

COMUNICACION PRESENTADA EN EL SEGUNDO CONGRESO DE PSICOLOGIA CONDUCTUAL.
ISLAS BALEARES, ABRIL 1993.

EVALUACION DEL DETERIORO
NEUROPSICOLOGICO EN LA DEMENCIA SENIL
TIPO ALZHEIMER.

MUÑOZ CESPEDES, J.M.

MIGUEL TOBAL, J.J.

CANO VINDEL, A.

IRUARRIZAGA DIEZ, I.

PUENTE, A.E.

(Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Dpto. de
Psicología Básica - Procesos Cognitivos -)

INTRODUCCION.

*El aumento progresivo de la esperanza de vida y de los índices de longevidad trae consigo la aparición de nuevos problemas de salud. La O.M.S. señala, en 1989, que uno de los cinco problemas más importantes desde la perspectiva geriátrica los constituyen los síndromes asociados a deterioro orgánico cerebral senil y, dentro de ellos, destaca la elevada incidencia de la Enfermedad de Alzheimer (E.A.).

* La exploración neuropsicológica en sujetos con Demencia Senil Tipo Alzheimer (D.S.T.A.) es una tarea especialmente dificultosa. Hay diversos factores que contribuyen a ello, y algunos de los más destacados son:

- La complejidad de las funciones neurocognitivas que se evalúan.
- La gran cantidad de variables y factores que, potencialmente, pueden afectar a dicha exploración - fatiga, escasa cooperación, déficits sensoriales asociados, ausencia de datos normativos...
- La dificultad del diagnóstico diferencial frente a otras demencias en ancianos, esencialmente vasculares, y otros trastornos cuyas manifestaciones muchas veces se solapan con las que aparecen en la E.A. - olvido senil benigno, estados confusionales y, sobre todo, pseudodemencia depresiva -.

* En las dos últimas décadas han surgido múltiples escalas para la evaluación de los principales déficits cognitivos que caracterizan a las D.S.T.A.. Diversos autores (GILLEN, 1982; Mac INNES, 1987; Mc CUE, 1987, 1990) han empleado la L.N.N.B. como procedimiento de exploración tanto desde una perspectiva de investigación básica como desde un ámbito eminentemente clínico.

* En nuestro trabajo hemos empleado la versión preliminar de la batería de evaluación LURIA - MADRID, adaptación española de la L.N.N.B. (GOLDEN, PURISH y HAMMEKE, 1979, 1986) con un doble objetivo:

a) Identificar con mayor precisión el tipo de deterioro neurocognitivo que se produce en los estadios iniciales y medios de la enfermedad.

b) Minimizar el número de falsos positivos y ayudar al diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos que también cursan con deterioro neuropsicológico en ancianos.

* Sin más dilación pasamos a exponer un primer estudio comparativo de las neurocognitivas entre sujetos con D.S.T.A. y sujetos normales de más de 6) años.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

* En primer lugar debemos agradecer la colaboración del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Clínico San Carlos, en concreto al Departamento de Consultas Externas, que nos proporcionó una ayuda inestimable al facilitarnos gran parte de la muestra de sujetos con D.S.T.A,

* El grupo de pacientes estaba constituido por 8 varones y 9 mujeres que:

- a) cumplían los criterios actualmente aceptados para el diagnóstico de E.A. (Mc KHAN, 1984 y D.S.M. III-R, 1987)
- b) llevaban un periodo máximo de evolución de 3 años.

* El grupo control estaba constituido por 10 varones y 11 mujeres que no manifestaban ningún tipo de trastorno neurológico ni psiquiátrico, ni tampoco historia de alcoholismo o toxicomanía.

* En ambos grupos se excluyeron:

- a) sujetos que no supieran leer ni escribir.
- b) Sujetos con déficits importantes en agudeza visual o auditiva.

- INSERTAR TABLA 1 -

No existen diferencias significativas entre ambos grupos ni en edad ni en nivel de escolarización.

RESULTADOS.

Vamos a comentar brevemente los resultados obtenidos en diferentes escalas clínicas, y después señalaremos algunos aspectos destacados obtenidos con alguna escala sumaria y de localización.

1. ESCALAS CLINICAS.

- INSERTAR GRAFICA 1 -

Vemos que, como era previsible, los sujetos con D.S.T.A. obtienen peores resultados en todas las escalas. Comentaremos, ante la limitación de tiempo, exclusivamente las más significativas.

SUBESCALA RITMICA (C.2.)

Es la escala en que aparecen mayores diferencias entre ambos grupos. Los pobres resultados reflejan esencialmente dificultades en atención selectiva y focalización.

Hay diferencias respecto a los déficits atencionales propios del " síndrome frontal " pues los individuos con E.A. desvían su atención de un objeto a otro, mientras que en las alteraciones frontales hay tendencia a perseverar en objetos previamente reconocidos en el medio ambiente.

SUBESCALA VISUAL (C.4.)

Es uno de los aspectos que más se deterioran en etapas iniciales e intermedias, y en ocasiones los cuadros debutan con alteraciones visoespaciales; este fenómeno también ha sido confirmado por GIL y SALADIE (1991) con el empleo de la batería PIENC 86.

En general, el reconocimiento de objetos no se ve afectado inicialmente, pero si aparece un profundo deterioro en la organización visoespacial -

que contribuiría a explicar la precoz desorientación espacial -.

SUBESCALAS RECEPTIVA / EXPRESIVA DEL HABLA (C.5. y C.6.)

Las diferencias son significativas en la escala receptiva, pero no así en la escala motora.

Cuando se analiza el lenguaje de los sujetos que padecen D.S.T.A. se encuentra esencialmente:

- Dificultad para encontrar la palabra correcta.
- Respuestas que no encajan con las preguntas planteadas. Por ejemplo, escribir la palabra reloj cuando tienen que dibujarlo.
- Confusiones en la relación de conceptos.

Esta discrepancia Comprensión / Expresión puede ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial frente a otras demencias subcorticales, por ejemplo, Demencia en Parkinson, que se caracteriza básicamente por alteraciones en la expresión - Disartria, ecolalia, palilalia, logoclonia...- (CUMMINGS, 1985).

Recientemente se ha empezado a hablar de la existencia de diferentes subgrupos en la D.S.T.A. Así, autores como RAPCSACK y FLICKER, están actualmente sugiriendo que en las demencias de aparición precoz (< 65 años), en las primeras etapas aparecen de modo más evidente alteraciones en la comprensión del lenguaje, mientras que en las demencias de aparición más tardía inicialmente cursan con un mayor deterioro en la organización visoespacial.

SUBESCALA ARITMETICA (C.9.)

Los sujetos con E.A. presentan notables dificultades en la comprensión de la estructura de los números y, especialmente, una profunda reducción

de la flexibilidad mental para el cálculo.

Estos resultados confirman los obtenidos por otros autores (REICHEL y ANDERSEN, 1987), quienes señalan que al evaluar las actividades de la vida diaria (A.V.D.) los sujetos con E.A. manifiestan desde los primeros momentos dificultades en el manejo de pequeñas cantidades de dinero.

SUBESCALA DE MEMORIA (C.10.)

El deterioro de la memoria aparece como el primer síntoma en la mayoría de los casos. Se caracteriza por:

- dificultad para aprender material nuevo del tipo que sea - verbal - figural -.
- dificultad para recordar material aprendido anteriormente.

Un inconveniente de la escala es que sólo explora memoria de fijación y memoria secundaria. No obstante, en nuestra experiencia hemos comprobado que la D.S.T.A. se diferencia de otras alteraciones - demencias subcorticales, olvido senil benigno - en que los sujetos afectados de Alzheimer:

- tienen mayores dificultades en la evocación y reconocimiento de acontecimientos lejanos.
- presentan un déficit más profundo en la Memoria Semántica.
- son incapaces de emplear las ayudas que se les ofrecen.

2. ESCALAS SUMARIAS.

- INSERTAR GRAFICA 2 -

SUBESCALA PATOGNOMONICA (S.1.)

Es una escala creada para simplificar la discriminación entre sujetos normales y sujetos con lesión o deterioro cerebral.

Vemos que la escala discrimina adecuadamente entre ambos grupos, siendo las diferencias significativas (p 0.01).

3. ESCALAS DE LOCALIZACION.

SUBESCALA TEMPORAL IZQUIERDA (L.4.)

SUBESCALA FRONTAL DERECHA (L.5.)

SUBESCALA PARIETO - OCCIPITAL DERECHA (L.7.)

El objeto de estas escalas no es, en ningún caso, sustituir las técnicas de neuroimagen (T.A.C., R.M.N. y T.E.P.) más sofisticadas y precisas en este aspecto.

Hecha esta importante acotación, podemos señalar que nuestros resultados parecen sugerir una mayor afectación de zonas secundarias y terciarias. En la misma línea se ha manifestado BIGLER (1988), quien, con el empleo de T.E.P. ha sugerido un hipometabolismo de zonas frontales y parieto - temporales de asociación, más que de zonas corticales primarias.

CONCLUSIONES.

Para no fatigarles más, vamos a finalizar señalando algunas ideas esenciales a modo de resumen.

* Es cierto que el deterioro de la memoria es el primer síntoma y el más llamativo en las fases iniciales de la enfermedad. De hecho, el diagnóstico de E.A. es casi injustificable en ausencia de una atención de la memoria.

Ahora bien, cuando se lleva un estudio neuropsicológico más en profundidad comprobamos que el deterioro es más amplio y global, afectando notablemente a otras funciones - atención selectiva, habilidades motoras complejas, organización visoespacial y visomanipulativa, comprensión del lenguaje...-

* La aplicación exclusiva de tests abreviados tipo Mini Mental parece un procedimiento insuficiente en la evaluación neurocognitiva de estos sujetos. Los estudios de más complejidad pueden ser de gran ayuda en:

a) El establecimiento de grupos homogéneos para las investigaciones neurobiológicas.

b) la valoración de la eficacia de los potenciales tratamientos farmacológicos, sobre todo en un momento en que el acercamiento farmacológico de estos trastornos es heterogéneo, variopinto y no siempre bien justificado.

c) el establecimiento de un diagnóstico diferencial más preciso respecto al olvido senil benigno, depresión y demencias subcorticales, pues aunque hoy en día no se conoce un tratamiento eficaz para la D.S.T.A. si es posible el tratamiento con éxito de la depresión, por ejemplo.

* En el futuro la investigación ha de hacer especial hincapié en dos aspectos:

a) La elaboración de una escala LURIA - MADRID específica para el estudio de la población anciana que debería incluir a nuestro juicio algunas modificaciones como:

- Modificación de los tiempos límites de respuesta.

- La eliminación de items para conseguir un procedimiento más breve.

Esta es una línea que ya ha sido iniciada por Mc CUE (1987), pero que todavía no ha alcanzado suficiente desarrollo.

b) Desarrollar más investigación en las dificultades en las actividades de la vida diaria para establecer las necesarias intervenciones sobre el ambiente físico y mantener en lo posible el grado máximo de autonomía funcional.

En la Universidad Autónoma de Madrid, un grupo encabezado por FDEZ. BALLESTEROS (1991) está actualmente trabajando en esta dirección.

TABLA 1
MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS
EN EDAD Y EDUCACION

	CONTROL (N=21)		D.S.T.A. (N=17)	
	X	Sx	X	Sx
EDAD	69.23	5.55	69.88	5.17
EDUCACION	5.90	4.18	5.41	2.45

CONTROL vs D.S.T.A.

**MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS Y DIFERENCIAS DE MEDIAS
EN LAS DISTINTAS SUBESCALAS**

		CONTROL	D.S.T.A.	Mann-W	P
MOTORA	X	26.61	40.80	81.0	.0193
	Sx	16.74	17.18		
RITMICA	X	9.61	15.58	67.0	.0010
	Sx	5.04	4.38		
TACTIL	X	14.09	17.52	108.5	.1264
	Sx	4.41	5.24		
VISUAL	X	12.04	19.17	79.0	.0033
	Sx	5.44	7.24		
RECEPTIVA HABLA	X	12.76	23.5	76.5	.0056
	Sx	7.34	12.29		
EXPRESIVA HABLA	X	23.61	30.01	131.5	.3811
	Sx	7.34	20.35		
ESCRITURA	X	10.85	15.82	101.5	.0765
	Sx	6.56	6.65		
LECTURA	X	6.85	10.97	102.5	.0845
	Sx	3.60	7.33		
ARITMETICA	X	13.78	22.25	74.0	.0097
	Sx	9.02	7.83		
MEMORIA	X	14.42	20.05	85.0	.0059
	Sx	6.50	4.80		
PROCESOS INTELECTU.	X	34.14	43.93	116.5	.0886
	Sx	13.77	14.67		

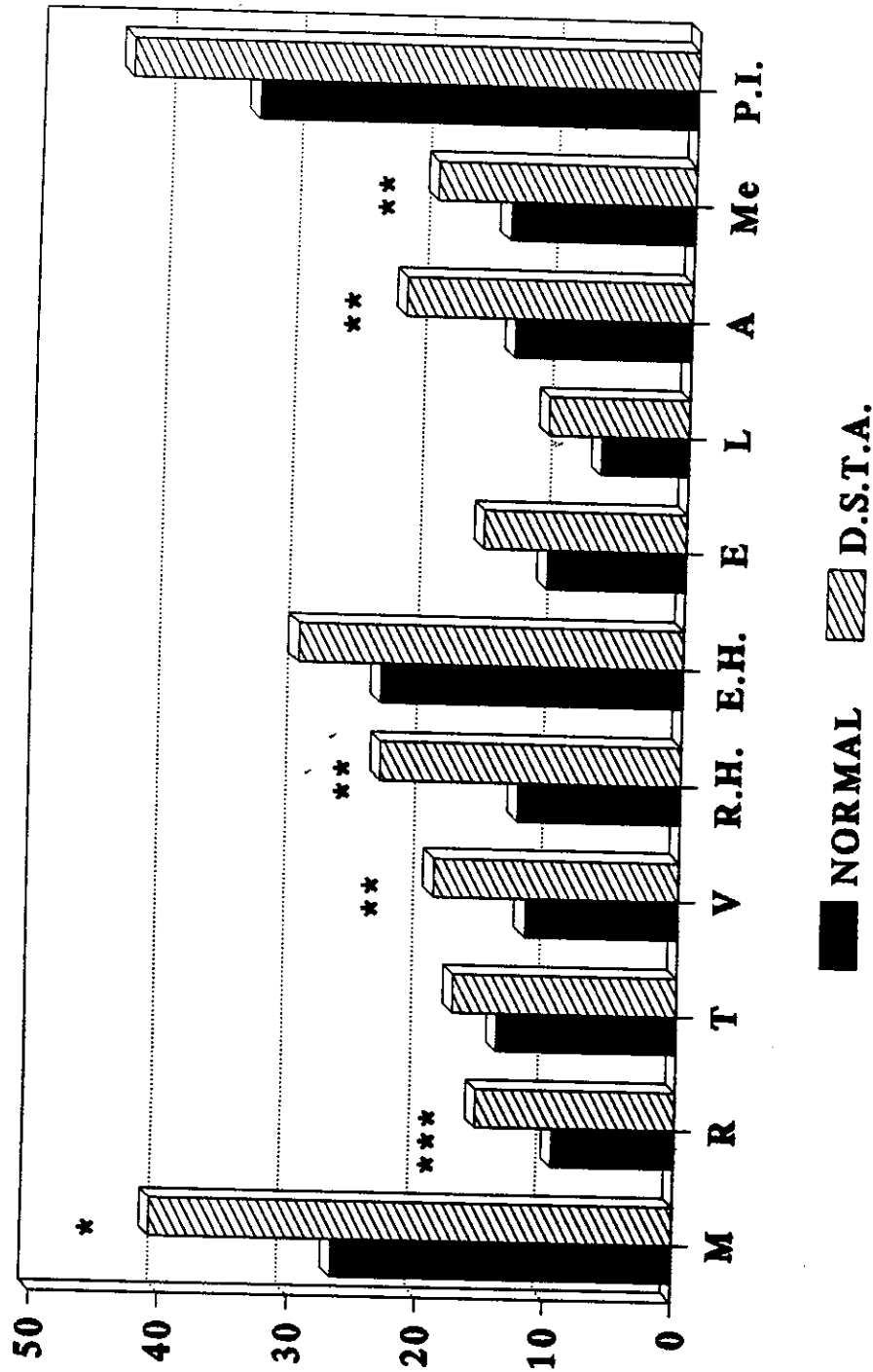
TABLA 3
CONTROL vs D.S.T.A.

MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS Y DIFERENCIAS DE MEDIAS
EN LAS DISTINTAS SUBESCALAS

		CONTROL	D.S.T.A.	Mann-W	p
PATOGNOM	X	22.42	34.17	85.5	.0066
	Sx	9.58	13.57		
FRONT.DCHO	X	13.52	20.23	73.0	.0019
	Sx	6.07	6.31		
PARIE. DCHO	X	20.19	31.47	74.5	.0022
	Sx	9.04	10.65		
TEMP.IZQ	X	14.63	25.29	64.0	.0020
	Sx	6.27	10.54		

CONTROL vs D.S.T.A.

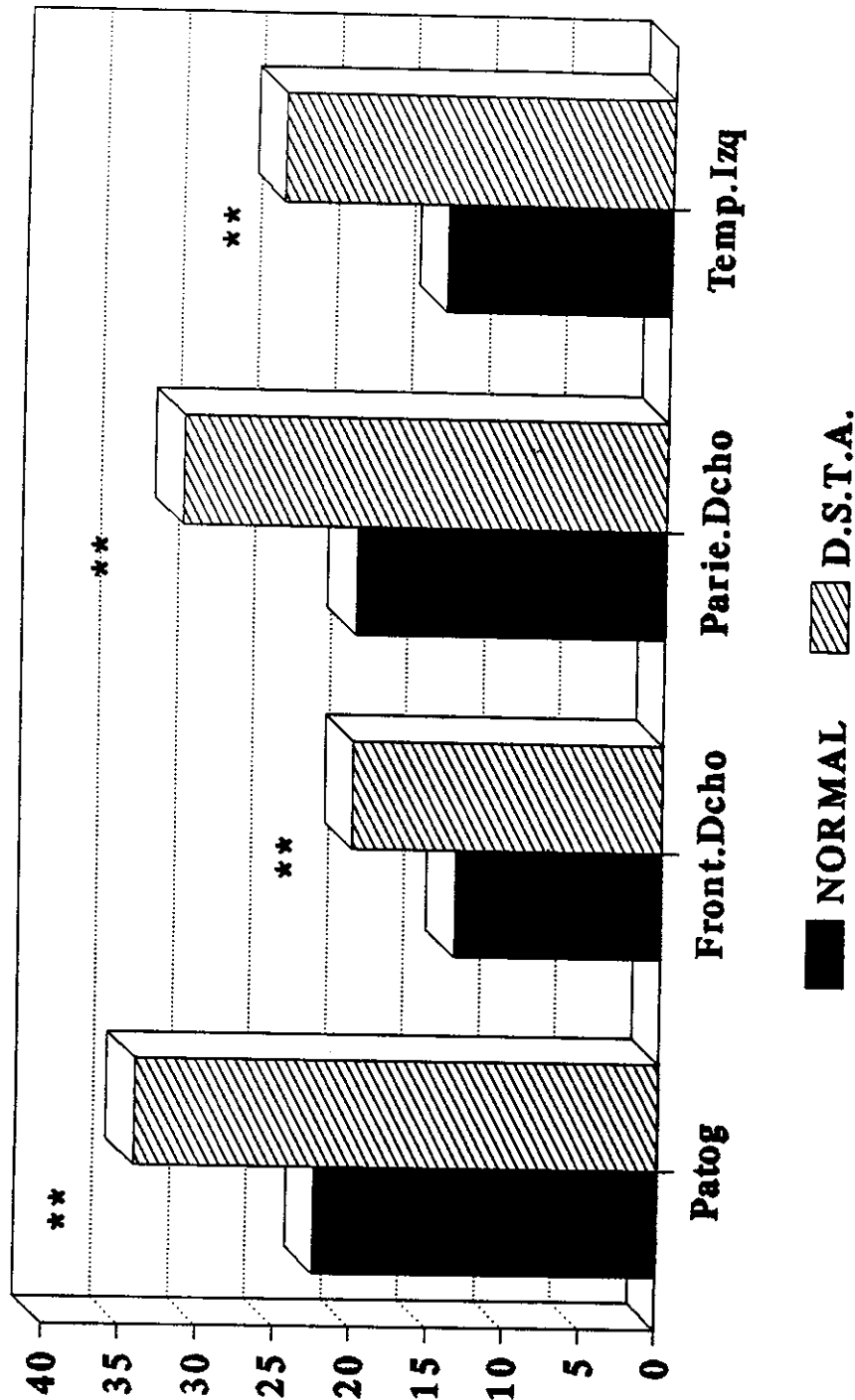
Medias en escalas de la LNNB



N.S.: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

CONTROL vs D.S.T.A.

Medias en escalas de la LNNB



N.S.: *p<0.5 **p<.01 ***p<.001