



---

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
E.U.ENFERMERIA CASA DE SALUD VALDECILLA  
Departamento de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

***Deterioro Cognitivo Leve y depresión; el  
escalón previo a la Enfermedad de Alzheimer***

***(Light Cognitive Impairment and depression; the  
previous step to Alzheimer Disease)***

Alumna: Jara Gómez, Gloria  
Directora: Sarabia Cobo, Carmen M

Santander. Junio 2013

---

# Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Abstract</b>	<b>1</b>
<b>1. Justificación</b>	<b>2</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>3. Deterioro Cognitivo Leve</b>	<b>6</b>
3.1.1. Predictores psicológicos del deterioro cognitivo	7
3.1.2. Predictores sociodemográficos del deterioro cognitivo	8
<b>3.2. Del Deterioro Cognitivo Leve al Alzheimer</b>	<b>9</b>
<b>4. Depresión</b>	<b>13</b>
<b>5. Pruebas de screening. Diagnóstico diferencial entre DCL y depresión</b>	<b>15</b>
<b>5.1. Detección precoz del DCL</b>	<b>15</b>
5.1.1. Clasificación de los test de cribado del DCL	16
<b>5.2. Detección precoz de la depresión</b>	<b>18</b>
5.2.1. Clasificación de los test de cribado de la depresión	19
<b>6. Síntomas psicológicos y conductuales en el DCL</b>	<b>20</b>
<b>7. Cómo tratar a personas con SPCD. Afrontamiento enfermero.</b>	<b>23</b>
<b>8. Reflexiones</b>	<b>26</b>
<b>9. Bibliografía</b>	<b>27</b>
<b>Anexo 1: Glosario de términos relacionados</b>	<b>29</b>

## Resumen

---

El envejecimiento de la población ha ido aumentando en los últimos años y en este momento de la historia, los países desarrollados han alcanzado las cifras más altas de población con edad avanzada, lo que dará lugar a importantes repercusiones a nivel social y económico.

En el campo sanitario este dato es trascendente, pues la ancianidad es un factor de riesgo para el desarrollo de un gran número de enfermedades, destacando principalmente las de tipo crónico e incapacitante, lo que conduce directamente a una especial atención por parte de los servicios sanitarios y sociales.

En la actualidad la Depresión y el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), son dos de los problemas sanitarios que más aparecen en la población anciana. Pero en ocasiones es complicado averiguar si los síntomas cognitivos son debidos al inicio de una demencia, a una enfermedad depresiva o simplemente a un proceso de envejecimiento normal.

El objetivo de este trabajo es realizar una breve monografía sobre la detección precoz de ambas patologías así como su diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta el elevado riesgo que poseen de evolucionar a la Enfermedad de Alzheimer (EA). Todo ello dentro de revisión sobre el abordaje de enfermería en pacientes con demencia.

Palabras clave: Enfermería Geriátrica; depresión; Deterioro Cognitivo Leve; Enfermedad de Alzheimer; diagnóstico diferencial; atención de enfermería.

## Abstract

---

Aging of population has been growing recent years and, in this moment of history, developed countries reached the highest numbers of elderly people, which will led to big social and economic effects.

On the sanitary field, this data is transcendent because of old age is a risk factor for the development of a great number of illnesses, mainly emphasizing the chronic and disabling ones, which leads directly to an special attention of the sanitary and social services.

Nowadays, depression and light cognitive impairment (LCI) are two of the problems that appear the most on elderly people, but sometimes it's difficult to find if cognitive symptoms are due to the start of a dementia, a depressive illness or simply a normal aging process.

The target of this monograph is review the subject regarding the early detection of both pathologies as well as their differential diagnosis, taking into account their high risk of evolving to Alzheimer Disease (AD). All within the nursing approach of dementia for right and early attendance.

Key words: Geriatric nursing; depression; Light Cognitive Impairment; Alzheimer Disease; differential diagnosis; nursing care.

# 1. Justificación

---

El crecimiento de la población con edad avanzada en nuestra sociedad ha producido el aumento de muchas enfermedades, entre ellas el Alzheimer, que es uno de los trastornos degenerativos más importantes en la población mayor de 65 años. Se estima que la prevalencia en España está en el 4-11% en esa población (1).

Este hecho de por sí ya hace que la enfermedad adquiera especial interés para ser conocida e investigada. Pero si añadimos también el hecho de haber convivido con un familiar enfermo de Alzheimer, hace aún más concienciarse de lo que supone y lo qué es realmente esta patología, de inicio a fin.

En la actualidad nuestro sistema sanitario promueve entre otras cosas, la prevención de enfermedades a través del diagnóstico precoz. Y en segunda instancia, en caso de esto no ser posible, lo que intenta es reducir en la medida de lo posible la sintomatología y retrasar su evolución a estadios más graves y complejos.

Por ello, centrarse en el inicio de la EA tal vez pueda ser más provechoso, pues un adecuado manejo y tratamiento precoz puede conllevar no a una curación, pero sí a un retraso de su evolución. Lo que supondría un aumento en la calidad de vida tanto para el propio enfermo, como para los familiares que con él convivan.

Lo expuesto hasta aquí es la base de la pregunta raíz que nos planteamos: ¿cómo podemos distinguir los inicios de una demencia de otras patologías asociadas o independientes desde el punto de vista del cuidado enfermero?

El objetivo principal de este trabajo es identificar aquellas enfermedades que podrían evolucionar a una futura EA, como ocurre en el caso del DCL y la depresión, ya que un diagnóstico precoz y adecuado de ambas podría evitar o retrasar el desarrollo de la misma. A su vez, esta tarea se centrará en el uso de herramientas aplicables desde el abordaje enfermero.

El DCL y la depresión comparten mucha sintomatología y en numerosas ocasiones estos signos y síntomas son pasados por alto y achacados como normales al propio proceso del envejecimiento, por ello la enfermera ha de saber discernir entre el envejecimiento patológico y el envejecimiento fisiológico. Y dentro del proceso de demencia ser capaz de discriminar precozmente las diferencias significativas entre distintas patologías para poder realizar detección y derivación en tiempo.

Como objetivos específicos se pretende:

- Revisar qué test y pruebas psicométricas existen actualmente para diagnosticar y diferenciar el DCL y la depresión.
- Desarrollar el papel de la enfermera en el abordaje y manejo de las alteraciones conductuales y psicológicas del paciente con deterioro cognitivo.

Para ello se ha revisado la bibliografía de los últimos cinco años, filtrando aquella información con mayor evidencia científica. Las principales bases de datos utilizadas fueron PubMed, IBECs, MEDES y Google Académico. Así como la revisión manual de revistas españolas. Las principales palabras clave utilizadas fueron: Deterioro Cognitivo leve, depresión, detección precoz, síntomas psicológicos y conductuales, Enfermedad de Alzheimer. Una vez revisada la información obtenida, se seleccionó aquella que mejor se adecuaba al contenido de este trabajo.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos:

El capítulo I habla sobre el DCL y se expone su probable evolución a la EA.

En el capítulo II se habla sobre la depresión y su influencia sobre el posible desarrollo de EA.

En el capítulo III se hace referencia a la importancia de realizar un diagnóstico diferencial entre DCL y depresión, y se exponen los test más adecuados para realizar esta tarea.

El capítulo IV habla sobre los síntomas iniciales conductuales y psicológicos que aparecen en el enfermo de DCL.

Finalmente en el capítulo V aparece la importancia de un buen afrontamiento enfermero en las personas con la sintomatología anteriormente mencionada.

## **2. Introducción**

---

La estructura por edades de la población española ha sufrido un cambio considerable en los últimos 30 años, de la misma manera que ha ocurrido en muchos otros países europeos. Este hecho viene dado por un aumento de la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad muy por debajo del umbral necesario para alcanzar la tasa de remplazo.

Recientemente, el Instituto Nacional de Estadística ha actualizado sus proyecciones de población a largo plazo para España. Los resultados ponen de manifiesto este proceso: la población mayor de 65 años se espera que se duplique, pasando de 7,6 millones en 2009 a 15,3 millones en 2049 (Figura 1). Y a mayor edad, más fuerte será la subida: la población mayor de 80 años estará próxima a triplicarse, la población mayor de 90 se cuadruplicará y la población centenaria será diez veces mayor (2).

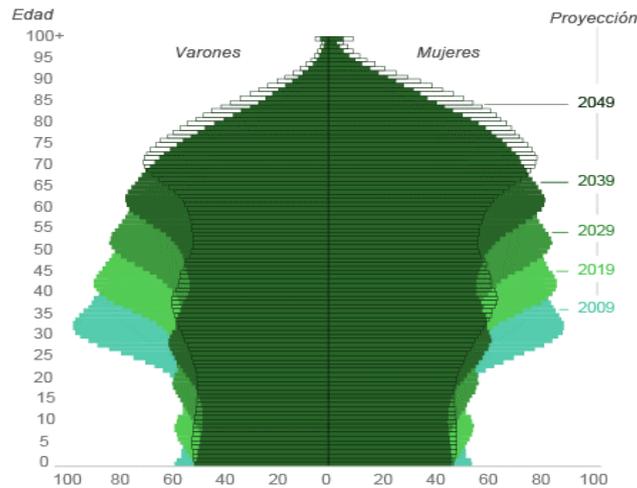


Figura 1. Pirámide de población de España. (Fuente: Modificación del periódico *El Mundo*. Proyección de población a largo plazo. Varones + Mujeres = 10000. 2010)

La EA es considerada uno de los tipos de demencia que más frecuentemente se diagnostican en los organismos de salud alrededor del mundo, en la actualidad se calcula que el nivel de incidencia de este mal en adultos mayores es considerable, pues el 5% de las personas entre 65 y 80 años puede verse afectada, así como un 15% de los mayores de 80 años. Se considera que existen actualmente unos 25 millones de personas que la padecen en el mundo, y probablemente en los próximos 20 años se registrarán 70 millones de nuevos casos (3).

En nuestro medio, la incidencia de la EA aumenta exponencialmente a partir de los 65 años (1,5 casos/1.000 personas-año), llegando a 69,2 casos/1.000 personas-año en las personas con edades superiores a los 90 años. La incidencia en mujeres es algo superior a la de los hombres (4). Todos estos datos han hecho que la EA configure en la actualidad un problema de salud pública para la sociedad española.

Por otro lado, tanto el DCL como la depresión, son enfermedades también frecuentes en las poblaciones ancianas y altamente relacionadas con la evolución a EA. La depresión es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, que afecta alrededor del 14% de los mayores de 65 años (5).

La prevalencia del DCL se sitúa en torno al 19% en las personas mayores de 75 años (6).

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de EA, depresión y DCL? A continuación definiremos en términos generales cada patología:

- **Enfermedad de Alzheimer (EA):** Es una enfermedad de evolución lenta y se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria, la orientación, el juicio y el lenguaje. En promedio, su duración es de 8 a 12 años, con un periodo de sintomatología sutil (7).

- **Depresión:** Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
- **Deterioro Cognitivo Leve (DCL):** Actualmente se cree que la transición desde un estado cognitivo esperable para la edad a la demencia, principalmente por enfermedad de Alzheimer, pasa a través de un estado transicional denominado deterioro cognitivo leve (DCL). Este último se caracteriza por un compromiso cognitivo, que generalmente involucra la memoria, pero que no tiene la gravedad suficiente para satisfacer los criterios necesarios para el diagnóstico de demencia (8).

Las etapas tardías del Alzheimer son relativamente más fáciles de detectar que las etapas tempranas, ya que la evidencia de signos y síntomas son más claros. Sin embargo en las etapas iniciales la dificultad aumenta por la sutileza de la sintomatología, pudiendo confundirse con otras enfermedades como son el DCL y la depresión. Este motivo ha hecho que en los últimos años haya habido un aumento en el interés por estudiar la detección temprana de ambas enfermedades, pues existen evidencias científicas de que DCL y depresión podrían favorecer el desarrollo de una futura EA. Finalmente una detección precoz supondría beneficio tanto para el paciente a nivel clínico, como para la comunidad a nivel socioeconómico.

Esta detección precoz suele realizarse a través de test cognitivos. En muchos casos suele ser la enfermera de Atención Primaria o el médico de Familia quienes detectan a través de cribajes sistémicos o de manera fortuita en la consulta a estos pacientes. Es de interés conocer cuáles son los test más recomendados para realizar una detección correcta del DCL y de la depresión basándonos en las investigaciones más recientes, así como la importancia de conocer su correcta aplicación e interpretación. No obstante, no hemos de olvidar que no constituyen un diagnóstico en sí mismos, sino que son pruebas que sirven para orientar el diagnóstico del profesional sanitario.

En numerosas ocasiones tanto el DCL como la EA también pueden aparecer asociados a una serie de signos y síntomas a nivel emocional y conductual llamados conductas disruptivas, que suelen ser similares para ambas patologías, lo que complica su correcta identificación. No obstante el manejo suele ser similar. Tanto enfermera como familiares han de conocerlos y detectarlos para poder manejarlos adecuadamente. Entre esta sintomatología se encuentran alteraciones que serán descritas más adelante. Estos cuadros favorecen el DCL así como su progresión a EA. Por otro lado también provocan gran desgaste físico y mental en el cuidador habitual y consecuentemente en la mayoría de los casos una institucionalización precoz.

### 3. Deterioro Cognitivo Leve

A lo largo de los años se han utilizado diversas definiciones para describir las fases intermedias entre envejecimiento fisiológico y patológico: en 1962 "Olvidos benigno y malignos de la vejez". En 1986 "Deterioro de la Memoria Asociado al Envejecimiento (DMAE). Años más tarde, en 1989, se propone la división del DMAE en dos categorías: el "Deterioro de la Memoria Consistente con la Edad" (DMCE) y el "Olvido de la Vejez" (OV). En 1994 se creó el concepto de "Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento" (DCAE). Reisberg et al., emplea el término "Declinar Cognitivo Ligero". Hasta finales de los 90 el DCL no comienza a ser aceptado y utilizado, siendo hace 9 años acogido por la Academia Americana de Neurología.

Existen numerosas clasificaciones del DCL con el objetivo de facilitar el diagnóstico. Una de las clasificaciones que mayor aceptación posee en la actualidad es la propuesta por Petersen et al., (2004), que distingue cuatro tipos de DCL (Figura 2):

1. DCL amnésico, con afectación solamente de la memoria.
2. DCL amnésico multidominio, afecta a otras funciones además de la memoria, como por ejemplo lenguaje, funciones ejecutivas, función práxica, función gnósica, etc.
3. DCL no amnésico, afectación exclusiva de una función que no es la memoria.
4. DCL no amnésico multidominio, con alteración de varias funciones no incluyendo la memoria.



Figura 2. Subtipos de deterioro cognitivo leve (Fuente: *Modificación de Sociedad Peruana de Neurología. 2011*)

Petersen determina que el DCL amnésico de dominio único es el más frecuente. Existiendo actualmente una unanimidad en que este tipo de DCL es un precursor de la EA. Por este motivo, a lo largo del trabajo cuando hablemos de DCL nos referiremos en todo momento al de tipo amnésico de dominio único.

En la actualidad el DCL conforma un diagnóstico y se define como la transición entre un estado esperable para la edad y la aparición de demencia. Incluye quejas subjetivas de memoria por parte del enfermo, y cuenta con las correspondientes dificultades a la hora de realizar pruebas psicométricas, sin embargo se encuentran conservados el funcionamiento cognitivo general y el funcionamiento de las actividades de la vida diaria; la esencia del DCL es la alteración de memoria sin que existan criterios para el diagnóstico de demencia (Figura 3).



Figura 3. Evolución del deterioro la memoria (Fuente: Modificación de Dr. Daniel Raúl Zuin. DCL: introducción a las implicancias clínicas, terapéuticas y legales. 2009)

El tipo de memoria que se ve afectada en el DCL es la memoria anterógrada, es decir, la encargada de almacenar la información reciente. Por lo que la persona será incapaz de memorizar aquellos sucesos que se den en su día a día (olvida lo que hizo unos días antes, recados o citas, dónde guardó las cosas, etc.). Sin embargo recordará su propia biografía, conocimientos académicos y todos los conocimientos generales sobre el mundo que le rodea.

El aumento de ancianos con DCL hace que el estudio de sus predictores sea fundamental ya que como se comenta anteriormente, este grupo de personas posee un elevado riesgo de evolucionar a EA, además de las consecuencias que la enfermedad supondría a nivel socioeconómico, familiar, individual y hospitalario. Varios autores han analizado cuales son estos factores predictores. Para facilitar su estudio se clasificarán en psicológicos y sociodemográficos.

### 3.1.1. Predictores psicológicos del deterioro cognitivo

---

En general, son varios los estudios los que afirman que fallos en la memoria conformarían un indicador predictivo de deterioro cognitivo, incluso años antes de que el deterioro de la memoria se manifieste de manera severa y preocupante para el anciano y las personas que le rodean.

Existen evidencias de que la capacidad lingüística disminuida podría predecir un deterioro cognitivo en el futuro. Ancianos con una capacidad de lectura menor frente a

aquellos que poseen un mayor dominio, presentan un deterioro cognitivo mucho más rápido. De manera que una elevada capacidad de lectura no elimina el riesgo pero sí puede disminuirlo.

Otros estudios hablan del nivel intelectual durante la infancia. Se muestra que aquellas personas con un nivel intelectual alto, tienen menor probabilidad de padecer deterioro cognitivo, que aquellos que poseen un nivel bajo. De manera que el nivel intelectual alto podría ser un factor protector frente al deterioro cognitivo en la vejez.

Por último el potencial de aprendizaje (plasticidad cognitiva) sería clave para tener en cuenta la predicción del deterioro cognitivo en los mayores. Esto hace referencia a la capacidad de la persona a la hora de llevar a cabo actividades cognitivas e intelectuales en condiciones óptimas, y generalmente tras un tiempo de entrenamiento de la habilidad a evaluar.

### **3.1.2. Predictores sociodemográficos del deterioro cognitivo**

---

La mayoría de los estudios coinciden en que a medida que la edad aumenta, aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y disminuye la capacidad de autonomía en los ancianos. Se observa que un elevado porcentaje de personas de entre 60 y 69 años se encuentran bien cognitivamente; aparece un deterioro moderado entre el grupo de edades de 80 y 89 y finalmente un deterioro cognitivo severo que aquellos de más de 90 años. Respecto al nivel de autonomía, las personas con menor edad presentan un mayor nivel de independencia.

El nivel socioeconómico podría ser otro factor predictor en el desarrollo del deterioro cognitivo. Y es que se ha observado que un estatus socioeconómico bajo podría estar relacionado con un mayor riesgo de desarrollar demencia.

Otras investigaciones hablan de que un nivel educativo bajo y una ocupación laboral poco cualificada, podría conformar un mayor riesgo en el desarrollo de la demencia.

La participación en actividades sociales y de ocio está también relacionada. Y es que varias investigaciones afirman que existe una relación positiva entre la participación social y el desarrollo de tareas intelectuales, con el suceder del deterioro cognitivo. Así las personas con un estilo de vida enriquecedor y dinámico podrían mantener la inteligencia verbal en mejor estado y más fluida en los últimos años de la vida.

Por último el ejercicio físico y la realización de actividades en las personas ancianas juegan también un papel importante. Muchos investigadores comentan que la realización de estas actividades pueden aunque no reducir, sí al menos enlentecer la evolución del deterioro cognitivo. A su vez otros estudios afirman que la actividad física de manera regular disminuye de manera significativa el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo en el futuro.

## 3.2. Del Deterioro Cognitivo Leve al Alzheimer

---

Aunque no todos los sujetos con DCL evolucionarán a una EA, sí es sabido que el riesgo anual de progresión de los pacientes con DCL es mayor que el de la población general: 10-12% frente a 1-2%, respectivamente. Por eso, es fundamental realizar un diagnóstico precoz de los pacientes con DCL, diferenciándolos claramente de los ancianos que sufren un envejecimiento normal (9).

Sabemos lo que es el DCL, pero ¿qué es la EA?

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, descrita inicialmente por el neurólogo alemán Alois Alzheimer en 1906 (7). Es un tipo de demencia que progresa lentamente, su esperanza de vida es de 8 a 10 años. La evolución de la enfermedad es variable en cada persona, los síntomas iniciales son sutiles y a medida que transcurre el tiempo se van haciendo cada vez más frecuentes y graves; aumenta el grado de desorientación y confusión, el síndrome del anochecer, que se caracteriza por la empeora de los síntomas, incrementa la dificultad a la hora de realizar funciones, la predisposición a desorientarse, y la dificultad a la hora de llevar a cabo movimientos voluntarios: vestirse, atarse los cordones, etc., además aparecen dificultades en la marcha, pérdida del equilibrio y también puede surgir la deambulación o vagabundeo.

A medida que sigue progresando la enfermedad, suele aparecer dificultad en la deglución de los alimentos y es frecuente que se atraganten. En cuanto al lenguaje, las alteraciones aparecen de forma paulatina e imprecisa, en primer lugar se altera la expresión y a medida que transcurren el tiempo los pacientes van desarrollando cada vez más dificultad en la expresión y comprensión, llegando en último lugar a perder la capacidad de leer y escribir.

En fases avanzadas puede aparecer ecolalia (repiten lo que acaban de escuchar), palilalia (repiten una palabra o una frase) y mutismo. Pueden también aparecer agnosias e incapacidad del reconocimiento facial (prosopagnosia).

Finalmente en el máximo desarrollo de la enfermedad pueden aparecer crisis convulsivas, incontinencia de esfínteres, postración en cama e incapacidad para expresarse y moverse a voluntad.

A nivel orgánico, en los pacientes con EA aparecen una serie de daños típicos a nivel cerebral, a grandes rasgos se puede decir que existe pérdida neuronal y alteraciones en determinadas estructuras cerebrales (Figura 4).



Figura 4. Evolución del daño cerebral en la EA (Fuente: *Modificación del Centro de Educación y Referencia Sobre la Enfermedad de Alzheimer. 2008*)

Tal y como se ha dicho con anterioridad, el Alzheimer ya instaurado es fácil de diagnosticar por su clara y marcada sintomatología, sin embargo y siguiendo la tendencia de este trabajo, llama la atención que algunos estudios muestran que el inicio del proceso degenerativo a nivel cerebral comienza probablemente 20 o 30 años antes de aparecer sintomatología(10). Este hecho conduce directamente a la importancia de investigar marcadores biológicos, es decir, a investigar aquellos cambios o signos que aparecen en el organismo, en este caso en el cerebro, y que pueden ser medidos a través de la tecnología médica. Esto permitiría realizar un diagnóstico de la enfermedad aún más precoz que el del DCL amnésico (considerado en la actualidad precursor de la EA y por tanto utilizado para la detección precoz de la misma) ya que se podría llevar a cabo un diagnóstico en la fase subclínica, es decir, en ausencia de sintomatología (Figura 5). No obstante en la práctica clínica esto no es habitual, y por lo general el diagnóstico se realiza en fase de DCL y muchas ocasiones ya instaurada la EA por su sintomatología característica.

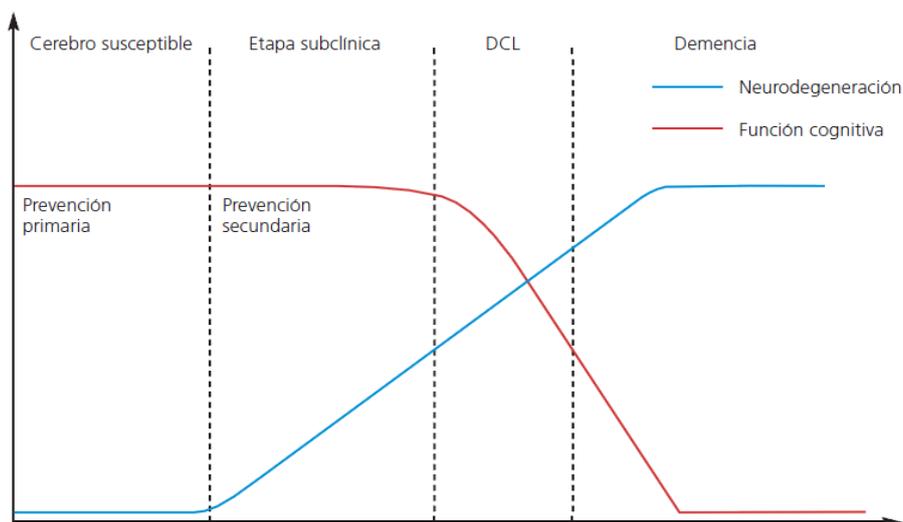


Figura 5. Historia Natural de la Enfermedad. DCL: Deterioro Cognitivo Leve. (Fuente: *Jon Toledo Atucha. Epidemiología descriptiva y analítica de la Enfermedad de Alzheimer. 2011*)

¿Cuándo se puede considerar que una persona ha pasado de tener deterioro cognitivo a presentar Alzheimer?

Reisberg et al., (1982, 1988), han descrito una escala graduada de la demencia de tipo Alzheimer en 7 estadios llamada; Escala Global de Deterioro, (GDS). En esta escala se analiza la transición entre el diagnóstico de DCL hasta el de EA en función del grado de deterioro de la capacidad cognitiva, las fases o estadios son:

- Estadio 1: Déficit cognitivo inexistente. Características clínicas normales.
- Estadio 2: Déficit cognitivo muy leve. Olvidos subjetivos pero con exploración normal.
- Estadio 3: Déficit leve. Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia, déficit sutil de memoria en la exploración.
- Estadio 4: Déficit moderado. Disminución en la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes.
- Estadio 5: Déficit moderadamente grave. Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos.
- Estadio 6: Déficit grave. Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad.
- Estadio 7: Déficit muy grave. Pérdida importante en la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.

Otra manera de diagnóstico, es la propuesta por La Sociedad Psiquiátrica Americana, la cual plantea los siguientes criterios diagnósticos (11):

- I. Evidencia de una alteración de memoria anterógrada y retrógrada.
- II. Al menos uno de los trastornos cognoscitivos siguientes:
  - a) Afasia (trastorno del lenguaje)
  - b) Apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motrices a pesar de funciones motrices y comprensión intactas)
  - c) Agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos a pesar de funciones sensoriales intactas)
  - d) Trastorno en el funcionamiento ejecutivo, tales como: planificar, organizar, ordenar y capacidad de abstracción.
- III. Los trastornos identificados en los puntos I y II interfieren en forma relevante con las actividades profesionales y sociales, y representan una declinación significativa del nivel previo de funcionamiento.
- IV. Evolución caracterizada por comienzo gradual y declinación cognoscitiva continua.
- V. El déficit cognoscitivo identificado en I y II no es debido a:
  - a) Otras condiciones del SNC que producen déficit progresivo en la memoria y en la cognición, por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de

Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensa y tumor cerebral.

- b) Condiciones sistémicas que son causa conocida de demencia, tales como, hipotiroidismo déficit de vitamina B12 o ácido fólico, deficiencia de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA.

VI. Los déficits no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirium.

VII. El trastorno no se toma en consideración en caso de otra enfermedad psiquiátrica, tales como, la depresión mayor o la esquizofrenia.

Para establecer el diagnóstico de demencia, es preciso que el paciente no tenga ninguna alteración del nivel de conciencia, que sus síntomas no aparezcan exclusivamente en el contexto de un cuadro confusional, que indiquen un deterioro importante respecto a su nivel funcional (laboral o social) previo, y que la alteración de la memoria se acompañe, además, de algún otro deterioro en las capacidades intelectuales, como puede ser la aparición de afasias, apraxias, alteración de la capacidad de juicio o de la capacidad de abstracción (11).

Aunque existen otros criterios diagnósticos, los de La Sociedad Psiquiátrica Americana suelen ser los más utilizados. Cualquiera que sea el criterio utilizado, el diagnóstico de demencia requiere la presencia de 3 elementos (11):

- a) Deterioro progresivo en al menos, 2 dominios de la función cognoscitiva, incluyendo la memoria.
- b) El trastorno interfiere de forma relevante con el funcionamiento social y familiar de la persona.
- c) Ausencia de una explicación alternativa para este trastorno, por ejemplo, depresión.

En las fases más avanzadas de EA, la característica más llamativa tal vez sea la propia conciencia del paciente a cerca de su enfermedad. Y es que aquellas personas afectadas de DCL frecuentemente son conscientes de sus olvidos de memoria, mientras que aquellos que presentan EA avanzada permanecen ajenos a su enfermedad.

Esta situación sería la de mayor gravedad dentro de la EA, donde la independencia del paciente sería prácticamente nula, de manera que podría considerarse el momento de mayor carga familiar, o de mayor probabilidad de institucionalización.

Tal y como se dice al inicio de este trabajo, en muchos casos suele ser la enfermera de Atención Primaria o el médico de Familia quienes detectan a través de cribajes sistémicos, o de manera fortuita en la consulta, a estos pacientes. Por este motivo, y antes de llegar a la situación de mayor compromiso cognitivo, es importante una adecuada preparación y actualización del equipo de Atención Primaria.

## 4. Depresión

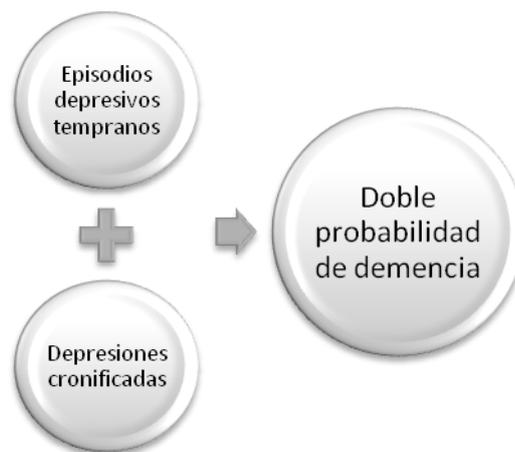
---

Queda clara la relación entre el DCL y el posible desarrollo de EA en el futuro. Pero ¿qué papel juega la depresión?

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es una alteración psicopatológica muy común y se puede presentar a lo largo de todo el ciclo vital. La demencia es más común en las últimas etapas de la vida. La literatura científica sugiere una asociación entre ambas (Figura 6), de tal modo que las personas que padecen episodios depresivos en etapas iniciales de la vida así como depresiones cronicadas, presentan más del doble de probabilidad de presentar demencia en la vejez (12).



*Figura 6. Depresión y Enfermedad de Alzheimer (Fuente: Modificación de Andrés Sardinero Peña. 2012)*

Por otro lado existe también evidencia de que padecer depresión empeora el funcionamiento de la memoria episódica y la flexibilidad mental (12).

Finalmente se puede decir que el funcionamiento cognitivo es afectado por la depresión.

Pueden encontrarse tres situaciones:

1. La afectación cognitiva tiene su origen en una depresión.
2. De la afectación cognitiva deriva la depresión.
3. Solapamiento de ambos; deterioro cognitivo y depresión.

Cuando el origen del deterioro cognitivo es la depresión ocurre lo siguiente: El sistema cognitivo del humano posee una capacidad de funcionamiento limitado, es decir, que podemos realizar de manera simultánea un número limitado de funciones cognitivas.

Lo que ocurre en el paciente depresivo es que en sus procesos intelectuales aparecen de forma constante e intrusiva pensamientos negativos, esto hace que el espacio mental encargado de realizar operaciones o tareas intelectuales, quede en gran parte limitado por estos pensamientos negativos.

Al paciente le cuesta desechar las ideas intrusivas y dedicar toda su atención y energía a la tarea que está realizando. Posee pensamientos de culpabilidad, tiene incertidumbre sobre su futuro. Y en general carece de motivación para involucrarse en cualquier actividad.

De manera inversa, el diagnóstico de DCL puede provocar una depresión secundaria, es decir, como resultado emocional tras la persona ser consciente de los cambios que aparecerán en su vida. El enfermero experimentaría falta de valor, culpa, impotencia, anhedonia, catastrofismo y pérdida de control sobre su vida.

Así mismo, la depresión puede ser de origen primario, es decir, consecuencia de las lesiones cerebrales que irían apareciendo a medida que el deterioro cognitivo avanza. Esto explicaría que aquellos pacientes que presentan DCL sin origen depresivo, a medida que el deterioro de la cognición evoluciona, pudiera aparecer sintomatología depresiva.

En último lugar, el solapamiento y evolución de ambas enfermedades; DCL y depresión, conformarían la situación más complicada tanto de tratar como de diagnosticar.

Es importante destacar que también hay varios estudios en los que se afirma que una visión positiva en la vida y una vitalidad emocional (tener buen autoestima, sentirse valorado, querido, necesario, etc.) predecirían un menor riesgo de deterioro en la cognición, menor probabilidad de aparición de depresión y un buen funcionamiento en las actividades de la vida diaria. A su vez estos pensamientos positivos y esta vitalidad hace que los ancianos se sienten mejor física e intelectualmente, y en general con mejor salud. No obstante a pesar de encontrar esta información prometedora sobre la influencia de las emociones positivas y negativas, en relación con el desarrollo de deterioro cognitivo en las personas ancianas, aún es una línea de investigación reciente y que queda abierta a futuras aportaciones.

## 5. Pruebas de screening. Diagnóstico diferencial entre DCL y depresión

---

### 5.1. Detección precoz del DCL

---

Normalmente se utilizan pruebas o test de cribado para evaluar a los pacientes con sospecha de afectación cognitiva.

Estos métodos sirven para poder objetivar la sospecha de enfermedad, para ello es importante que el profesional conozca su correcta utilización e interpretación. Y tampoco se ha de olvidar que estos test no constituyen un diagnóstico en sí mismos, sino que son instrumentos que sirven para orientar el diagnóstico del profesional sanitario.

Petersen et al., proponen los siguientes criterios diagnósticos para el DCL amnésico (13):

- Alteración subjetiva de la memoria
- Alteración objetiva de la memoria mediante test
- Función cognitiva general sin alterar
- No presentar demencia

Sin embargo, recientemente el grupo de trabajo del Consorcio Europeo para la EA (EADC), ha realizado una revisión crítica sobre el DCL y propone los siguientes criterios (13):

- Quejas cognoscitivas procedentes del paciente y/o su familia.
- El paciente y/o el informador refieren un declive en el funcionamiento cognoscitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.
- Trastornos cognoscitivos evidenciados mediante evaluación clínica (deterioro de la memoria y/u otro dominio cognoscitivo).
- El deterioro cognoscitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
- Ausencia de demencia

Es importante decidir qué pruebas se van a utilizar y no perder la oportunidad de aplicarlas cuando haya sospecha de deterioro cognitivo, pues el diagnóstico siempre va a conllevar a realizar un examen más concreto y profundo de las funciones mentales superiores, y por tanto a aplicar un tratamiento temprano y adecuado al paciente.

Puede que haya situaciones como son por ejemplo en las urgencias, o en las visitas domiciliarias, en las que el profesional se encuentre ante un paciente con sospecha de deterioro cognitivo y no tenga a mano un test de cribado. En estas ocasiones se podría recurrir a la utilización de alguna técnica informal. Por ejemplo si existe sospecha de que el paciente presenta un deterioro de la memoria, podría pedírsele que identificase y denominase algún objeto (un libro, un bolígrafo, un vaso...), esto aportaría

información referente a la capacidad de la persona para reconocer objetos y a la capacidad del lenguaje. Al final de la consulta se le pediría que recordase los objetos anteriormente nombrados, y finalmente si ha tenido fallos, esos mismos objetos se les mostraría entre otros para ver si los recuerda de esta manera.

Este tipo de técnicas informales sólo deberían utilizarse en situaciones puntuales y posteriormente siempre se deberá llevar a cabo una evaluación más adecuada y completa, utilizando las pruebas cognitivas oportunas.

Un test breve de cribado siempre deberá cumplir los siguientes criterios (14):

- a) Ser rápido y fácil de administrar para tener buena aceptación por los profesionales.
- b) Ser bien tolerado y aceptado por los pacientes.
- c) Ser fácil de puntuar.
- d) Ser independiente del lenguaje, cultura o nivel educativo.

### **5.1.1. Clasificación de los test de cribado del DCL**

---

La clasificación de los siguientes test se realizará en función de a la persona a la que vayan dirigidos.

1. Test cognitivos dirigidos al paciente
2. Test cognitivos dirigidos al informador

A continuación se expondrán los test más adecuados para la detección temprana de deterioro cognitivo.

1. Test cognitivos dirigidos al paciente

#### **Mini-examen Cognoscitivo (MEC):**

El instrumento del que deriva es el Minimental State Examination (MMSE) creado por Folstein et al., y publicado en 1975.

El MEC es un test breve obtenido a partir de la adaptación al español del MMSE, llevado a cabo por Lobo et al y elaborado en 1979, con revisiones posteriores (1999 y 2002).

En España se han difundido varias versiones, sin embargo la última es la publicada por Lobo y su equipo, puntuada sobre 30 puntos y adaptándose de esta manera al estándar internacional.

El tiempo de administración del test es de entre 5 y 10 minutos, y en él se valoran los siguientes campos: orientación temporal (5), orientación espacial (5), fijación (3), atención y cálculo (5), memoria (3), nominación (2), repetición (1), comprensión (3), lectura (1), escritura (1) y dibujo (1). El punto de corte se establece en 23 puntos.(15)

**Test de las fotos:**

Es una prueba de aparición reciente, 2004, creada por Carnero-Pardo y Montoro-Ríos. Está formada por 3 partes:

1. La denominación de 6 objetos.
2. Valoración de la fluidez verbal –tarea distractora- (nombres propios de hombres y mujeres)
3. El recuerdo de los 6 objetos iniciales, de manera libre y con ayuda (facilitando la clase semántica).

El test de las fotos es de gran utilidad tanto para la detección de DCL como de demencia. Entre sus ventajas destacan la facilidad y rapidez (3 minutos aproximadamente) a la hora de utilizarlo, también es importante el hecho de que el nivel educativo y la cultura no influyen en su aplicación.

El recuerdo libre puntúa más que el facilitado: (2 x [recuerdo libre] + [recuerdo facilitado]). El punto de corte para el diagnóstico de deterioro cognitivo en este test es de 27 puntos.

**Memory Alteration Test (MAT):**

Es un test diseñado recientemente (2007) por Rami, Molinuevo, Sánchez-Valle, Bosch y Villar. Su finalidad es la detección del DCL y EA en fases iniciales. Evalúa memoria verbal, episódica y semántica. El análisis individual de los tres tipos de memoria es importante ya que el deterioro de la memoria episódica ayuda a diferenciar entre personas con DCL amnésico, mientras que por otro lado la semántica diferencia las etapas iniciales del Alzheimer.

Sus principales ventajas son la brevedad y facilidad en su utilización. Sin embargo sólo valora la memoria, por lo que su validez para evaluar las demencias en general será menor. Por ello su principal utilidad es la de la detección precoz del DCL amnésico.

**Test de detección precoz EA Cuetos – Vega (et al.):**

Se trata de un test creado recientemente (2007). En él se valoran tareas de la memoria y el lenguaje para tener un mayor poder discriminativo entre el DCL y la demencia.

En la prueba se evalúan: memoria semántica, episódica, anterógrada e inmediata y la denominación. Está formado por 10 ítems, cada uno de ellos con una posible puntuación de 0 a 10. La máxima puntuación a alcanzar en este test es de 100 puntos.

El punto de corte para el DCL es de 78,50 puntos y para EA es 70,50.

**Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana:**

El cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana fue creado por Sunderland, Harris y Gleave en 1984. Con este cuestionario se intenta valorar la percepción subjetiva que tiene la persona acerca de su memoria. Está formado por 28 ítems y en ellos se puntúan la frecuencia y gravedad con la que se producen olvidos en la vida cotidiana; olvidos relacionados con hablar, leer, escribir. Problemas para recordar nombres y caras. Y dificultad para aprender cosas nuevas.

Se trata de un test muy útil para conocer la preocupación e involucración del individuo.

### **Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)/ Test de Pfeiffer:**

Creado por Pfeiffer en 1975, evalúa la orientación, información sobre hechos cotidianos, memoria a corto y largo plazo y cálculo simple. Consta de 10 ítems y es rápido y sencillo de utilizar, aplicable en personas analfabetas. Hay disponible una versión española de este test, aunque varios artículos coinciden en que existe controversia en su validez y estaría más limitada que la versión original.

## 2. Test cognitivos dirigidos al informador

A veces es de mucha utilidad la información proporcionada por los familiares o personas cercanas al paciente con sospecha de deterioro cognitivo, ya que hay ocasiones en las que el propio enfermo no es consciente o minimiza los síntomas.

En nuestro medio el instrumento más utilizado es el test del informador, del original inglés IQCODE (Informant Questionnaire On Cognitive Decline in the Elderly).

### **Test del Informador (TIN):**

Desarrollado por Jorm, Scott y Jacomb en el 1989. Está formado por varias preguntas que pueden puntuarse del 1 al 5 en función de cómo este la persona en el presente, en relación a como lo estaba 5 o 10 años atrás.

Existe una versión larga de 26 preguntas y otra más breve formada por 17, esta última ha sido validada al español por Morales, Montalvo, Del Ser y Bermejo en 1992, ya que posee mayor poder discriminativo.

Una de las principales ventajas con las que cuenta el TIN es que no está influenciado por la edad, inteligencia ni nivel cultural. No obstante también cuenta con algún inconveniente, siendo el principal como ocurre en la mayoría de estos tipos de test, que es que la información que proporcione la persona sea fiable.

## **5.2. Detección precoz de la depresión**

---

Aquellas personas diagnosticadas de DCL, en un 36% de casos presentan síntomas de tipo depresivo. En fases de demencia leve y moderada la frecuencia de estos síntomas puede aumentar y llegar a superar ligeramente el 50%; en fases avanzadas (16).

Es en el inicio de la enfermedad cuando los síntomas depresivos adquieren principal relevancia, cuando el deterioro cognitivo aún no limita la función de la persona. En este caso los signos de deterioro no son tan evidentes como en fases más tardías y existe la posibilidad de que la sintomatología depresiva enmascare la apariencia clínica. Por este motivo adquieren gran importancia las pruebas diagnósticas diferenciales entre DCL y depresión. El objetivo es eliminar la posibilidad de cometer un error al realizar el diagnóstico. Pudiendo centrarlo en la depresión, cuando en realidad la persona presenta un deterioro cognitivo. Diagnosticar un DCL, cuando en verdad lo que existe es una depresión. O bien en último lugar puede que el paciente presente ambas enfermedades de manera simultánea, lo que supondría la situación

más grave. De esta manera dependiendo de la enfermedad, se podrá proporcionar el tratamiento más adecuado al enfermo.

Normalmente a la hora de hacer los test, los pacientes depresivos en su mayoría presentan conductas distintas a los pacientes con deterioro cognitivo. A continuación se describirán las conductas más frecuentes y características.

- Los pacientes que presentan cuadros depresivos suelen prestar poca atención a la tarea a realizar, y frecuentes quejas relacionadas con el esfuerzo que les está suponiendo o va a suponer completar el test.
- Las personas depresivas suelen carecer de esfuerzo voluntario para llevar a cabo una recuperación. Y es frecuente que cuando se les hace preguntas respondan con una respuesta breve; sí, no, no sé, no me acuerdo. No esforzándose en intentar recordar y elaborar una respuesta. Cosa que por el contrario en los pacientes con deterioro cognitivo no aparece, ya que estos se esfuerzan por dar una respuesta adecuada.
- En pacientes depresivos, cuando se les facilita información semántica para recordar, suelen acordarse de la información que se les pregunta. Sin embargo en los casos de deterioro cognitivo leve es frecuente que esto no suceda.
- Por último el paciente depresivo suele presentar síntomas de afectación en la memoria y atención, pero infrecuentemente en alguna otra esfera más. Por el lado contrario en las personas con deterioro cognitivo avanzado sí suelen presentarse otro tipo de afectaciones como la apraxia, agnosia y alteraciones visoperceptivas.

### **5.2.1. Clasificación de los test de cribado de la depresión**

---

Los test más empleados en población anciana para detectar depresión son:

#### **Escala de Yesavage:**

Desarrollada entre 1982 y 1983 por Yesavage, se trata de un cuestionario formado por 30 ítems de rápida aplicación y administrado por el evaluador. Se responde con respuestas dicotómicas: sí/no. Tanto las respuestas afirmativas como negativas pueden indicar depresión en función de cual sea la pregunta, y por tanto sumar un punto.

0 a 10 ausencia de presión.

11 a 20 depresión leve.

21 a 30 depresión grave.

En la actualidad es una de las escalas más utilizadas para valorar la depresión.

#### **Escala de Goldberg:**

Desarrollado por Goldberg en 1993, es una escala heteroadministrada, sencilla y de breve aplicación. Consta de dos subescalas; una para la detección de ansiedad y otra para la depresión. Ambas están formadas por 9 preguntas, las 4 primeras son obligatorias y las 5 últimas sólo se responden en caso de haber respondido de manera afirmativa a las 4 primeras (2 o más en la subescala de ansiedad y una o más en la subescala de depresión).

Al paciente se le pregunta si ha tenido alguno de los síntomas que aparecen en la escala durante las dos últimas semanas. No se tendrán en cuenta aquellos síntomas que hayan durado menos de dos semanas o que sean de intensidad leve.

El punto de corte en la población geriátrica se establece en igual o superior a 6 puntos (4 puntos o más en la subescala de ansiedad y 2 o más en la de depresión).

#### **Test de Beck:**

Desarrollado en 1961 por Aaron Temkim Beck, es un instrumento autoadministrado formado por 21 ítems y de rápida aplicación, aproximadamente de 10 minutos. Cada ítem puede puntuarse de 0 a 3 y la suma final puede oscilar entre 0 y 63 puntos.

El paciente debe marcar la respuesta que más se adecúa a cómo se ha sentido las dos últimas semanas incluyendo el día de hoy.

En todas estas pruebas, probablemente el principal inconveniente sea que el paciente falsee alguna respuesta, cuando por motivos personales piense o crea que no debe sincerarse en alguna pregunta con el evaluador.

## **6. Síntomas psicológicos y conductuales en el DCL**

---

En ocasiones en las personas con DCL y en fases de deterioro aún moderadas, es frecuente que aparezca un grupo de síntomas conocidos como “síntomas psicológicos y conductuales de demencia” (SPCD), también conocidos como conductas disruptivas. Se trata de un grupo variado de síntomas con afectación a nivel psicológico, psiquiátrico y comportamental. Y se caracterizan por el deterioro de la capacidad cognitiva del individuo pero sin afectar a su nivel de conciencia.

Se consideran SPCD la apatía, las alucinaciones, la agitación, la depresión, la ansiedad, la euforia, la irritabilidad, la desinhibición, los delirios, las conductas aberrantes o anómalas, los trastornos del sueño y las alteraciones de la conducta alimentaria(17). Esta serie de signos y síntomas aparecen tanto en el DCL como en fases más avanzadas, y a mayor severidad y afectación cognitiva, mayor aparición de SPCD. En los casos de DCL la sintomatología depresiva es la más prevalente, seguida de la ansiedad y la irritabilidad.

Es de interés conocer y tratar esta patología ya que es asociada a una mayor probabilidad de institucionalización, mayor carga del cuidador en caso de que el enfermo no sea institucionalizado, peor pronóstico de la enfermedad, pues la depresión favorece la evolución del DCL a EA, y mayor mortalidad. Finalmente también conllevará a un aumento del consumo de fármacos y recursos sanitarios en general.

Estos síntomas de afectación psicológica y comportamental son calificados como inapropiados y no se corresponden con el nivel de deterioro cognitivo que presenta la persona. Cohen-Mansfield (1989) lo define como actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión del paciente (18).

Esto significaría que las personas de alrededor calificarían las conductas del enfermo como desmedidas e inadecuadas, sin que exista una razón que justifique un comportamiento de tal grado. Además muchas veces generan sufrimiento en el entorno del paciente y en el propio enfermo, ya que como se dice con anterioridad el enfermo tiene conciencia de lo que le sucede y sufre por ello. Probablemente este sea el factor clave del que se ha de partir para poder ayudar y entender a estas personas. Y del que derivan muchas de sus afectaciones a nivel psicológico, principalmente la depresión.

Un punto a tener en cuenta es reconocer el origen de los síntomas ya que muchos no son exclusivos del deterioro de la cognición, sino que puede tratarse de un cuadro comórbido. Las conductas anómalas pueden ser producidas por la ingesta de medicamentos o tóxicos, o bien pueden tener origen en alguna enfermedad o trastorno psiquiátrico. En aquellos casos en los que no sea posible identificar el origen, se entenderá que se trata de una predisposición del enfermo debido a la progresión del deterioro. La Dra. Cohen-Mansfield explica los SPCD a través de tres modelos teóricos(18):

1. Modelo de las necesidades insatisfechas
2. Modelo conductual de aprendizaje
3. Modelo de vulnerabilidad ambiental o umbral del estrés reducido

El modelo de las necesidades insatisfechas es el que explica con más frecuencia. Este modelo parte de la incapacidad de los pacientes con deterioro cognitivo, a la hora de expresar sus emociones y necesidades.

El segundo; modelo conductual inapropiado, explica que muchas de las conductas inadecuadas que tiene el enfermo son reforzadas por los cuidadores ya que prestarían atención al enfermo sólo cuando apareciese esta sintomatología

En tercer lugar, el modelo de vulnerabilidad ambiental o umbral del estrés reducido, expone que las conductas inapropiadas tendrían su origen en la incapacidad del enfermo para afrontar situaciones de estrés. Es decir, su capacidad de adaptación al medio se vería comprometida a medida que la enfermedad va evolucionando.

Que cada modelo explique una teoría distinta no significa que uno excluya al otro, pues varios modelos podrían explicar la misma conducta.

Cohen-Mansfield afirma que existen cuatro tipos de SPCD, los clasifica de la siguiente manera (18):

1. Conductas agresivas verbales:
  - Insultar
  - Gritar
  - Ruidos extraños
  - Maldecir

2. Conductas agresivas físicas:
  - Patear
  - Golpear
  - Empujar
  - Arañar
  - Agarrar cosas o personas
  - Morder
  
3. Conductas no agresivas verbales:
  - Preguntas o pedidos persistentes
  - Llamadas
  - Negativismo
  - Órdenes
  - Quejas permanentes
  - Interrupciones
  - Perseverancias
  
4. Conductas no agresivas físicas:
  - Inquietud
  - Manierismos
  - Manipuleo de objetos en forma inapropiada
  - Ocultar cosas
  - Vestirse en forma inapropiada
  - Vagabundeo
  - Apatía
  - Negativismo
  - Insomnio

Esta serie de síntomas pueden aparecer en el enfermo predisponente, en función de su personalidad, dependiendo de los hábitos... También dependerá de si aparecen en situaciones nuevas de su vida, de cómo se encuentre en ese momento la persona física y mentalmente, del ambiente, etc.

## 7. Cómo tratar a personas con SPCD. Afrontamiento enfermero.

---

En el punto anterior se describen los síntomas psicológicos y conductuales más habituales que pueden aparecer en las personas diagnosticadas de DCL.

A continuación se mostrarán formas de afrontamiento y actuación ante estas situaciones por parte de la enfermera, así como el papel de ésta a la hora de educar y asesorar a los familiares del paciente para que sepan actuar frente a estos comportamientos.

Aquellos programas que se basan en la no utilización de medidas farmacológicas para tratar los SPCD cada vez son más utilizados, ya que son varias las evidencias que no recomiendan la toma de fármacos, sobre todo de antipsicóticos, en pacientes con deterioro cognitivo. Solo estarían recomendados en aquellos SPCD que podrían suponer un riesgo para el enfermo o personas de alrededor.

¿Cómo ha de actuar la enfermera ante un paciente con SPCD?

1. En primer lugar se ha de identificar y priorizar el síntoma más grave (se priorizará uno por vez)
2. A continuación recogerá toda la información posible de ese síntoma. Se obtendrá información acerca de cuándo, cómo, con quién o qué situación le produce, etc.
3. La enfermera ha de investigar qué pasa antes y después de la conducta.
4. Se fijarán objetivos realistas tanto con el propio enfermo, como con los cuidadores.
5. Se elaborará un plan de actuación, previamente hablado y consensuado con el enfermo y cuidadores. Se explicará la importancia de tener paciencia y se anticiparán posibles dificultades que podrían aparecer.
6. Finalmente los planes y pautas de actuación se reevaluarán y modificarán permanentemente. Y a medida que se vaya controlando un síntoma, se irá abordando otro en caso de que la persona presentase más de una conducta anómala.

La enfermera ha de tener presente que a mayor deterioro cognitivo, mayor aparición de síntomas y más graves y difíciles de tratar serán.

Es importante también tener presente que una actitud empática es imprescindible a la hora de tratar a estas personas, y también disminuirá la probabilidad de aparición de nuevas conductas anómalas.

Ante una situación de comportamiento disfuncional, es importante que la enfermera permanezca junto al enfermo, expresando su preocupación y cuidado, y permaneciendo con él hasta que se calme.

Para que las intervenciones sean eficaces, es importante que sean correctamente definidas y concretadas, y sean entendidas y aceptadas por los cuidadores, pues es la única manera de conseguir afrontar y controlar estas situaciones.

A continuación se propondrán una serie de estrategias y recomendaciones para tratar las sintomatologías más prevalentes en personas con SPCD.

#### **Sintomatología depresiva:**

1. Se promocionarán actividades que el paciente practicaba y disfrutaba antes de la aparición de los síntomas. Es importante confirmar que la persona realmente disfruta con ellas.
2. Se intentará que el paciente permanezca en compañía el mayor tiempo posible.
3. Se estimulará al enfermo a que exprese sus sentimientos y emociones acerca de su situación.

#### **Ansiedad:**

1. En los momentos de ansiedad se intentará mantener un ambiente calmado y relajado. Y se permanecerá junto al paciente hasta que se encuentre más tranquilo.
2. Se mostrará respeto, empatía y escucha activa, permitiendo la expresión a la persona de sus sentimientos y emociones.
3. Se le enseñarán al paciente estrategias que le ayuden a reaccionar de forma distinta ante aquellas situaciones que le provocan ansiedad.

#### **Agitación y conductas agresivas:**

Es preferible prevenir este cuadro que tratarlo, por eso si es posible se evitarán situaciones o personas que puedan provocar esta situación.

Es importante referirse al enfermo con un tono tranquilo y de manera calmada. Siempre hay que aproximarse de frente, y evitar discusiones y razonamientos con pacientes agitados.

1. Cuando exista agitación se intentará distraer al paciente llevando su atención a otro tema. Es importante sobre todo en pacientes con deterioro avanzado.
2. Se ha de permitir la expresión de emociones, ideas y sentimientos por parte del paciente. Hemos de mostrar empatía, escucha activa y mantener el contacto visual. Por lo general cuando el paciente ve que se le está prestando atención a lo que dice, suele calmarse.
3. Nunca se ha de contestar con una amenaza o agresión, pues esto aumenta la agitación y tensión en el paciente, pudiendo desencadenarse una situación violenta.
4. Es importante promover la autonomía del paciente. En muchas ocasiones se ponen tensos y violentos porque sienten que se les invade su espacio sin tener opción a tomar sus propias decisiones.
5. El ejercicio físico también puede ser de gran ayuda, pues ayuda a controlar la energía.

En presencia de DCL las intervenciones psicológicas también pueden ser de gran utilidad e interés, tanto para el enfermo como para los familiares y cuidadores.

**Psicoterapia individual:**

Es de gran utilidad en fases leves, en las que el paciente aún posee la capacidad de comprender y empatizar.

El objetivo es ayudar al paciente a estructurar su vida, a realizar los duelos de aquellas capacidades que ya se han perdido, se animará a la persona a que realice actividades para las que aún está capacitada, y se promoverá el vínculo afectivo con el profesional que le ayudará y apoyará a lo largo de la evolución del deterioro cognitivo.

**Psicoterapia familiar:**

Iría dirigida a aquellas personas involucradas en el acompañamiento y cuidado del paciente.

En ocasiones el deterioro cognitivo de un miembro de la familia supone para el resto la pérdida de una figura de referencia. Los familiares tienen que aprender a convivir con una persona cuyo deterioro cognitivo provoca modificaciones en sus conductas y en su personalidad. Por ello puede ocurrir que los familiares reaccionen con miedo, confusión y negación, en este caso el objetivo de la psicoterapia familiar sería aportar información, y proporcionar ayudas y métodos de actuación con el fin de que las personas que conviven con el enfermo asimilen y sepan manejar la nueva situación.

## 8. Reflexiones

---

El envejecimiento progresivo de la población española está dando lugar al aumento de numerosas enfermedades de carácter crónico e incapacitante, siendo una de las más prevalentes la EA, por otro lado las proyecciones poblacionales a largo plazo evidencian que la situación se agravará. Por ello en el campo sanitario una de las principales labores respecto a la EA, es su precoz y correcto diagnóstico, ello implica conocer sus inicios y saber qué enfermedad o enfermedades podrían evolucionar a este tipo de demencia.

Dado que existe evidencia de que el DCL y depresión podrían dar lugar a una futura EA, es imprescindible conocer la sintomatología de cada una de estas patologías, así como las pruebas de screening disponibles en la actualidad para un diagnóstico precoz y adecuado.

Un manejo temprano de la enfermedad aporta beneficios a nivel clínico al paciente y a nivel económico al sistema sociosanitario. Y es que la EA reporta gran repercusión en el enfermo, tanto física como cognitivamente. A la familia y principalmente al cuidador informal, dada la gran dependencia de estos pacientes sobre todo en las fases más avanzadas. En muchas otras ocasiones son institucionalizados lo que supone un elevado coste para los familiares. Y finalmente suelen también requerir de bastantes recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Normalmente los profesionales sanitarios que suelen detectar estos cuadros son aquellos que desempeñan su labor en la Atención Primaria, es decir, en los centros de salud a dónde mucha de la población anciana acude con regularidad, por ello aunque sea responsabilidad de todo profesional que se dedique a la sanidad, en el grupo de Atención Primaria ha de existir especialmente una adecuada preparación y actualización de los conocimientos: saber discernir entre un paciente que presenta DCL o depresión, conocer qué tipo de test es el más adecuado en función de la sintomatología y saber aplicarlo, y realizar una derivación adecuada al especialista una vez detectado el cuadro.

Finalmente, una vez realizada la detección y el diagnóstico de la enfermedad, la enfermera, que por lo general es la que más permanece en contacto con el paciente y familiares a lo largo de todo el proceso, ha de saber manejar la sintomatología, ya sea en un paciente depresivo o en un paciente con DCL. Pues sobre todo en el caso del DCL aparecen en muchas ocasiones síntomas a nivel conductual y psicológico, los llamados SPCD. En este caso, la enfermera deberá tener los conocimientos necesarios para afrontar y controlar de manera adecuada la sintomatología del paciente, así como educar a los familiares en cuanto al manejo de estas situaciones.

## 9. Bibliografía

---

- (1) Criado-Alvarez J, Barrientos R. Variabilidad y tendencias en el uso de fármacos contra la demencia. Estimación de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en Castilla-La Mancha [Variability and trends in dementia drug consumption in Castille-La Mancha (Spain)]. Estimated prevalence of Alzheimer's disease. Sociedad Española de neurología [en línea]. 2010. [fecha de acceso marzo de 2013];25:234-238. Disponible en: <http://www.eselvier.es/neurologia>
- (2) Parrado SB, Rodríguez JAH, Romero JP. El futuro de la población en España. Distintos escenarios. Estadística española [en línea]. 2010. [fecha de acceso febrero de 2013];52(174):237-276. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es>
- (3) Reyes MH. El Alzheimer desde la perspectiva bioética [en línea]. 2008. [fecha de acceso marzo de 2013]:16. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com>
- (4) Atucha JT. Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. Alzheimer. Real Invest Demenc [en línea]. 2011. [fecha de acceso abril de 2013];47:16-23. Disponible en: <http://www.ealzheimer.bligoo.es>
- (5) Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). 2013.
- (6) Sánchez-Rodríguez J, Torrellas-Morales C. Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. Revista de Neurología [en línea]. 2011. [fecha de acceso abril de 2013];52(5):300-305. Disponible en: <http://www.europa.sim.ucm.es>
- (7) Herrera-Rivero M, Hernández-Aguilar ME, Manzo J, Aranda-Abreu GE. Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. Revista de Neurología [en línea]. 2010. [fecha de acceso abril de 2013];51:153-164. Disponible en: <http://www.neurologia.com>
- (8) Migliacci M, Scharovsky D, Gonorazky S. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. Revista de Neurología [en línea]. 2009 [fecha de acceso abril de 2013];48(5):237-241. Disponible en: <http://www.neurologia.com>
- (9) Armas Castro J, Carrasco García MR, Angel Valdés S. Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. Revista Habanera de Ciencias Médicas [en línea]. 2008. [fecha de acceso abril de 2013];7(4):0-0. Disponible en: <http://www.sld.cu>
- (10) Martín-Carrasco M. Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. Psicogeriatría [en línea]. 2009. [fecha de acceso mayo de 2013];1:101-114. Disponible en: <http://www.portalmayores.csic.es>
- (11) Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [en línea]. 2008. [fecha de acceso marzo de 2013]; 24(2):0-0. Disponible en: <http://www.sld.cu>
- (12) Sardinero Peña A. Depresión y Enfermedad de Alzheimer [en línea]. 2012. [fecha de acceso marzo de 2013]:37 Disponible en: <http://www.rehabilitamemoria.es>
- (13) Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sánchez Catases C, Sosa Pérez S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. Revista Habanera de

Ciencias Médicas [en línea]. 2011. [fecha de acceso febrero de 2013];10(1):27-36. Disponible en: <http://www.sld.cu>

(14) Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Sociedad Española de Neurología. 2011; 26(7):425-433.

(15) López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Revista Española de Medicina Legal. 2011; 37(3):122-127.

(16) Toledo MB, Pérez MS. Depresión en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en pacientes con enfermedades neurológicas [en línea]. 2012. [fecha de acceso abril 2013]:9. Disponible en: <http://www.sepsiq.org>

(17) Abizanda P, López-Jiménez E, López-Ramos B, Romero L, Sánchez-Jurado PM, León M, et al. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009;44(5):238-243.

(18) Osoreo P. Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia. Behavioral and Sinopsis. Revista APSA [en línea]. 2009. [fecha de acceso febrero de 2013];42:11-15. Disponible en: <http://www.cidepp.com.ar>

(19) Berthier M, Dávila G. Anticipando el futuro: diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en las fases predemencia y prodrómica. Revista Neurología [en línea]. 2010. [fecha de acceso mayo de 2013];51(8):449-450. Disponible en: <http://www.neurologia.com>

(20) Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. Anales de la Facultad de Medicina [en línea]. 2012. [fecha de acceso marzo de 2013]; 73(4):321-30. Disponible en: <http://www.revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe>

(21) López ÁG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44(4):220-224.

(22) Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé MV, Ladera-Fernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso MC, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. Revista de Neurología [en línea]. 2012. [fecha de acceso febrero de 2013];54:303-310. Disponible en: <http://www.neurologia.com>

(23) Reyes-Figueroa JC, Rosich-Estragó M, Bordas-Buera E, Gaviria-Gómez AM, Vilella-Cuadrada E, Labad-Alquézar A. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. Revista de Neurología [en línea]. 2010. [fecha de acceso abril de 2013];50(11):653-660. Disponible en: <http://www.neurologia.com>

(24) Zuin DR, Clínico MN. Memoria, funciones cognitivas, edad, demencia, Deterioro Cognitivo Leve (DCL): introducción a las implicancias clínicas, terapéuticas y legales [en línea]. 2009. [fecha de acceso marzo de 2013]:12 Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>

## Anexo 1: Glosario de términos relacionados

---

**Actividades de la vida diaria:** Son las funciones esenciales para el desenvolvimiento de la vida diaria, como comer, vestirse y asearse. El mantenimiento o mejoría de las actividades de la vida diaria es uno de los principales objetivos en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y es fundamental para la autosuficiencia del paciente.

**Afasia:** Es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. Existen cuatro tipos principales:

- Afasia expresiva: el paciente sabe lo que quiere decir, pero tiene dificultad para decirlo o escribirlo.
- Afasia receptiva: se escucha la voz o puede leer un impreso, pero no le encuentra sentido a lo que lee o escucha.
- Afasia anómica: tiene dificultad para usar las palabras correctas para describir objetos, los lugares o los eventos.
- Afasia global: el paciente no puede hablar, entender lo que se le dice, leer o escribir.

**Agnosia:** Incapacidad de reconocer a las personas y las cosas por medio de los sentidos corporales a causa de perturbaciones de centros nerviosos superiores.

**Ansiedad:** Es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce.

**Apraxia:** Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso en el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita, aunque: Se entiende el pedido o la orden, ella esté dispuesta a llevar a cabo dicha tarea, los músculos necesarios para realizar la tarea funcionen adecuadamente y la tarea posiblemente ya ha sido aprendida.

**Atención Primaria:** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

**Cognición:** Acto o proceso de conocimiento que engloba los procesos de atención, percepción, memoria, razonamiento, imaginación, toma de decisiones, pensamiento y lenguaje.

**Cribaje:** Aplicación de pruebas sencillas para detectar de forma precoz enfermedades o alteraciones en personas asintomáticas o aparentemente sanas.

**Deambulaci3n/vagabundeo:** Caminar sin rumbo fijo, actividad excesiva, caminar de noche, intentos de escaparse de casa, seguir continuamente al cuidador, o caminar hacia un lugar inapropiado.

**Diagn3stico precoz:** Utilizaci3n de todos los recursos cl3nicos y de exploraciones complementarias con el fin de objetivar tempranamente cualquier deficiencia.

**Ecolalia:** Repetici3n de las 3ltimas palabras o s3labas que se escuchan. En algunos casos, el enfermo est3 intentando comunicarse, pero en otros puede ser una simple repetici3n sin sentido.

**Envejecimiento fisiol3gico:** Es el envejecimiento normal que se produce sin que se den patolog3as mentales o biol3gicas.

**Envejecimiento patol3gico:** Se caracterizar3a por venir marcado por patolog3as m3dicas y distintos s3ndromes de enfermedades f3sicas y mentales (ejemplo Enfermedad de Alzheimer).

**Escucha activa:** Supone escuchar y entender la comunicaci3n desde el punto de vista del que habla. La escucha activa alude no s3lo a la habilidad de escuchar lo que la persona est3 expresando directamente. Tambi3n engloba la capacidad de saber leer los sentimientos o pensamientos que subyacen a lo que est3 diciendo.

**Fase subcl3nica:** Tambi3n llamada per3odo de incubaci3n. Es el tiempo en que el agente tarda en multiplicarse y causar cambios celulares y bioqu3micos en el organismo.

**Inciden3ia:** La incidencia refleja el n3mero de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo.

**Incontinencia:** La incontinencia urinaria (o vesical) se presenta cuando uno no es capaz de impedir que la orina se escape. Es posible que la orina se escape de vez en cuando o que uno no pueda contenerla.

La incontinencia intestinal es la incapacidad para controlar el paso de las heces.

**Manierismos:** Movimientos par3sitos que aumentan la expresividad de los gestos y la m3mica.

**Marcadores biol3gicos:** La medicina a lo largo de su evoluci3n se ha valido de numerosos factores para indicar fen3menos, advertir los riesgos que acompa3an a determinadas enfermedades y favorecer su diagn3stico designando a ciertos agentes el car3cter de marcadores biol3gicos.

Estas entidades interesan en el asesoramiento fisiol3gico, al caracterizarse por ser medibles y cuantificables.

**Memoria anter3grada:** Memoria capaz de recordar acontecimientos ocurridos en el pasado remoto pero incapaz de adquirir nuevos recuerdos.

**Memoria epis3dica:** Memoria que contiene informaci3n sobre nuestras experiencias personales que han ocurrido en un lugar determinado y momento temporal concreto.

**Memoria retrógrada:** Capacidad de recordar información sobre hechos sucedidos en un tiempo lejano, experiencias y sucesos pasados de la vida del sujeto.

**Memoria semántica:** Tipo de memoria que contiene conocimientos sobre datos, hechos y sucesos distintos de nuestras propias experiencias.

**Mutismo:** Término que hace referencia a la mudez, es decir a la suspensión del habla por parte de un individuo. Las personas que sufren de mutismo se mantienen en silencio ante determinadas situaciones.

**Negativismo:** Estado en el que el afectado tiene una actitud de rechazo hacia el mundo exterior y no responde a ninguna petición.

**Palilalia:** Es un trastorno del lenguaje hablado que consiste en la repetición espontánea e involuntaria de sílabas o de palabras.

**Plasticidad cognitiva:** Capacidad de aprender y mejorar habilidades cognitivas como resolver problemas y recordar eventos.

**Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

**Prosopagnosia:** Trastorno en el reconocimiento de rostros o caras conocidas. La persona que lo padece puede reconocer las diferentes partes de la cara, pero no puede identificar de quien se trata.

**Pruebas psicométricas:** Son las encargadas de medir cualidades psíquicas del individuo. Los test psicométricos son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta; Fundamentalmente nos permiten hacer descripciones y comparaciones de unas personas con otras y también de una misma persona en diferentes momentos de su vida.

**Síndrome del anochecer:** Se caracteriza por la confusión que se produce especialmente al final de la tarde y por la noche. Las personas afectadas por este mal pueden estar completamente normales durante las horas de luz diurna y mostrarse confundidas, olvidadizas y agitadas al final del día.