



METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ METHODOLOGY FOR THE DIAGNOSIS OF DEMENTIA IN MIDDLE ADULTHOOD. CASE STUDY EARLY START

Londoño Ocampo, LP.
Universidad Cooperativa de Colombia

ocam11@hotmail.com

Demencia, Adulthood media, Neuropsychology
Dementia, Middle adulthood, Neuropsychology

RESUMEN:

Objetivo. Describir la metodología para el diagnóstico de la demencia en la adultez media y a su vez dos casos de inicio precoz.

Pacientes y Método. Estudio de caso, de nivel descriptivo y diseño mixto. Dos mujeres (participantes A y B) de 48 años de edad, colombianas, bachilleres y con diferentes niveles socioeconómicos. Usuarías del centro neurológico CITEN - Montería, Colombia. El diagnóstico de la demencia por enfermedad de Alzheimer (EA), se realizó utilizando la información suministrada por un familiar/cuidador en la anamnesis, los instrumentos de valoración clínica de acuerdo con la propuesta de la Clínica de Memoria, el Instituto de Envejecimiento y la Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia). A su vez se aplicó una batería neuropsicológica que evalúa seis áreas cognitivas y se realizó un examen neurológico básico y demás paraclínicos.

Resultados. En ambas participantes se corroboraron las quejas subjetivas de memoria reportadas por el familiar/cuidador; se obtuvo una impresión diagnóstica de demencia EA, tipo leve a moderado y tipo moderado, lo cual llamó particularmente la atención, debido a la edad cronológica, la evolución (8 meses y 1 año y medio, respectivamente) y el tipo de EA. También se encontraron comprometidos los demás procesos cognitivos y una significativa disminución en el nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Conclusión. La valoración neuropsicológica junto con otros instrumentos clínicos de ayuda diagnóstica, así como una exploración exhaustiva en la anamnesis, puede predecir en la adultez media, síntomas de deterioro cognitivo leve, como puerta de entrada a una demencia o acercarse objetivamente a una demencia de inicio precoz.

ABSTRACT:

Aim. Describe the methodology for the diagnosis of dementia in middle adulthood and in turn two early-onset cases.

Patients and Methods. Case study, descriptive level and mixed design. Two women (participants A and B) of 48 year old Colombian, bachelors and different socioeconomic levels. Users cite neurological center - Montería, Colombia. The diagnosis of Alzheimer's dementia (AD), was conducted using information supplied by a family / caregiver in the history, clinical assessment instruments according to the proposal from the Memory Clinic, Institute of Aging and the Pontificia

-1-

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia). In turn we administered a neuropsychological battery that assesses six areas of cognitive and neurological examination was performed basic and other laboratory test.

Results. Both participants were corroborated subjective memory complaints reported by the family / caregiver, was obtained a diagnostic impression of AD dementia, mild to moderate type and moderate type, which drew particular attention because of chronological age, the evolution (8 months and 1 year and half, respectively) and type of EA. They also found other cognitive processes involved and a significant decrease in the level of independence in instrumental activities of daily living.

Conclusion. Neuropsychological assessment together with other clinical diagnostic aid and a thorough examination on the history, can predict in middle adulthood, symptoms of mild cognitive impairment, as a gateway to an objective approach to dementia or early onset dementia.

INTRODUCCIÓN

La adultez media (40-65 años de edad) (1), es la etapa de la vida que antecede a la adultez mayor o vejez. En esta etapa del ciclo vital la persona empieza a notar cambios físicos, psicológicos y cognitivos que determinaran o no la calidad de vida de su vejez. Se considera viejo aquel que tiene 65 años de edad o más, antes de esa edad ya empiezan a notarse cambios, que de una u otra manera, preocupan a las personas, más aun cuando son cambios en la salud física y mental. Un alto porcentaje de adultos mayores están en la actualidad polimedificados debido a las múltiples dolencias que sufren, (...) se ha demostrado que los pacientes ancianos con demencia tienen una alta comorbilidad y un importante consumo de fármacos de prescripción crónica (2). Quizás, una pronta detección de factores de riesgo desencadenantes de alteraciones como son: la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol, los defectos de memoria, entre otros, podrían haber sido, sino reversibles, si enlentecidos en su desarrollo y empeoramiento. Como es el caso de aquellas personas con quejas de memoria, que por creer que es producto propio de la edad no presentan la suficiente atención o su médico desconoce que probablemente puede ser el síntoma inicial de una demencia. El término 'demencia' hace alusión al síndrome de deterioro intelectual persistente manifestado por alteración en la memoria como hallazgo cardinal, además de otros trastornos cognitivos y de la personalidad como son las alteraciones en el juicio, pensamiento, lenguaje, apraxias, agnosias, trastornos construccionales y acentuación de manifestaciones anormales premórbidas de la personalidad, que condicionan una disfunción social, laboral y familiar (3). La enfermedad de Alzheimer y otras dolencias vinculadas al envejecimiento son más frecuentes actualmente, sobre todo en las personas entre 65 y 85 años de edad, en la medida en que la longevidad de la población es mayor. Los trastornos de tipo cognitivo son los más graves en estos enfermos. Los aspectos de la cognición que se encuentran afectados más frecuentemente en la práctica clínica son: memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de la información (4).

PACIENTES Y MÉTODOS

Para este trabajo se realizó un estudio de caso, de nivel descriptivo y diseño mixto en la Unidad Neuropsicológica del Centro de Investigación y Tratamiento Neurológico - CITEN de la ciudad de Montería, Colombia. Se tomaron dos casos particulares de mujeres de 48 años de edad, colombianas, bachilleras, con diferentes niveles socioeconómicos. Para el diagnóstico de la demencia por enfermedad de Alzheimer (EA), se utilizó la información suministrada por un familiar/cuidador en la anamnesis, exploración neurológica, instrumentos de valoración clínica de acuerdo con la propuesta de la Clínica de Memoria, el Instituto de Envejecimiento y la Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia) (5). A su vez se aplicó una batería neuropsicológica que evalúa seis áreas cognitivas.

Exploración neurológica

Examen básico, el cual incluyó exploración física, exámenes paraclínicos: TSH, T3, T4, ácido fólico, B12, hepatograma, VDRL, TAC cerebral, RMN y EEG.

Definición del diagnóstico de la demencia en la adultez media

- Para evaluar el criterio, "queja subjetiva de déficit de memoria, preferentemente corroborado por un familiar", se aplicó la escala de trastornos de memoria, esta escala es utilizada por neuropsicología y es de gran utilidad (6). Es conveniente realizar el cuestionario primero al paciente y después al familiar o cuidador, acerca de las capacidades del paciente. La prueba dura 5 minutos y es de muy fácil aplicación. Este cuestionario registra el juicio que tiene el paciente y su familiar o cuidador con respecto a la pérdida o conservación de la memoria explícita episódica, dado que es esta la primera en afectarse en la enfermedad de Alzheimer y en las demencias corticales (7).
- Para establecer el criterio, "Déficit de memoria objetivado mediante test cognitivos (aproximadamente 1.5 desviaciones estándares por debajo de lo esperado para la edad y la

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

escolaridad)". Las pruebas fueron: Curva de Memoria Verbal de Ardila, Rosselli y Puente (8), Curva de Memoria Visual (9), Escala de memoria de Weshler (10), Figura compleja de Rey Osterreith - memoria (11).

- Para definir la "Cognición general normal", se aplicó el examen mental mínimo o MINIMENTAL, creado por Folstein y cols en 1975 (12), el MMSE (Minimal State Examination), objetiva el rendimiento cognitivo, evaluando aspectos relevantes de la función cognitiva como son: la orientación en el espacio, tiempo, la memoria de fijación y la reciente, la atención, el cálculo y el lenguaje. Es un test que se pasa en 5 minutos, con lo que se obvia el posible cansancio del encuestado, es fácil, rápido y de interpretación inmediata. Su uso se ha extendido desde la valoración neuropsiquiátrica a la geriátrica.

Las aplicaciones del MMSE son las siguientes: 1) Discriminar a los pacientes con alteraciones cognitivas orgánicas (demencias) 2) Evaluación rápida del nivel intelectual 3) Detección del deterioro cognitivo y demencia 4) Gradación del grado demencia 5) Seguimiento evolutivo del deterioro cognitivo y demencia 6) Validación concurrente de nuevos tests aplicados a las demencias. Se ha mostrado menos útil en cuadros de amnesia, lesiones frontales del hemisferio derecho y en alteraciones sutiles del lenguaje. También en pacientes psiquiátricos graves como esquizofrénicos, deprimidos y otros pueden presentar puntuaciones indicativas de disfunción cognitiva.

De igual forma se aplicó un protocolo neuropsicológico amplio, donde se evaluó, además de la memoria, la atención, el lenguaje, las praxias, las gnosias, la velocidad de ejecución y la función ejecutiva (tabla 1).

- Para realizar "Diagnostico diferencial con la depresión" se utilizó la escala de depresión geriátrica, esta prueba es utilizada por psiquiatría y geriatría como tamizaje para depresión en ancianos. Se llama Geriatric Depresión Scale o de Yesavage, nombre que corresponde al autor (13).

- Para evaluar "Actividades de la vida diaria conservadas", se utilizó la escala de Lawton modificada, esta prueba se utiliza por geriatría para evaluar deterioro funcional o físico de pacientes con demencia, evaluando algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales se empiezan a comprometer desde los inicios de la enfermedad y forma progresiva (Lawton, 1992). La prueba es muy sensible para pacientes con deterioro de la memoria o síndrome demencial (14).

- Para evaluar la "Ausencia de criterios diagnósticos de demencia", se definió de acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas clínicas y cognitivas, además de la evaluación de las actividades de la vida diaria y la escala global de deterioro (GDS), el cual es un instrumento creado por Reisberg en 1982 (15), aplicado para pacientes con EA, el busca clasificar el nivel de deterioro en el que se encuentra el paciente desde el nivel normal hasta un deterioro severo. Así mismo se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV TR) (16).

Tabla 1. Instrumentos de valoración neuropsicológica

Instrumentos o test	Área cognitiva o proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Retención de dígitos (10): Dígitos en Progresión (orden directo) • Dígitos en Regresión (orden inverso) • Dígito Símbolo (10) • Control Mental (17) • Cancelación o ejecución continua (18) 	Atención/Velocidad de ejecución
<ul style="list-style-type: none"> • Curva de Memoria Verbal (8) • Curva de Memoria Visual (9) • Escala de memoria de Weshler (17) • Figura compleja de Rey Osterreith (11) 	Memoria
<ul style="list-style-type: none"> • Test de fluidez verbal (17) • Test de denominación de Boston (19) • Token test (20) 	Lenguaje
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de Figuras superpuestas • Test de reconocimiento de Rostros de Benton (21) • Figura compleja de Rey Osterreith - copia (11) 	Funciones visuoperceptuales/visuoconstrutoras
<ul style="list-style-type: none"> • Test del sorteo de cartas de Wisconsin (22) 	Funciones ejecutivas

Procedimiento

Para la selección de las participantes se tuvo en cuenta la edad en la que se les realizó el diagnóstico de la EA, 48 años. Ya se ha dicho que generalmente la demencia por EA es frecuente en población adulta mayor, más no en adultos medios, motivo por el cual llamó particularmente la atención estos dos casos de inicio precoz, además por su rápida evolución, 8 meses y 1 año y medio, respectivamente. En ambas pacientes se aplicaron los instrumentos clínicos y neuropsicológicos, además de la anamnesis, cuya información fue suministrada por un familiar/cuidador.

Análisis del diseño investigativo

Se realizó un estudio de caso (23), en función del análisis y del nivel descriptivo (24) de dos casos; con frecuencia estos tipos de estudios hacen uso de datos cualitativos, pero esto no siempre es el caso (...), se obtienen datos de muchas fuentes incluyendo observaciones naturalistas, entrevistas y pruebas psicológicas (...). A su vez se tuvo en cuenta un diseño mixto (24), es decir cuali-cuantitativo, ya que se recogieron, procesaron y analizaron datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente establecidas. Logrando determinar la metodología para el diagnóstico de la demencia en la adultez media.

Resultados

En ambas participantes se corroboraron las quejas subjetivas de memoria reportadas por el familiar/cuidador, además de las pruebas cognitivas aplicadas a ellas. Se descartó depresión a través de la escala de Yesavage (13), a su vez se tuvo en cuenta la historia personal, obteniendo una impresión diagnóstica de demencia por EA, tipo leve a moderado y tipo moderado respectivamente. También se encontraron comprometidos los demás procesos cognitivos y una significativa disminución en el nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria. A continuación se describen los resultados de la exploración neurológica y demás resultados.

Exploración neurológica. Participante A

Examen físico, sin síntomas motores ni sensitivos, pares craneales normales, taxia normal. Exámenes paraclínicos: TSH, T3, T4, ácido fólico, B12, hepatograma, VDRL, normales. TAC cerebral dentro de los límites normales. RMN reportó atrofia cerebral marcada en lóbulos frontales y temporales.

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA.
ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Tabla 2. Escalas clínicas. Participante A

Escala	Puntuación
Escala de trastornos de memoria al paciente	20/45*
Escala de trastornos de memoria al familiar	31/45*
Escala de depresión geriátrica (Yesavage)	3 – normal**
Escala de Lawton modificada (actividades de la vida diaria - AVD)	Previo 14/0/0/0 Actual 9/3/2/0***
Escala global de deterior (GDS)	5 – moderado déficit
MINIMENTAL TEST	1/5
	3/5
Orientación y Tiempo	0/3
Orientación y Lugar	0/5
Memoria de Fijación	0/3
Atención y Calculo	8/9
Memoria de Evocación	14/30+
Lenguaje	
Total:	

* Si el resultado es mayor a 19/45, podríamos estar ante un caso de EA.

** Esta escala no es diagnóstica, los resultados obtenidos se deben correlacionar con la historia del paciente. En este caso se descartó depresión.

*** Se encontró que anterior a los problemas de olvidos de las 14 AVD realizaba sola y sin dificultad 14 AVD. Posterior a los olvidos de las 14 AVD realiza 9 actividades sin dificultad. 3 actividades las realiza con dificultad pero sin ayuda. 2 actividades las realiza solamente con ayuda.

+ Déficit cognoscitivo moderado. La sumatoria directa fue de 12 puntos pero se adicionaron 2 puntos por presentar alteración visual evidente, siguiendo las recomendaciones del MINIMENTAL TEST.

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA.
ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Tabla 3. Escalas neuropsicológicas. Participante A

Proceso/escala	Puntuación directa	Puntuación normal
Atención*:		
- Retención de dígitos	3	8.75 □ 1.33
-Control mental de Wechsler	0	4.55 □ 2.25
-Ejecución continua:		
-Auditiva	0	>14
-Visual	14	>14
-Span curva verbal	2	5.65 □ 1.09
-Span curva visual	4	5.65 □ 1.09
-Prueba digito símbolo	0	30-59
Memoria**:		
Curva de memoria visual:		
-Volumen máximo	5	10
-Número de ensayos	No califica	6.20 □ 2.65
-Evocación diferida a los 3' y 20'	2-0	8.22 □ 1.89
-Organización mnésica	0	0.9 □ 0.1
-Fenómenos patológicos	Intrusiones perseverativas	/
Curva de verbal:		
-Volumen máximo	3	10
-Número de ensayos	No califica	6.20 □ 2.65
-Evocación diferida a los 3' y 20'	0.05	8.22 □ 1.89
-Organización mnésica	0.3	0.9 □ 0.1
-Fenómenos patológicos	Paramnesia semántica	/
Escala de memoria de Wechsler:		
-Información	0	
-Orientación	0	5.25 □ 1.21
-Memoria lógica	2.5	4.85 □ 0.35
-Pares asociados	1	11.85 □ 2.28
-Memoria visual		14.47 □ 1.89
		6.50 □ 2.64
Figura compleja de rey:		
-Memoria	0	16.3
-Tiempo	1'25 "	3.12 □ 0.99

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA.
ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Gnosias***: -Reconocimiento de Figuras superpuestas -Test de reconocimiento de Rostros	15 5	20 6
Praxias+: Corporales: -Orolinguofaciales -Ideomotoras -Ideacionales Visoconstruccionales: Figura compleja de rey: -Copia -Tiempo	78 22 37 3.5 12'0 "	90 30 50 28.1 3.12 □ 0.99
Lenguaje++: -Token test -Test de denominación de Boston -FAS fonológico -FAS semántico	0 34 6 6	34.07 □ 1.93 54.40 □ 3.47 4.90 11.15
Función ejecutiva+++: Test del sorteo de cartas de Wisconsin: -Número de categorías -Aciertos -Respuestas perseverativas -Errores perseverativos -Errores no perseverativos -Errores totales	No califica / / / / /	5.8(0.5) 64.5(5.1) 14.7(7.32) 14.3(16.6) 10.8(5.2) 25.1(10.9)

* Se observaron dificultades en atención sostenida, dividida y auditiva, así como en concentración y secuenciación.

** Se hallaron alteraciones en el almacenamiento de la información, así como en memoria visomotora, perceptual y auditiva a corto plazo, memoria inmediata y a largo plazo, en memoria declarativa de tipo semántica y episódica. Fenómeno de resencia.

***Se observaron discretas alteraciones en percepción visual.

+ Apraxia construccional y corporales.

++El Token test fue discontinuado por errores consecutivos. Se hallaron dificultades en la comprensión, la fluidez y la nominación. Ecolalia.

+++ El Test del sorteo de cartas de Wisconsin fue discontinuado por errores consecutivos lo que sugiere dificultades en automonitoreo o autocorrección (detenerse a pensar y corregir errores en

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

curso), rigidez cognitiva y poca flexibilidad mental, posible disfunción ejecutiva.

Exploración neurológica. Participante B

Examen físico, sin síntomas motores ni sensitivos, reflejos simétricos, pares craneales normales, taxia normal. Exámenes paraclínicos: TSH, T3, T4, ácido fólico, B12, hepatograma, VDRL, normales. TAC cerebral y EEG dentro de los límites normales.

Tabla 4. Escalas clínicas. Participante B

Escala	Puntuación
Escala de trastornos de memoria al paciente	29/45*
Escala de trastornos de memoria al familiar	38/45*
Escala de depresión geriátrica (Yesavage)	5 – normal**
Escala de Lawton modificada (actividades de la vida diaria - AVD)	Previo 14/0/0/0 Actual 9/4/1/0***
Escala global de deterior (GDS)	4 – leve a moderado déficit
MINIMENTAL TEST	
Orientación y Tiempo	2/5
Orientación y Lugar	4/5
Memoria de Fijación	0/3
Atención y Calculo	5/5
Memoria de Evocación	0/3
Lenguaje	9/9
Total:	22/30+

* Si el resultado es mayor a 19/45, podríamos estar ante un caso de EA.

** Esta escala no es diagnostica, los resultados obtenidos se deben correlacionar con la historia del paciente. En este caso se descartó depresión.

*** Se encontró que anterior a los problemas de olvidos de las 14 AVD realizaba sola y sin dificultad 14 AVD. Posterior a los olvidos de las 14 AVD realiza 9 actividades sin dificultad. 4 actividades las realiza con dificultad pero sin ayuda. 1 actividad la realiza solamente con ayuda.

+ Déficit cognoscitivo moderado. La sumatoria directa fue de 20 puntos pero se adicionaron 2 puntos por presentar alteración visual evidente, siguiendo las recomendaciones del MINIMENTAL TEST.

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA.
ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Tabla 5. Escalas neuropsicológicas. Participante B

Proceso/escala	Puntuación directa	Puntuación normal
Atención*:		
- Retención de dígitos	8	8.58 □ 1.31
-Control mental de Wechsler	0	4.85 □ 2.43
-Ejecución continua:		
-Auditiva	15	>14
-Visual	11	>14
-Span curva verbal	1	5.65 □ 1.09
-Span curva visual	5	5.65 □ 1.09
-Prueba digito símbolo	11	30-59
Memoria**:		
Curva de memoria visual:		
-Volumen máximo	8	10
-Número de ensayos	No califica	6.53 □ 3.01
-Evocación diferida a los 3' y 20'	0	8.64 □ 1.17
-Organización mnésica	0.05	0.9 □ 0.1
-Fenómenos patológicos	Intrusión	/
Curva de verbal:		
-Volumen máximo	5	10
-Número de ensayos	No califica	6.53 □ 3.01
-Evocación diferida a los 3' y 20'	0	8.64 □ 1.17
-Organización mnésica	0.1	0.9 □ 0.1
-Fenómenos patológicos	Paramnesias literales, intrusiones perseverativas.	/
Escala de memoria de Wechsler:		
-Información	3	
-Orientación	4	
-Memoria lógica	1	5.25 □ 0.77
-Pares asociados	4.5	4.84 □ 0.36
-Memoria visual	0	12.12 □ 3.03
		15.20 □ 2.52
		8.15 □ 3.49
Figura compleja de rey:	0	
	0'00 "	
-Memoria		13.8
-Tiempo		3.12 □ 0.99

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA.
ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

Gnosias***: -Reconocimiento de Figuras superpuestas -Test de reconocimiento de Rostros	16 5	20 6
Praxias+: Corporales: -Orolinguofaciales -Ideomotoras -Ideacionales Visoconstruccionales: Figura compleja de rey: -Copia -Tiempo	81 22 24 0 00'0 "	90 30 50 32.5 3.12 □ 0.99
Lenguaje++: -Token test -Test de denominación de Boston -FAS fonológico -FAS semántico	0 11 6 7	34.07 □ 1.93 54.40 □ 3.47 29.1(7.8) 30.3(6.6)
Función ejecutiva+++: Test del sorteo de cartas de Wisconsin: -Número de categorías -Aciertos -Respuestas perseverativas -Errores perseverativos -Errores no perseverativos -Errores totales	No califica / / / /	5.8(0.5) 64.5(5.1) 14.7(7.32) 14.3(16.6) 10.8(5.2) 25.1(10.9)

* Se observaron dificultades en concentración, secuenciación y en la supervisión del control atencional.

** Se hallaron alteraciones en memoria semántica y episódica, así como en el almacenamiento de la información, al igual que en memoria visomotora; paramnesias literales e intrusiones perseverativas.

***Se observaron discretas alteraciones en percepción visual.

+ Apraxia construccional y corporales.

++El Token test fue discontinuado por errores consecutivos. Se observaron dificultades en la comprensión, la fluidez y la nominación. Marcada Anomia.

+++ El Test del sorteo de cartas de Wisconsin fue discontinuado por errores consecutivos lo que sugiere dificultades en automonitoreo o autocorrección (detenerse a pensar y corregir errores en

curso), rigidez cognitiva y poca flexibilidad mental, posible disfunción ejecutiva.

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la valoración neuropsicológica junto con otros instrumentos clínicos de ayuda diagnóstica, así como una exploración exhaustiva en la anamnesis, el examen neurológico y demás paraclínicos, pueden predecir en la adultez media, síntomas de deterioro cognitivo leve (DCL), como puerta de entrada a una demencia o acercarse objetivamente a una demencia de inicio precoz. En este caso, gracias a la metodología empleada para la exploración clínica y neuropsicológica, se obtuvo un diagnóstico de demencia por EA.

Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (EAIP) inician antes de los 66 años de edad como lo reveló el estudio de J. Vilalta-Franch et al (25), además es más frecuente en varones (26), en el mismo estudio se encontró que la edad media de inicio de la demencia, fue a los 60,6 años, frente a los 77,1 años de edad de los del grupo de enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (EAIT). Se observó que el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 46,2 meses, mientras que en el grupo de EAIT el tiempo medio fue de 29,6 meses.

En este estudio se encontraron datos que difieren de la anterior investigación, la edad en la que iniciaron los síntomas de la EA, para la participante A, fue a los 47 años y 4 meses, trascurriendo un tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 8 meses aproximadamente. De igual forma la edad en la que iniciaron los síntomas de la EA, para la participante B, fue a los 46 años y 6 meses, observando que el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de un año y medio aproximadamente.

Las personas con mayor edad, de 70 años en adelante (27, 28, 29, 30), comparadas con la población general y con diagnóstico de DCL se convierten en el grupo de sujetos más afectados y con posibilidad de evolucionar a las demencias. Es por esto que llama la atención el caso de estas dos usuarias de los servicios neurológicos de CITEN, no solo por su temprana edad en el diagnóstico sino porque también reúnen otros factores de riesgo para la EA.

En el estudio de E Henao-Arboleda et al (31), se encontró que a mayor escolaridad y mejor condición socioeconómica, existe menor afectación en el rendimiento cognitivo. La escolaridad y el nivel cultural son variables que pueden llegar a influir en este tipo de patología (32). En otro estudio realizado en Arequipa, Perú por J Abarca Cordero et al establecieron la relación entre el nivel educativo y deterioro cognitivo que evidencia la baja puntuación obtenida por la población analfabeta (33), tras la aplicación de instrumentos diagnósticos para DCL.

En esta investigación las participantes A y B son de estrato socioeconómico bajo y nivel educativo secundario. La participante A, trabajó en minería, en una bananera, entre otros oficios, actualmente esta cesante. Mientras que la participante B ha sido madre comunitaria, es decir coordina un hogar de niños cuyos padres trabajan todo el día y no pueden cuidar de ellos; esta actividad dejó de realizarla una vez su familiar/cuidador confirmó el diagnóstico de EA. Lo anterior corrobora la hipótesis planteada por los estudios de E Henao-Arboleda et al (31) y J Abarca Cordero et al (33), entre otros.

Existen otros factores de riesgo que sustentan el diagnóstico de ambas participantes y el adecuado uso de la metodología empleada en estos casos, a saber la anamnesis. La pérdida de masa corporal y su asociación con la demencia, es uno de estos factores. TF Hughes et al en su estudio sugiere que el índice de masa corporal (IMC) bajo o una disminución más rápida en el IMC en la vejez pueden ser indicadores preclínicos de una demencia subyacente (34). La participante A no se alimentaba bien desde hacía mucho tiempo, motivo por el cual había perdido, en poco tiempo, masa corporal, mientras que la participante B seguía su propia dieta baja en grasas, azúcares y harinas, sin recibir ningún control médico; también tenía bajo peso corporal al momento de ser evaluada y lo había perdido rápidamente. Cabe recordar que las participantes no pertenecen a la edad adulta mayor, pero de igual forma los factores de riesgo para demencia son los mismos para cualquier etapa del ciclo vital.

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

En conclusión, es de suma importancia ante todo paciente por joven que sea, con quejas subjetivas de memoria o cualquier otro cambio cognitivo o comportamental, realizar una minuciosa historia clínica sin pasar por alto aspectos como por ejemplo la dieta, el pérdida de masa corporal, que en nuestro quehacer neuropsicológico no es común pero si necesario explorar estas y otras áreas, por supuesto información que provenga de un familiar/cuidador; así mismo implementar un adecuado protocolo de pruebas clínicas y neuropsicológicas que logren arrojar un detallado perfil del sujeto. Todos los que trabajan en clínica saben que solo post mortem es que se puede confirmar 100% el diagnóstico de EA, pero gracias a todos estos estudios y avances se puede acercar cada día a un diagnóstico más objetivo y confiable. El examen neuropsicológico de individuos en los cuales se sospecha que padecen un síndrome demencial tiene tres objetivos fundamentales: 1. Proporcionar la información necesaria para el diagnóstico exacto y fiable del síndrome demencial; 2. Ofrecer una medida estándar y fiable para poder medir la gravedad del síndrome demencial y determinar longitudinalmente el proceso de deterioro cognoscitivo, y 3. Dar la información necesaria para determinar las limitaciones funcionales de los pacientes en su vida diaria (35).

REFERENCIAS:

1. Papalia E, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del adulto y vejez. Ed. Mc Graw Hill. Ciudad de México, México; 2009.
2. F Formiga, I Fort, MJ Robles, E Barranco, MC Espinosa, S Riu. Comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. Rev Clin Esp 2007; 207: 495-500.
3. H. Senties-Madrid, B. Estañol-Vidal. Demencias reversibles y demencias tratables. Revista neurológica 2006; 43 (2): 101-112.
4. P Casanova-Sotolongo, P Casanova-Carrilo, C Casanova Carrillo. La memoria: introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. Revista neurológica 2004; 38: 469-72.
5. CA Cano, DL Matallana, MP Montañes, MM Benito, M Jacquier, C de Santacruz et al. Manual de apoyo para el diagnóstico de demencias. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio, Instituto de Envejecimiento, Clínica de Memoria. 2003; 14.
6. M Jaquier, CA Cano, MP Montañes, N Rodríguez, DL Matallana, E Avella. Adaptación para Colombia de 3 pruebas de tamizado cognoscitivo en español y determinación de sus características operativas en una clínica de demencias en Bogotá. Memorias III Congreso nacional de neurología. 1997. 54.
7. R Allegri, F Taragano, M Feldman, P Harris, C Tagle. Relation between patient's subjective complaints and family reports in patients with Alzheimer's type dementia. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28(6): 373-8.
8. A Ardila, M Rosselli, P Puente. Neuropsychological evaluation of the Spanish speaker. New York: Plenum Press. 1994.
9. C Helmstaédter, M Kurthen, D Linke, C Élger. Right hemisphere restitution of language and memory functions in right hemisphere language-dominant patients with left temporal lobe epilepsy. Brain 1994; 729-737.
10. D Wechsler. Wechsler Adult Intelligence Scale, manual. New York: Psychological Corporation; 1955.
11. PA Osterrieth. Le test de copie d'une figure complexe. Archives de Psychologie 1944;

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

30: 206-356.

12. MF Folstein, SE Folstein, PR McHugh. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *Rev neurol J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
13. J Yesavage. Development and validation of a geriatrics depression scale. *J. Psychiatr. Res* 1983; 17: 31-49.
14. M Lawton, D Rajagopal, E Brody, M Kleban. *Journal of gerontology* 1992; (47) 4, 5156-5164.
15. B Reisberg, SH Ferris, MJ De Leon. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. *Neurology*. 43:350-260.
16. Academia Americana de Neurología. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV TR). 1 ed. Barcelona: Masson; 2000.
17. D Wechsler. Escala de memoria de Wechsler-III. Madrid: TEA Ediciones; 2004.
18. O Spreen, E Straus. A compendium of neuropsychological test. Administration, norms and commentary. New York: Oxford University Press; 1987.
19. EF Kaplan, H Goodglass, S Weintraub. The Boston Naming Test. 2 ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1983.
20. E De Renzi, LA Vignolo. The Token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain* 1962; 85: 665-78.
21. AL Benton, K Hamsher, NR Varney, O Spreen. Contributions to neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press. 1983.
22. RK Heaton, GJ Chelune, JL Talley, GG Kay, G Curtis. Wisconsin Card Sorting Test. Odessa: PAR; 1993.
23. JJ Shaughnessy, EB Zechmeister, JS Zechmeister. Métodos de investigación en psicología: diseños de un solo sujeto e investigación con *n* pequeña. Séptima México: ed. Mc Graw Hill; 2007.
24. R Hernández, C Fernández, P Baptista. Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: ed. Mc Graw Hill; 2006.
25. J Vilalta-Franch, S López-Pousa, J Garre-Olmo, A Turon-Estrada, I Pericot-Nierga. Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer según la edad de inicio. *Revista neurológica* 2007; 45 (2): 67-72.
26. A McMurtray, DG Clark, D Christine, MF Mendez. Early-onset dementia: frequency and causes compared to late-onset dementia. *Demen Geriatr Cog Disord* 2006; 21: 59.
27. N Gómez, BM Bonnin, MT Gómez, B Yáñez, AL González. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med* 2003; 42: 12-7.
28. OL López, WJ Jagust, ST DeKosky, JT Becker, A Fitzpatrick, C Dulberg et al. Prevalence and

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA EN LA ADULTEZ MEDIA. ESTUDIO DE CASOS DE INICIO PRECOZ

classification of mild cognitive impairment in the cardiovascular health study cognition study. Arch Neurol 2003; 60: 1385-9.

29. O López. Clasificación del deterioro cognitivo leve en una estudio poblacional. Revista neurológica 2003; 37: 140-144.
30. JM Villalpando, LM Gutiérrez, S Mejía, A Villa. Factores asociados a la presencia de deterioro cognitivo leve en una población urbana de ancianos mexicanos. 4º Congreso Internacional de Cerebro y Mente de la Asociación Latinoamericana de Neuropsicología (ALAN). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. 27 de febrero a 2 de marzo de 2005.
31. E. Henao-Arboleda, DC Aguirre-Acevedo, C Muñoz, DA Pineda, F Lopera. Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. Revista de neurología 2008; 46 (12): 709-713
32. CD Mías, M Sassi, Masih, A Querejeta, R Kranwchik. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. Revista neurológica 2007; 44: 733-8.
33. JC Abarca, BN Chino, ML Llacho, K Gonzales, K Ucho, R Vázquez, et al. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 2008; Vol.8, No 2.
34. TF Hughes, AR Borenstein, E Schofield Y Wu, EB Larson. Association between late-life body mass index and dementia The Kame Project. Neurology, American Academy of Neurology 2009;72:1741-1746.
35. J.T. Becker. El examen neuropsicológico en pacientes con demencia. Revista neurológica 1998; 27 (Supl 1): S 24-S 26.