

## Depresión y Enfermedad de Alzheimer.

Hoy trataré la relación entre la depresión y las enfermedades neurodegenerativas, particularmente la Enfermedad de Alzheimer.

La presentación se articula en tres puntos:

1. **Por qué.** Por qué es complejo y por qué es relevante el diagnóstico diferencial entre Depresión y Enfermedad de Alzheimer.
2. **La solución posible.**
3. **Instrumentos** psicométricos de evaluación.

### 1.- Por qué:

En la práctica del psicólogo que atiende a personas mayores, una problemática frecuente reside en atender casos en los que aparecen **de manera concurrente** síntomas emocionales depresivos con síntomas cognitivos como la falta de memoria.

**No es fácil** discernir, en un momento puntual y en un caso concreto, si los problemas de memoria tienen su origen en la depresión, si la depresión es consecuencia de una alteración neurológica o si se trata, más grave aún, de una concurrencia de ambos factores.

Comenzaremos **explorando** el terreno atendiendo a su complejidad y a la incertidumbre que nos genera para, poco a poco, vislumbrar cuál es el **modo de proceder, el protocolo** que nos garantiza la mayor efectividad en el diagnóstico.

La incertidumbre se debe a que podemos cometer dos **errores fundamentales**:

- Centrar el diagnóstico en la depresión, cuando en el fondo está subyaciendo una enfermedad neurodegenerativa.
- Y, a la inversa, cometer un “falso positivo” de diagnóstico de Alzheimer, cuando el caso quedaría mejor explicado por la depresión.

Bien, a la hora de tratar *Por qué* es relevante el diagnóstico diferencial, seguiremos tres **apartados**:

1. Cómo la depresión genera problemas en los procesos psicológicos superiores: memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.
2. Cómo las enfermedades cerebrales (léase Alzheimer) dan lugar a síntomas depresivos.
3. Cómo existe un continuum entre las quejas subjetivas de memoria, el deterioro cognoscitivo leve y la enfermedad de Alzheimer.

### **1.1.- La depresión altera los procesos psicológicos superiores.**

He de comenzar este punto haciendo una llamada de atención. Aaron Beck postuló, tiempo atrás, una descripción sobre el modo en que las personas depresivas tienden a **procesar la información**:

“La depresión se caracteriza por una visión negativa del self, del mundo y del futuro, así como por la aparición recurrente e incontrolable de pensamientos intrusivos y negativos sobre el propio individuo.”

Muchas teorías cognitivas de la depresión proponen como **hipótesis explicativa la vulnerabilidad – estrés**. La hipótesis afirma que el desorden depresivo es el resultado de la interacción entre una vulnerabilidad psicológica (por ejemplo, los sesgos cognitivos en el procesamiento de la información) y la presencia prolongada o severa de estresores ambientales.

Aquí la advertencia. Mi exposición **no trata del procesamiento sesgado de la información** característico del sujeto depresivo ni de los modelos explicativos de corte cognitiva. Mi exposición trata sobre cómo las **facultades psicológicas superiores** (concentración, atención, memoria, lenguaje, razonamiento, funciones ejecutivas, etc.) resultan menoscabadas por la psicopatología depresiva. Es

decir, presentamos el **perfil neuropsicológico** característico de la depresión.

Aclarado esto, paso a relatar qué dominios cognitivos disminuyen su rendimiento y qué dominios se preservan.

Seguiré varios artículos de investigación y de revisión científica, que por motivos de claridad, muestro ahora para no interrumpir luego la exposición con citas recurrentes, destacando sólo lo más relevante:

Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological medicine*, 34(1), 83-91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14971629>

Byers, A. (2011). Depression and Risk of Developing Dementia. *Nature Reviews Neurology*, 7(6), 323-331. doi:10.1038/nrneuro.2011.60.Depression

Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H. H., Ratcliff, G. G., & Chang, C.-C. H. (2006). Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Late Life: A Prospective Epidemiological Study. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 153-160. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.153>

Gotlib, I. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 6(December), 285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.Cognition

Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 50, 13-15. Retrieved from <http://www.larespuestaoptimista.com/pdfret/Ret50.2.pdf>

Emplearé como piedra angular un estudio que procede de Suecia, de Estocolmo. Se titula “Funciones cognitivas en los desórdenes depresivos: evidencia de un estudio poblacional”. Los autores Airaksinen, Larsson, Lundberg, y Forsell lo publicaron en 2004. En el ámbito del envejecimiento, los países nórdicos son **punteros y referentes de la investigación científica**, en tanto desarrollan grandes estudios longitudinales, que realizan seguimientos de personas durante décadas y en los que reclutan a miles de participantes.

En este estudio concreto, el proyecto se denomina **PART** y contiene una muestra de **20.000 habitantes** de 20 a 64 años de edad,

residentes en Estocolmo, a los que se pide colaboración periódicamente para obtener datos sobre la salud mental.

Sobre la base de 20.000 sujetos, se obtuvo la colaboración de 187 personas aquejadas de depresión y de otras 175 personas sin alteraciones psicopatológicas destacadas, que sirvieron como grupo de control.

El grupo de personas depresivas se sub-dividió a su vez en función del perfil clínico en:

- Depresión Mayor (N = 68)
- Distimia (N=28)
- Desorden Mixto Ansioso – Depresivo (N=25)
- Depresión Menor (N=66)

El propósito del estudio era **comprobar si el funcionamiento cognitivo era afectado por la depresión** (algo esperable teniendo en cuenta los estudios precedentes) y, a su vez, averiguar si el modo en que se afectan los procesos psicológicos superiores **varía en cada sub – grupo** de depresión.

Los investigadores utilizaron pruebas de memoria episódica, de fluidez verbal, de velocidad perceptivo – motora y de flexibilidad mental. Describo ahora cada una de ellas:

Prueba de **Memoria Episódica**: La Memoria Episódica es el recuerdo de información que tiene como referencia un momento y lugar determinados. Por ejemplo, si nos preguntan qué cenamos anoche, requerimos de éste proceso para responder. La prueba de memoria episódica contenía 32 palabras pertenecientes a ocho categorías diferentes (vehículos, útiles de cocina, juguetes, etc.), con cuatro ejemplares por cada grupo. La lista de palabras estaba desordenada y el sujeto no era informado de que las palabras podían organizarse en categorías. El examinador leía la lista completa, con una tasa de presentación de 3 segundos por palabra. Terminada la lectura, el sujeto debía recordar libremente las palabras. En caso que el sujeto no recordase más, se le brindaba ayuda. La ayuda consistía en

facilitar, ahora sí, el nombre de la categoría como clave para la recuperación (ej: “En la lista había vehículos”). El investigador contabilizaba el número de palabras recordadas correctamente de modo libre así como las recordadas con la ayuda. En resumen, los investigadores aplicaron un formato de prueba **común** en los estudios sobre memoria episódica.

Prueba de **Fluidez Verbal**: la fluidez verbal puede definirse como la capacidad para recuperar la información siguiendo una estrategia basada en el lenguaje. Requiere habilidades complejas, que implican al lóbulo frontal como sustrato anatómico principal y a las funciones ejecutivas como proceso psicológico superior. Concretando, la tarea implica recordar durante un tiempo limitado tantas palabras como sea posible que comiencen por determinada letra. La tarea incluye restricciones, como no emplear nombres de personas ni palabras derivadas. Es decir, si, con la “f” el sujeto dice “falda”, luego no es válido decir “faldita” porque se entiende que es el mismo concepto. En este caso, los investigadores emplearon un procedimiento estandarizado, pidiendo a los sujetos recordar palabras iniciadas en “F” durante un minuto, palabras iniciadas en “A” durante un minuto y palabras iniciadas en “S” durante un minuto (Benton & Hamsher, 1989).

Prueba de **Velocidad perceptivo – motora**: los autores suecos utilizaron la **Forma A** del test de senderos, o en inglés, Trail Making Test. Como material se emplea un papel dina4 en el que se muestran números dispersos. En la prueba se demanda al sujeto trazar con un lapicero, tan rápido como sea posible, un recorrido que partiendo del número más pequeño pase por todos los dígitos hasta alcanzar el número de mayor valor. Se registra el tiempo total en completar la tarea. El número de errores no suele registrarse, dada su baja frecuencia en población neurológicamente sana.

Prueba de **Flexibilidad Mental**: se entiende aquí por flexibilidad mental o flexibilidad atencional la capacidad para cambiar de una fuente de información a otra, para alternar entre varias estrategias de

procesamiento al resolver una única tarea. Utilizaron la Forma B del Test de Senderos. Las instrucciones piden al sujeto que haga un recorrido con el lápiz alternando entre números y letras, pasando por todos los estímulos del papel hasta llegar al final. La secuencia sería 1 – A – 2 – B – 3 – C, etc. En comparación con la forma A, esta prueba demanda mayor capacidad de procesamiento, mantener en mente la secuencia numérica y la secuencia alfabética de manera concurrente. Esto se refleja en un incremento exponencial del tiempo para resolver la lámina, así como en un incremento del número de errores.

Cada participante en el estudio fue evaluado en todas las pruebas individualmente.

¿Cuáles fueron los resultados? En comparación con el grupo control, **los sujetos depresivos (N = 187) evidenciaron de manera significativa un peor rendimiento en memoria episódica y en flexibilidad mental.**

Y, aun más interesante, el perfil neuropsicológico resultó específico de cada sub - grupo:

- Las personas con **depresión menor** tenían pocas diferencias cognitivas respecto del grupo control.
- Las personas con **depresión mayor y las personas con desorden mixto** ansioso depresivo eran los que mostraban peor memoria episódica.
- Los individuos aquejados de **distimia** se caracterizaban por unas dificultades pronunciadas en flexibilidad mental.

Las pruebas de fluidez verbal y de velocidad perceptivo – motora no fueron relevantes en este estudio.

En conclusión, los resultados mostraban que **padecer depresión** (en cualquiera de sus variedades) **empeora la capacidad de memoria episódica y la flexibilidad mental.** Y, además, según el tipo de depresión, unas facultades resultan más dañadas que otras.

Pero, ¿cuál es la **hipótesis explicativa**? ¿Por qué, descrito desde un punto de vista psicológico y cognitivo, empeora el rendimiento? Ellis y Ashbrook en 1988 esgrimieron un argumento que, estudio tras estudio, ha ido encontrando mayor sustento. Se trata de la **hipótesis de la distribución de recursos**.

El sistema cognitivo humano, por definición, dispone de una capacidad de procesamiento limitada. El montante de recursos mentales disponibles, es decir, la cantidad de operaciones que podemos realizar en simultáneo tiene un límite. En el caso del paciente depresivo, estos recursos de procesamiento se ven “ocupados” por la aparición recurrente e incontrolable de pensamientos intrusivos y negativos. En otras palabras, el espacio mental de operaciones es limitado, y el paciente depresivo tiene gran parte de ese espacio ocupado por esas ideas de tipo rumiativo. Le cuesta desengancharse y dedicar toda la energía mental a la tarea en curso, con preocupaciones sobre el futuro, divagaciones sobre el pasado e ideas de culpa sobre sí mismo. Además, disminuye la motivación para implicarse en cualquier tarea.

En este momento, que ya he descrito un artículo de referencia y planteado la hipótesis explicativa, pasamos a ver un resumen de varios estudios sobre las funciones cognitivas alteradas, preservadas y las regiones cerebrales de interés:

<b>Funciones Alteradas</b>	<b>Funciones Preservadas</b>
Memoria Episódica	Memoria Semántica
Memoria Operativa	Memoria Implícita
Atención / Procesamiento Ejecutivo: control inhibitorio y flexibilidad mental	Sistema de Procesamiento del lenguaje
	Procesos perceptivos.
	Procesos práxicos.
Velocidad de procesamiento de la información.	

En síntesis, dentro de los sistemas de memoria se ve afectada la Memoria Episódica y la Memoria Operativa (mantener en mente y manipular información al tiempo), mientras se preserva el resto de sistemas de memoria. Empeora la capacidad atencional / ejecutiva de control inhibitorio y de flexibilidad mental. Respecto de la velocidad de procesamiento de la información, los resultados son inconsistentes con estudios a favor y en contra del enlentecimiento en la depresión. El resto de dominios cognitivos se encuentran preservados.

Los estudios neuroanatómicos y de neuroimagen encuentran, sobre todo en la depresión mayor, una menor activación en diferentes regiones cerebrales así como una menor densidad de células y conexiones nerviosas en regiones como:

- la **corteza prefrontal dorsolateral**, implicada en procesos de memoria operativa – mantenimiento y secuenciación de la información
- **corteza cingulada** anterior, relacionada con el control inhibitorio.
- **corteza orbitofrontal**, relevante en la toma de decisiones – marcador somático, regulación emocional y conducta pro – social.

Taber, K., & Hurley, R. (2008). Astroglia: Not Just Glue. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(20).

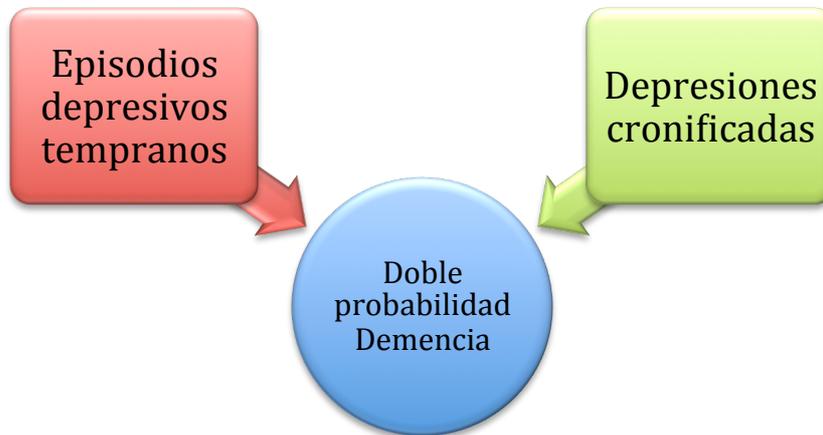
Dentro de este apartado, por último, podemos analizar la cuestión desde otra perspectiva: atendiendo a los estudios que analizan los **factores de riesgo** que inciden en la probabilidad de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa en la vejez.

Hablamos de estudios que buscan en el **historial clínico** de la persona y en el **estilo de vida** aquellos parámetros que se asocian con una mayor tasa de demencia. En particular, tomaré un estudio de revisión de 2011:

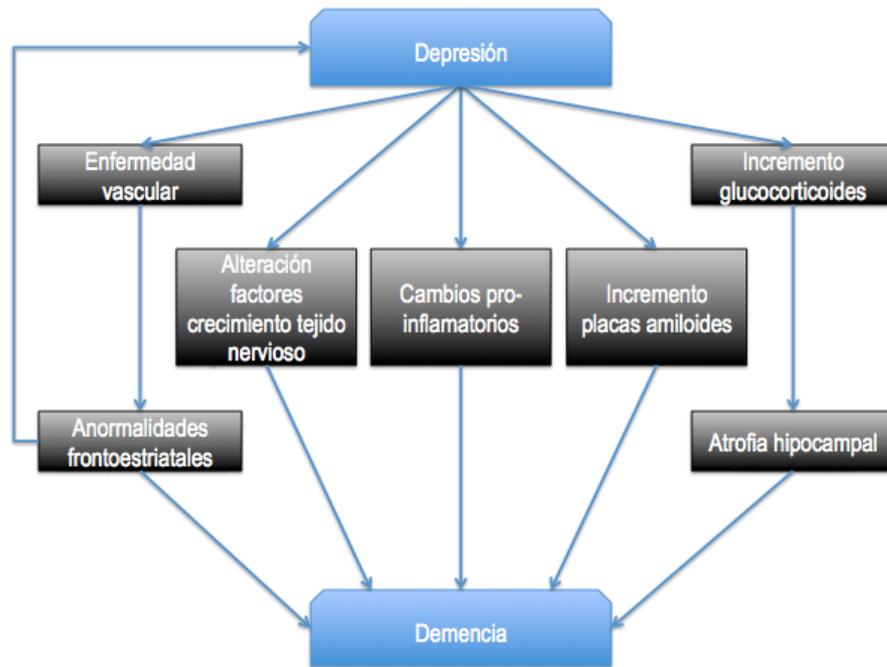
Byers, A. (2011). Depression and Risk of Developing Dementia. *Nature Reviews Neurology*, 7(6), 323-331.  
doi:10.1038/nrneuro.2011.60.Depression

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, 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.



En el artículo se proponen mecanismos biológicos que podrían explicar el vínculo a largo plazo entre depresión y demencia. Traemos aquí solamente un diagrama resumen:



### 1.2.- El daño neurológico altera el estado emocional.

En este punto trataré la relación inversa. Esto es, como tras un daño cerebral que afecta los procesos cognitivos, aparecen también síntomas de naturaleza emocional y depresiva.

Después de un daño cerebral de origen adquirido, como en los traumatismos cráneo – encefálicos, son muy comunes los cambios en el estado de ánimo y personalidad del paciente. Hablamos de muchos casos en los que **antes de la lesión**, los individuos podían no haber dado muestra alguna de alteración emocional.

La Depresión mayor es el **desorden psiquiátrico más prevalente** tras un Daño Cerebral Adquirido. Los datos estadísticos señalan que en el **primer año** tras la lesión, un **35%** de los pacientes reúnen los criterios de depresión mayor y **hasta 60%** si se amplía la ventana temporal a 7 años de observación.

La depresión en el daño cerebral puede clasificarse como **primaria**, cuando es consecuencia **directa** de la lesión orgánica o como **secundaria**, cuando es una reacción, esto es, el resultado emocional de los cambios dramáticos en el estilo de vida y pérdida de

independencia funcional que sufre la persona. Es harto complicado distinguir en un caso clínico particular si la depresión es primaria, secundaria o una interacción de ambas. Pero no podemos obviar ni una ni otra dimensión.

Los resultados demuestran que el **daño en regiones frontales dorsolaterales, orbitofrontales, temporales y de los ganglios basales** dan lugar a cuadros depresivos. Son regiones cerebrales que **participan activamente en la regulación emocional**, regiones prominentes del sistema límbico. Y al igual que los procesos psicológicos como el lenguaje tienen un sustento en regiones amplias del cerebro, los procesos emocionales tienen su propio correlato neuro – anatómico. Pueden consultar el siguiente artículo:

Fann, J. R., Hart, T., & Schomer, K. G. (2009). Treatment for Depression after Traumatic Brain Injury. *JOURNAL OF NEUROTRAUMA*, 2402(December), 2383-2402.

Pero centrémonos en el ámbito de la Enfermedad de **Alzheimer**.

Contador-Castillo, I. (2009). Depresión en la demencia tipo Alzheimer : ¿ existe algún efecto sobre la memoria ? *Revista de Neurología*, 49(10), 505-510.

La enfermedad se caracteriza por el deterioro gradual y progresivo de las funciones cognitivas. En particular, el marcador más temprano es la alteración de la memoria episódica.

Y en la enfermedad de Alzheimer, la depresión es una de las alteraciones neuropsiquiátricas **más frecuentes** ya desde su inicio, apareciendo en muchos casos, de manera concurrente a las quejas de memoria.

La depresión en personas mayores oscila entre el 1 y el 6%, según diversos estudios. Pero en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, la tasa se incrementa hasta el **20 – 25%**.

En resumen, podemos ver que el **daño cerebral**, sea de origen traumático o sea de origen degenerativo, **conlleva un aumento de la incidencia de la depresión** frente a la población normal.

Los pacientes experimentan sentimientos de falta de valor, impotencia, culpa, anhedonia, catastrofismo y pérdida de control sobre sus vidas. Dichos sentimientos pueden considerarse secundarios a los cambios vitales que implica la pérdida de habilidades funcionales, pero también primarios como consecuencia de la destrucción de regiones cerebrales implicadas directamente en el procesamiento emocional.

### **1.3.- Continuum: del envejecimiento normal, pasando por las quejas subjetivas de memoria, el deterioro cognoscitivo leve hasta la demencia tipo Alzheimer.**

Sigo argumentando por qué es difícil el diagnóstico diferencial entre depresión y enfermedad de Alzheimer en estado incipiente. Para retratar mejor el panorama, hablo ahora de la complejidad, en sí misma, de diferenciar entre envejecimiento cognitivo normal y envejecimiento patológico. En esta sección, resultan recomendables dos lecturas:

Serrano, A. (2011). Del envejecimiento a la demencia. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (4ª ed., p. 640). Editorial Médica Panamericana.

Para los interesados en nuevos criterios diagnósticos de la EA y su detección en fases pre-clínicas:

<http://www.slideshare.net/neuroconsultas/ea-nuevos criterios-mod>

Entre el envejecimiento cognoscitivo normal y la Enfermedad de Alzheimer, existe un **continuum** en el se han situado diferentes entidades clínicas.

Estas entidades se han creado con la finalidad de **identificar** fases precoces de la demencia, de cara a ofrecer **tratamientos** que se anticipen a las alteraciones irreversibles en ámbito cognitivo y en el ámbito funcional:



El gráfico **no** implica que una persona con quejas subjetivas de memoria **necesariamente** evolucione hacia **DCL**. Tampoco implica que una persona con DCL evolucione necesariamente hacia EA. Si **se lee al revés**, el gráfico cobra más sentido.

Muchos enfermos con diagnóstico de Alzheimer pasaron, previamente, por una fase en la que padeciendo deterioro cognoscitivo, eran independientes en sus actividades de la vida diaria y, aún antes, por una fase en la que se quejaban de su mala memoria sin que las pruebas detectasen nada.

Además, hay que mantener en mente que, a pesar de que hablemos de fases / etapas o entidades, **la realidad no responde a variables discretas, sino a variables continuas** en las que no existen límites claros, sino difusos.

Haré a continuación una descripción de estas entidades.

**1.3.1.- Queja de Pérdida de Memoria Subjetiva (QPMS):** Hablamos de personas que acuden a consulta porque **perciben** que sus capacidades cognitivas, su memoria, se está mermando con el envejecimiento.

Los fallos de memoria que relatan son **fluctuantes** o algo **inespecíficos**. Si se entrevista a un familiar que sea buen informador, confirmará que el fallo de memoria no aparece de manera continuada.

Las quejas de memoria parecen explicarse más por una **falta de atención** que por problemas de almacenamiento, mantenimiento o recuperación de la información. Por ejemplo, el paciente dice no

recordar dónde dejó una cosa y, a los pocos instantes, le viene a la memoria.

Sin embargo, en la **exploración** del estado cognoscitivo general, el rendimiento obtenido se califica como **normal** y, más en concreto, en los test de memoria, las puntuaciones no son en ningún caso significativamente diferentes de lo esperable según la edad y nivel de formación académica.

Podemos encontrar características dispares en el historial y rasgos del paciente que nos hacen sospechar, al menos en parte, sobre el origen de estas quejas de memoria:

- Han estado al cuidado de enfermos de Alzheimer o están sensibilizados hacia enfermedades afines.
- Poseen un nivel cultural o un nivel cognitivo alto, con una capacidad de introspección elevada que les permite detectar cambios sutiles en su nivel de actuación.
- Poseer rasgos hipocondríacos, y al igual que se alarman por otras enfermedades, presentan quejas de memoria por la sospecha de desarrollar una demencia.
- Experimentar cambios en los niveles de exigencia ambientales en el ámbito intelectual; cambios por jubilación.

Estas cuatro características previas no se han extraído de estudio alguno, sino que proceden más bien de mi experiencia clínica. No pretenden ser una explicación exhaustiva ni una explicación causal del origen de las quejas. Solamente hablo de tendencias.

Vemos, ahora sí, una tabla – resumen sistemática de los resultados de una exploración:

Ámbito de evaluación	Resultados
Cuestionario quejas subjetivas de Memoria	Puntuación alta o media – alta.
Pruebas de cribado cognitivo	Rendimiento normal
Test de Memoria	Rendimiento normal o, incluso, alto.
Escalas de independencia en las actividades de la vida diaria	Independiente en las actividades o sin cambios respecto de su historial.

Existen, obviamente, varias **causas** para la aparición de QSPM, como son:

- Alteraciones del sueño.
- Enfermedades médicas (ej.: cardiopatías)
- Uso o abuso de psicofármacos (benzodiazepinas, somníferos)
- Depresión, ansiedad.
- Sin causa aparente, lo más común.

El objetivo de **intervención**, desde la neuropsicología, consistirá en proporcionar un entrenamiento en estrategias internas de memoria y de uso de ayudas externas para la memoria, acompañarlo de una psico-educación sobre los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, enfatizar la necesidad de re – evaluarlo periódicamente y derivar a otros profesionales si se sospechan alteraciones psicopatológicas o médicas.

### 1.3.2.- Deterioro Cognoscitivo Leve:

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es una entidad compleja. Se encuentra en un **punto intermedio** entre la vejez (pero sin ser completamente normales, porque cumplen algún criterio de demencia) y la demencia (sin ser sujetos dementes, por no cumplir todos los criterios).

Como dijimos antes, esta entidad clínica surge para dar una respuesta de intervención precoz, así como para el ámbito de la investigación experimental.

La persona suele presentarse en consulta por las quejas de memoria que van en progresiva evolución.

El DCL es un trastorno que aparece entre los **60 y los 80 años** de edad. Su prevalencia en mayores de 70 años está **en torno al 15 – 20 % de la población**.

En el DCL se diferencian tipos:

Tipo básico	Subtipo	Clínica	Conversión preferente a
Amnésico (DCL – A)	DCL – A unifunción	Afectación específica de memoria	EA
	DCL – A multifunción	Afectación de memoria y de una o más funciones diferentes.	
No amnésico (DCL – NA)	DCL – NA unifunción	Afectación de un área cognitiva que no es memoria.	EA, demencia frontal, afasia progresiva primaria, demencia vascluar, demencia por cuerpos de Lewy
	DCL – NA multifunción	Afectación de dos o más funciones que no son memoria	EA, demencia vascular.

Comparativamente, el tipo amnésico es unas dos veces más frecuente que el no amnésico.

Centrándonos en el caso amnésico, de mayor interés para este monográfico por ser más fácilmente confundible con la depresión, los criterios diagnósticos resumidos son:

Ámbito de evaluación	Resultados
Pruebas de cribado cognitivo	Rendimiento cognoscitivo general <b>normal</b> , aunque puede caracterizarse como muy ligeramente inferior.
Test de Memoria	Alteración <b>objetiva</b> de la memoria $\geq 1,5$ D.E. <b>por debajo de la media</b> en pruebas de memoria episódica verbal o visual.  Pérdida $\geq 0,5$ D.E. en evaluaciones sucesivas.
Escalas de independencia en las actividades de la vida diaria	Independiente en las actividades o sin cambios respecto de su historial.
Cuestionario de Quejas de Memoria	Habitualmente quejas elevadas. Paciente y/o familia relatan progresión de la pérdida.

Aunque se destaca aquí la evaluación de la memoria, es necesario **siempre, en caso de sospecha de DCL realizar una exploración neuropsicológica amplia y especializada**, con una batería de pruebas que incluya:

- Memoria episódica verbal y visual.
- Lenguaje en su dimensión expresiva (denominación)
- Lenguaje en su versión comprensiva.
- Praxias viso-constructivas.
- Praxias por imitación y bajo orden.

- Pruebas de percepción visual.
- Funciones ejecutivas, fluidez verbal.
- Funciones ejecutivas, pensamiento abstracto.
- Funciones ejecutivas, control inhibitorio.

La tasa de conversión del DCL en demencia es del **12% anual**, significativamente más elevada que en mayores sanos.

Quería hacer aquí un inciso sobre **qué tipo de pérdida de memoria** es característico del DCL y la EA en su fase inicial. Se trata de la **memoria episódica anterógrada**, es decir, aquella tiene que ver con la adquisición de recuerdos de situaciones enmarcadas en el tiempo y en el espacio.

El paciente no olvida su biografía temprana, no pierde sus conocimientos académicos, ni sus conocimientos generales sobre el mundo. El paciente fracasa en **adquirir** información de los sucesos de su día a día:

- Olvida lo que hizo pocos días antes.
- Olvida hacer recados y citas
- Olvida sistemáticamente donde guarda las cosas.
- Repite preguntas y temas en una conversación.
- Olvida los contenidos de las conversaciones.
- Olvida el datos importantes de lecturas y películas que acaba de ver o leer.
- Confunde fechas o el orden en que tuvieron lugar los acontecimientos recientes.

Sin embargo, el grado de afectación de la memoria en el DCL – A no impide que la persona lleve una **vida independiente**, va compensando con otros recursos y puede subsistir con una mínima ayuda externa.

En el tratamiento neuropsicológico, es recomendable, además de las indicaciones ya dadas en el caso de las quejas subjetivas, agregar procedimientos de **estimulación cognitiva general**.

Dicha estimulación tendrá como diana la función o funciones alteradas, y, además, la **potenciación del resto de funciones cognoscitivas**. Por ello podríamos hablar de una estimulación cognitiva general multi-propósito.

Una cuestión relevante consiste en decidir si **comunicar o no** al paciente la probabilidad de evolución del cuadro hacia un proceso neurodegenerativo. Los autores presentan opiniones contrapuestas, y es aquí donde el juicio del clínico será fundamental, dado su mayor conocimiento de las características particulares de su paciente.

### **1.3.3.- El diagnóstico de la demencia y de la EA.**

En 1984 un comité de expertos y grupo de trabajo estadounidense denominado por sus siglas NINCDS - ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association ) publicó un documento que ha servido de referencia para el diagnóstico de la demencia y, en particular para la Enfermedad de Alzheimer durante más de 25 años.

En 2011, un grupo de trabajo perteneciente al National Institute on Aging and the Alzheimer's Association (también de EEUU) lleva a cabo una revisión y actualización de los criterios:

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 263-9. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005

Estos criterios se desarrollan con el objetivo de responder a las necesidades del **ámbito clínico** y para el **ámbito de la investigación experimental**. Son los criterios que, a nivel mundial, consideramos tienen mayor reconocimiento y se utilizan con mayor frecuencia.

El grupo de trabajo de 2011 realiza una clasificación, en parte heredada de 1984, que aclara conceptualmente el panorama. De esa clasificación **recalcaremos nosotros sólo las dimensiones de mayor interés para la Psicología y la práctica clínica**, excluyendo lo relativo a bio-marcadores para la detección temprana de la EA.

Advertencia: El lector interesado en los criterios diagnósticos deberá hacer una lectura detenida del artículo original en inglés. Recomendamos al lector no interesado en los criterios diagnósticos, omita este apartado y pase directamente al apartado 2 titulado *Possible solución*.

Los miembros del grupo proponen, en primer lugar, los criterios diagnósticos para la demencia en general, es decir, para *cualquier* tipo de demencia. Luego pasan a describir los criterios para la Enfermedad de Alzheimer en particular. Veamos primero los criterios diagnósticos para la demencia.

#### 1.3.3.1.- Criterios diagnósticos de demencia.

La **demencia** se diagnostica cuando hay síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:

1. Interfieren con la capacidad para rendir laboralmente o en las actividades cotidianas; y
2. Representan un declive respecto de niveles previos de funcionamiento y actuación; y
3. No se explican por un delirium ni por un desorden psiquiátrico mayor.
4. El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado a través de una combinación de (1) el historial relatado por el paciente y un informante fidedigno (2) una evaluación cognitiva objetiva, ya sea a partir del examen del estado mental general en situaciones hospitalarias o mediante evaluación

neuropsicológica. La evaluación neuropsicológica debe realizarse cuando el historial de rutina y el rastreo cognitivo no proporcionan un diagnóstico fiable.

5. El deterioro cognitivo o comportamental implica un **mínimo de dos** de los siguientes dominios:
  - a. Habilidad deteriorada para **adquirir y recordar** nueva información. Los síntomas incluyen: preguntas repetitivas o conversaciones repetitivas, pérdida de objetos personales, olvido de eventos o citas, perderse en un itinerario familiar.
  - b. Habilidad deteriorada para el **razonamiento y para ejecutar tareas complejas**, juicio empobrecido. Los síntomas incluyen: pobre comprensión de situaciones de riesgo para la seguridad, incapacidad para manejar sus finanzas, pobre capacidad de toma de decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o secuenciales.
  - c. **Habilidad viso-espacial** deteriorada. Los síntomas incluyen: alteración en el reconocimiento de caras, objetos comunes o para encontrar objetos dentro del campo de visión a pesar de una agudeza visual preservada. Incapacidad para manejar instrumentos simples, o para orientar la ropa hacia el propio cuerpo al vestirse.
  - d. Deterioro en las **funciones lingüísticas** (habla, lectura, escritura). Los síntomas incluyen: dificultad para acceder a palabras comunes durante una conversación, vacilaciones, errores del habla, ortográficos y de la escritura.
  - e. Cambios en la **personalidad, comportamiento o conducta**. Los síntomas incluyen: fluctuaciones desacostumbradas del humor como agitación, motivación reducida, iniciativa, apatía, pérdida de impulso, abandono de interacciones sociales, interés

reducido en actividades previas, pérdida de empatía, comportamientos obsesivos o compulsivos, conductas socialmente inapropiadas.

La **diferencia entre demencia y DCL** reside en la determinación de si existe o no una **interferencia significativa** en la capacidad para rendir en el trabajo o en las actividades cotidianas.

Esto implica un **juicio inherentemente clínico** realizado por un profesional experimentado que atiende a los datos de las circunstancias individuales del paciente y a la descripción de los asuntos diarios del paciente obtenidos del paciente mismo **y de un acompañante bien informado**.

#### 1.3.3.2.- Criterios diagnósticos de Alzheimer.

Acabamos de exponer los criterios de demencia en general y ahora vamos con los criterios de la **Enfermedad de Alzheimer en particular**.

El grupo de trabajo distingue entre (a) EA probable, (b) EA posible y (c) EA probable o posible con evidencia de procesos fisiopatológicos. Nos quedaremos aquí sólo con las dos primeras entidades, ya que la tercera se enfoca más al ámbito de la investigación.

**(a) EA probable:** se diagnostica cuando el paciente:

1. Reúne los criterios de demencia descritos previamente y, además presenta estas características:
  - A.- Inicio insidioso. Los síntomas tienen un **inicio gradual** que va de meses a años, no repentino sobre horas o días;
  - B.- Clara **historia de empeoramiento** de la cognición, obtenido por informe o por la observación, y
  - C.- Los déficits cognitivos iniciales más prominentes son evidentes en la historia y en el examen de una de las siguientes categorías:

- a. Presentación **amnésica**: la presentación sindrómica más común de la demencia por EA. Los déficits deben incluir deterioro en el aprendizaje y recuerdo de información recientemente aprendida. Debe haber también evidencia de disfunción cognitiva en, al menos, otro dominio cognitivo, como se define previamente en el texto.
- b. Presentación **no – amnésica**:
  - Presentación **lingüística**: los déficits más prominentes se observan a la hora de encontrar palabras. Pero también debe haber déficits en otros dominios cognitivos.
  - Presentación **viso-espacial**: Los déficits más prominentes se encuentran en la cognición espacial, incluyendo agnosia para los objetos, alteración en el reconocimiento de rostros, simultagnosia y alexia. Debe haber déficits en otros dominios cognitivos.
  - Presentación de **disfunción ejecutiva**: el déficit más prominente implica un empobrecimiento en el razonamiento, juicio y resolución de problemas. Debe haber déficits en otros dominios cognitivos.

D.- El diagnóstico de EA probable **no debe ser aplicado** cuando existe evidencia de (a) una enfermedad cerebrovascular sustancial concomitante, definida por una historia de accidente cerebro vascular relacionado temporalmente al inicio del empeoramiento cognitivo; o la presencia de múltiples infartos externos o hiperintensidad de la sustancia blanca; o (b) rasgos nucleares de la Demencia por cuerpos de Lewy (a parte de los rasgos propios de demencia); o (c) rasgos prominentes conductuales de demencia frontotemporal de variante conductual; o (d) rasgos prominentes de deterioro semántico propios de la afasia

progresiva primaria o de la afasia progresiva primaria no fluente / agramática; o (e) evidencia de otra enfermedad neurológica concurrente, o una comorbilidad médica no neurológica o uso de medicación que puedan tener un efecto sustancial en la cognición.

Dentro de esta enfermedad de Alzheimer **probable**, los autores plantean **dos entidades** que conlleva un nivel incrementado de certidumbre en el diagnóstico: EA probable con declive documentado y EA probable con un portador de mutación genética causante de EA.

**EA probable con declive documentado:** En personas que reúnen los criterios de EA probable, un declive cognitivo documentado incrementa la certeza de que la condición representa un proceso patológico activo y en desarrollo, pero no incrementa específicamente la certeza de que el proceso sea causado por fisiopatología de la EA.

La EA probable con declive documentado se define como sigue: evidencia de un declive cognitivo progresivo en evaluaciones subsecuentes basado en los datos proporcionado por los informantes y por la evaluación cognitiva en el contexto de o bien, una evaluación neuropsicológica formal, o bien un examen mental estandarizado.

**La EA probable con un portador de mutación genética causante de EA:** se da en personas que reúnen los criterios nucleares de EA probable, con presencia de mutaciones genéticas (en APP, PSEN1, o PSEN2), incrementando la certeza de que la condición es causada por patología de la Enfermedad de Alzheimer. El grupo de trabajo destaca que ser portador del alelo e4 de la apolipoproteína E no es suficientemente específico para considerarse en esta categoría.

**(b) EA posible:** la EA posible diríamos que implica un menor grado de certidumbre diagnóstica que la EA probable. El diagnóstico de EA posible se realiza en circunstancias diferentes de las mencionadas inmediatamente antes:

**Curso atípico:** reúne los criterios clínicos nucleares en términos de la naturaleza de los déficits cognitivos de la

demencia EA, pero el **inicio es súbito o bien carece de un historial** detallado o documentación del declive cognitivo progresivo.

**Presentación etiológica mixta:** reúne los criterios nucleares de EA, pero hay evidencia de (a) enfermedad cerebrovascular concomitante, definida por una historia de ACV relacionados temporalmente con el inicio o con el empeoramiento cognitivo; o la presencia de múltiples infartos extensos o hiperintensidad de la sustancia blanca; o (b) rasgos de demencia con cuerpos de Lewy diferentes de la demencia por sí misma; o (c) evidencia de otra enfermedad neurológica o comorbilidad no neurológica o uso de medicación que podría afectar sustancialmente a la cognición.

Como acabamos de ver, la EA **se diferencia** con la depresión en dos sentidos:

1. Hay una afectación de las Actividades Básicas e Instrumentales de la vida cotidiana. En la depresión, no aparece tal incapacidad. El depresivo puede no *desear* o no estar motivado para hacerlas, pero es *capaz* de hacerlas.
2. El deterioro cognoscitivo en el Alzheimer no es estacionario, sino progresivo. Sin embargo, la depresión conlleva alteraciones cognitivas estables a lo largo del tiempo.

## 2.- Posible solución:

En el apartado anterior, resaltamos que:

- La depresión, se asocia con peor rendimiento en tareas de memoria episódica, memoria operativa y funciones ejecutivas.
- Las personas que padecen episodios depresivos en etapas iniciales de la vida, así como depresiones crónicas presentan **más del doble de probabilidad** de presentar demencia en la vejez. La depresión es, por tanto, un factor de riesgo.
- Tras un daño cerebral y en la enfermedad de Alzheimer, es común la aparición de cuadros depresivos.
- Entre el envejecimiento cognoscitivo normal y la Enfermedad de Alzheimer, existe un continuum en el que se ha situado el Deterioro Cognoscitivo Leve.

Entonces, ¿cómo podemos diferenciar si en un caso particular que atendemos en consulta, aquejado de pérdida de memoria y de depresión, los síntomas se explican por factores emocionales o degenerativos?

La pregunta **cabe plantearse en los casos de DCL – A y en quejas subjetivas de memoria**, pero no en la EA en fase inicial, pues como hemos visto, la afectación funcional de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y la progresión del deterioro cognoscitivo ya no dejan lugar a dudas. La afectación **incapacitante** de las actividades diarias y el deterioro **progresivo** de la cognición no son características de la depresión.

Seguiré aquí un artículo de investigación:

Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H. H., Ratcliff, G. G., & Chang, C.-C. H. (2006). Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Late Life: A Prospective Epidemiological Study. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 153-160. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.153>

Los autores hacen un estudio a lo largo de 12 años con una cohorte de 1265 adultos de 67 años en adelante que, en el primer examen, no presentaban demencia. A lo largo del tiempo, van siguiendo todos los casos, algunos de los cuales se convierten en demencia y otros no. Sin detenerme en la metodología del estudio, quiero destacar las conclusiones:

- Los síntomas depresivos **se relacionan transversalmente** (esto es, en un momento puntual de evaluación) con deterioro cognitivo. Pero, los síntomas de depresión no se relacionaron en sucesivas evaluaciones con un declive cognitivo.
- El **declive cognitivo sustancial en evaluaciones sucesivas no puede explicarse por la depresión** y, lo mas probable, es que refleje una demencia incipiente.

En otras palabras, si un sujeto en sucesivas evaluaciones presenta deterioro cognoscitivo **progresivo** y síntomas depresivos, la depresión por sí misma parece no explicar el progreso de perdida cognitiva, porque **hay sujetos con los mismos niveles depresivos y de deterioro cognitivo inicial que no evolucionan** hacia la perdida cognitiva progresiva.

Entonces, un **protocolo** neuropsicológico de evaluación para casos complejos en los que el sujeto presenta síntomas depresivos, quejas de memoria y una alteración de la memoria objetivada mediante test (DCL + depresión), pero sin afectación de sus AVD, requiere de la **re – evaluación periódica del sujeto, para observar si los síntomas cognitivos empeoran significativamente o, por el contrario, se mantienen estables.**

En caso de empeoramiento gradual y progresivo y significativo, nos encontramos probablemente, con un proceso neurodegenerativo en estado incipiente.

### 3.- Instrumentos psicométricos en evaluación.

En este apartado me he puesto en la piel de un psicólogo que **no necesariamente** dispone de una formación y experiencia específica en neuropsicología.

Son instrumentos que le van a permitir **derivar** con mayor criterio a un **especialista**, que es quien dispone de la capacitación y experiencia para el diagnóstico neuropsicológico. Sobre todo, se trata de pruebas que permiten detectar pacientes mayores con demencia. Pero no son tan sensibles para el deterioro cognoscitivo leve, que requiere de una exploración más profunda.

He procurado hacer acopio de pruebas accesibles, no costosas y de utilidad demostrada.

Pero antes, quería comentar brevemente cómo son los aspectos **cualitativos**, el modo de responder de un depresivo vs. un enfermo de Alzheimer en los test de memoria. No son datos que procedan del estudio sistemático, sino de la experiencia clínica (agradezco a la Dra. Bettina Benbunan sus comentarios en este punto):

- El depresivo manifiesta características de inatención o tiende a **quejarse de esfuerzo** durante la fase de aprendizaje. Puede decir cosas del tipo “¡Uff! ¡Cuánto!” o “¡Es mucho para mí!”, antes incluso de haber terminado de mostrarle todos los ítems que debe aprender.
- El depresivo se caracteriza por una **ausencia de esfuerzo** voluntario en la fase de recuperación. Tiende a dar respuestas “no sé” o “no me acuerdo” cuando se les pregunta. Esta respuesta suele ser rápida, lo que evidencia que la persona no ha realizado el esfuerzo voluntario para la recuperación. Parece que no se ha parado a buscar en su memoria antes de responder. El paciente neurológico, genéricamente, se esfuerza.

- Cuando se proporcionan **pistas** para recordar, el paciente depresivo puede llegar a acceder a la información, sin embargo, el paciente neurológico no.
- El paciente depresivo rara vez presenta síntomas en ámbitos cognitivos diferentes de la memoria y la atención. Apraxia, agnosia y alteraciones viso-perceptivas son característicos en el perfil de la demencia.

Veamos, ahora sí, las pruebas:

### 3.1.- Escala de depresión geriátrica de Yesavage:

Se conoce por sus iniciales en inglés GDS – Yesavage. Es un cuestionario que se aplica al paciente, con treinta ítems que requieren de respuestas dicotómicas “Sí” o “No”. En ocasiones, las respuestas afirmativas son indicativas de depresión (suman un punto), y en otras son las respuestas en negativo (suman un punto). Por ejemplo:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
<i>¿Se siente usted a menudo triste?</i>	“Sí”	+ 1
	“No”	+ 0
<i>¿Está usted satisfecho con su vida?</i>	“No”	+ 1
	“Sí”	+ 0

Se considera, para el total de 30 ítems:

- De 0 a 10 puntos, el paciente no está deprimido.
- De 11 a 20 puntos, padece de depresión leve.
- De 21 a 30 puntos se trata de una depresión grave.

La escala es rápida de aplicar, posee buena sensibilidad. Sin embargo, como cualquier cuestionario, las respuestas pueden ser falseadas por el paciente cuando no desea (o no puede) sincerarse con el evaluador.

Además, no es extraño que la persona proteste ante la dificultad de responder y calificar simplemente como “sí” o “no” cuestiones relacionadas con su estado emocional.

A pesar de sus limitaciones, probablemente la escala sea la más empleada en el ámbito del envejecimiento.

### **3.2.- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo:**

El MEC de Lobo es una adaptación del Mini Mental State Examination de Folstein. El MEC de Lobo tiene diferentes versiones en español (aunque sería mejor decir per-versiones), algunas que añaden ítems, otras que modifican ítems. En el enlace pueden descargarse una versión actualizada y que se ajusta al estándar internacional.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-española-medicina-legal-285/mini-examen-cognoscitivo-mec-90028303-medicina-forense-practica-2011>

El MEC es una prueba breve (10 minutos) de screening cognitivo, que evalúa globalmente el grado de deterioro que presenta una persona a partir del rastreo de diferentes funciones: atención, concentración, memoria, lenguaje, coordinación motriz etc.

La prueba consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones. La puntuación máxima es de 30 y el **punto de corte es de 23**. Por debajo de ese valor, indica la presencia de déficit cognoscitivo.

### **3.3.- Test de las Fotos:**

Es una prueba de aparición más reciente (2004) y en continua revisión, pero que posee unas características que la hacen muy recomendable.

- El nivel educativo, cultural, social del evaluado apenas son significativos para los resultados del test.

- Se puede aplicar a sujetos de diferentes culturas, sujetos analfabetos, sujetos con alta o baja formación indistintamente.
- Es una prueba de rápida aplicación y fácil de comprender por el examinando.

Para la aplicación, se muestra al sujeto una lámina a4 con seis fotos en color de objetos reales comunes.

Habría cuatro fases en la aplicación:

1.- Fase de **denominación / aprendizaje**: Se solicita al paciente que nombre de forma consecutiva las fotos según el psicólogo las va señalando. Se toma nota de las respuesta y se asigna un punto por cada respuesta correcta. Muy relevante: no advertir al sujeto que debe memorizar los ítems. Es una prueba, por tanto, de memoria incidental (aclarado por comunicación personal con el autor de la prueba).

2.- Fase de **mantenimiento / tarea distractora**: se solicita que recuerde durante 30 segundos tantos nombres de mujer como resulte posible y luego tantos nombres de hombre durante otros 30 segundos. Se comienza siempre solicitando nombres del sexo opuesto al de la persona evaluada. Se asigna un punto por cada respuesta valida. No se computan errores, repeticiones ni sinónimos (ej.: Pepe / José).

3.- Fase de **memoria / recuerdo libre**: pedimos al sujeto que recuerde las fotos de la lámina. Se asigna un punto por cada respuesta correcta.

4.- Fase de **memoria / recuerdo selectivamente facilitado**: sólo para los ítems que no haya recordado espontáneamente (o con error), se le brinda la categoría a la que pertenece el objeto como pista para la recuperación.

Para el cálculo de la puntuación total en el test se sigue la fórmula:

$$\text{Puntuación Total} = \text{denominación} + \text{recuerdo} + \text{fluencia}$$

Dónde:

- *Denominación* es la asignación correcta de nombres a las fotos en la primera fase. Toma valores entre 0 y 6.
- *Recuerdo* es la puntuación compuesta de recuerdo libre y recuerdo selectivamente facilitado, siguiendo la ecuación:

$$\text{Recuerdo} = (2 \times \text{recuerdo libre}) + \text{recuerdo facilitado}$$

Es decir, se dan dos puntos por cada concepto recordado sin ayuda y uno por cada concepto recordado con ayuda.

- *Fluencia*: es la cantidad total de nombres de personas de sexo masculino y femenino recordadas:

$$\text{Fluencia} = \text{nombres de mujeres (30s)} + \text{nombres de hombre (30s)}$$

El **punto de corte** para la detección con sujetos con deterioro cognitivo o demencia es **27**.

Como vemos, el test evalúa memoria, recuerdo libre, memoria facilitada, lenguaje – denominación y funciones ejecutivas (fluidez bajo clave).

Los profesionales pueden conseguir el material y artículos de referencia en la web mantenida por el autor: <http://www.fototest.es/>

### **3.4.- Test detección precoz EA Cuetos – Vega et. al (2007):**

Es una prueba que incluye tareas de memoria y tareas de lenguaje para incrementar la capacidad discriminativa en la detección de la demencia y del Deterioro Cognoscitivo Leve.

La prueba evalúa diferentes dominios:

- Memoria semántica.
- Memoria episódica.
- Memoria anterógrada.
- Memoria inmediata.
- Denominación.

Está conformada por 10 tareas y en cada una de ellas se obtiene una puntuación de 0 a 10. Por lo tanto, el máximo del test será 100 puntos. Para su aplicación se requiere, además de la hoja de aplicación y registro, un cronómetro.

“Éstas son las 10 tareas:

- Fluidez verbal semántica: consiste en nombrar frutas durante 30 s.
- Fluidez verbal fonológica: similar a la anterior, pero en vez de frutas los pacientes tienen que decir palabras que comiencen por la letra ‘f’.
- Denominación de objetos: se muestran 10 objetos diferentes (un botón, un bolsillo...) para que el paciente los nombre.
- Denominación por definición: similar a la anterior, pero en vez de presentar los objetos visualmente se les proporciona la definición.
- Fluidez verbal de nombres propios: los pacientes tienen que decir nombres de deportistas y después nombres de actores durante 30 s cada grupo.
- Denominación de nombres propios: se describen personajes famosos para que el paciente los nombre.
- Recuerdo inmediato de una lista de palabras: se lee una lista de la compra formada por 10 palabras para que el paciente las repita.
- Recuerdo inmediato de la información sobre una persona: se proporciona al paciente información relativa a una persona desconocida (nombre, edad, profesión...) para que a continuación recuerde esa información.
- Recuerdo demorado de la lista de palabras: el paciente tiene que recordar la misma lista de palabras de la compra un rato después de presentada.
- Recuerdo demorado de la información sobre una persona: el paciente debe recordar la información sobre la persona que se describió en la prueba anterior.”

El **punto de corte** para el Deterioro Cognoscitivo Leve es 78,50 y para la EA 70,50.

Según los autores, el test requerirá sucesivas baremaciones.

### **3.5.- Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (Memory Failures Everyday):**

Es un instrumento que recoge la percepción subjetiva de la persona sobre su propia memoria. Es un cuestionario que valora la frecuencia y la gravedad con la que se producen olvidos cotidianos. Consta de 28 ítems (28 frases) pertenecientes a varias categorías: olvidos relacionados con hablar, leer y escribir; olvidos de nombres y caras; olvidos de acciones; dificultad para aprender cosas nuevas.

En cada ítem la persona valora, teniendo en mente el último mes, si ha tenido dificultades “nunca”, “alguna vez” o “muchas veces”. El cuestionario es muy recomendable tanto para la valoración puntual de las quejas de memoria como para la valoración longitudinal.

Es una herramienta que captura la percepción subjetiva de la memoria, complementando las pruebas objetivas. Ayuda a conocer el grado de preocupación del individuo, a valorar la eficacia de las terapias, a realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

En 2011, Montejo – Carrasco et al. han baremado la prueba con una muestra de 4.000 personas mayores, para obtener los percentiles que se corresponden a la puntuación directa. Así el psicólogo puede interpretar si el grado de quejas se encuentra “en los valores esperables o fuera de los valores.

Montejo-carrasco, P., Montenegro-peña, M., Sueiro-abad, M. J., & Fernández-blázquez, M. A. (2011). Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana : datos normativos para mayores. *Psicogeriatría*, 3(4), 167-171.

## Referencias:

- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological medicine*, 34(1), 83-91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14971629>
- Benedet, M. J., García-Reyes, M., & Reinoso, A. I. (2010). *La evaluación de las alteraciones cognitivas en la clínica neuropsicológica*. (p. 125). España: Cultivalibros.
- Byers, A. (2011). Depression and Risk of Developing Dementia. *Nature Reviews Neurology*, 7(6), 323-331. doi:10.1038/nrneurol.2011.60.Depression
- Carnero-Pardo, C. (2004). Test de las fotos. *Revista de Neurología*, 39(9), 801-806. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16339748>
- Contador-Castillo, I. (2009). Depresión en la demencia tipo Alzheimer : ¿ existe algún efecto sobre la memoria ? *Revista de Neurología*, 49(10), 505-510. Retrieved from <http://alzheimer.villena.org/files/2011/11/alzheimer-y-depresi%C3%B3n.pdf>
- Cuetos-Vega, F. (2007). Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 44(8), 469-474. Retrieved from <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/testalzheimer.pdf>
- Fann, J. R., Hart, T., & Schomer, K. G. (2009). Treatment for Depression after Traumatic Brain Injury. *JOURNAL OF NEUROTRAUMA*, 2402(December), 2383-2402.
- Fiske, A., & Wetherell, J. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical*, 7(2), 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.Depression
- Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H. H., Ratcliff, G. G., & Chang, C.-C. H. (2006). Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Late Life A Prospective Epidemiological Study. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 153-160. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.153>
- Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 50, 13-15. Retrieved from <http://www.larespuestaoptimista.com/pdfret/Ret50.2.pdf>
- Gotlib, I. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 6(December), 285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.Cognition
- Hebben, N., & Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la Evaluación Neuropsicológica*. México: Manual Moderno.

- Hoganson, G. M., Rajan, K. B., & Leon, C. F. M. D. (2010). Temporal course of depressive symptoms during the development of Alzheimer disease. *Neurology*, 75(1), 21-26. Retrieved from <http://www.neurology.org/content/75/1/21.abstract>
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 263-9. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Miquel, J. L., & Agustí, G. M. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 122-127. Retrieved from [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Mini-Examen+Cognoscitivo+\(MEC\)#5](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Mini-Examen+Cognoscitivo+(MEC)#5)
- Montejo-carrasco, P., Montenegro-peña, M., Sueiro-abad, M. J., & Fernández-blázquez, M. A. (2011). Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana : datos normativos para mayores. *Psicogeriatría*, 3(4), 167-171.
- Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M. V., Jaime, V. L.-F., & Rodríguez-Sánchez, U.-A. M. C. P.-A. E. (2012). Deterioro cognitivo leve : detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310. Retrieved from <http://www.uned-illesbalears.net/Tablas/ratas10.pdf>
- Murphy, C. F., Gunning-Dixon, F. M., Hoptman, M. J., Lim, K. O., Ardekani, B., Shields, J. K., Hrabe, J., et al. (2007). White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression. *Biological psychiatry*, 61(8), 1007-10. doi:10.1016/j.biopsych.2006.07.028
- Roca, M., Torralba, T., & Marengo, J. (2008). Diferenciación entre demencias en estadio inicial y depresión utilizando la versión española del Addenbrooke ' s Cognitive Examination. *Revista de Neurología*, 46(6), 340-343. Retrieved from <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4606/z060340.pdf>
- Serrano, A. (2011). Del envejecimiento a la demencia. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (4ª ed., p. 640). Editorial Médica Panamericana.
- Taber, K., & Hurley, R. (2008). Astroglia: Not Just Glue. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(20).
- Wilson, R. S., Mendes De Leon, C. F., Bennett, D. a, Bienias, J. L., & Evans, D. a. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 75(1), 126-9. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1757443&to ol=pmcentrez&rendertype=abstract>



Yesavage, J. a, Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>