarlo antes que el farmacológico o bien, en paralelo.

Todo médico que prescribe medicamentos a una persona adulta mayor, aparte de conocer las características farmacológicas del producto que administra, debe tener presente las modificaciones biológicas (absorción, metabolismo y eliminación) producidas por la edad y el proceso demencial; así como las implicaciones de la comorbilidad y la polifarmacia.

A pesar de los impresionantes avances en neurociencias, el tratamiento de enfermos que sufren demencias neurodegenerativas tales como alzhéimer, sigue siendo un desafío aún no resuelto, empezando por el desconocimiento sobre la (s) causa(s) y la similitud de eventos fisiopatológicos que ocurren entre ellas con el proceso de envejecimiento cerebral. Hasta ahora sólo contamos con la modesta eficacia de fármacos cuyo desarrollo se inició hace 30 años con el advenimiento de la tacrina (primer inhibidor de la acetilcolinesterasa).

Esto marcó una era de optimismo y desde entonces no se han reportado avances significativos. En la actualidad el tratamiento farmacológico está más orientado a modificar síntomas blancos, cuya presencia dificultan el manejo del paciente en casa, aceleran su institucionalización y afectan la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.



En este artículo se describen los fármacos más utilizados y documentados para los síntomas cognoscitivos y neuropsiquiátricos del enfermo en cuestión. Los Inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) son fármacos aprobados por la Food Drug Administration para los síntomas cognoscitivos, que si bien no revierten o impiden el avance del proceso demencial, sí han demostrado lentificar la progresión de la demencia tipo Alzheimer.

El consenso canadiense del 2012 recomienda usar los IACE para la demencia mixta: enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular (grado de evidencia 1B); para la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (grado de evidencia 1A). Para la demencia vascular el uso de los IACE tiene una evidencia inconsistente (grado 2B). Los tres IACE (donepecilo, rivastigmina y galantamina) han demostrado eficacia en la enfermedad de Alzheimer desde la fase leve hasta la severa (grado de evidencia 1A). Existen investigaciones que no apoyan su indicación en demencias fronto-temporales porque parece empeorar los síntomas conductuales.

Sobra decir que los síntomas neuropsiquiátricos como: apatía, agresión, vagabundeo, ideas delirantes entre otros, dificultan el cuidado del paciente y repercuten en los cuidadores generando agobio y desgaste. Hay medicamentos que pueden salvar algunas situaciones difíciles tanto para el paciente como para su familia. Ante la indicación de psicofármacos, es necesario conocer sus efectos secundarios potenciales. Antes de usarlos hay que preguntarse: ¿qué malestares queremos tratar?, ¿hay opciones no farmacológicas?, ¿cuál fármaco es la mejor opción?, ¿por cuánto tiempo? entre otras preguntas. La toma de decisiones debe sustentarse en un abordaje integral basado en el enfermo y en un cuidadoso balance riesgo /beneficio.



