

Reportaje

## ¿Es el deterioro mental leve parte del envejecimiento?

**Dra. Luz Elena Navares**

Cuando pensamos en envejecer, nos invaden sentimientos encontrados: por un lado, el temor de morir y, de manera contradictoria, el miedo de llegar a envejecer. ¿Por qué surge este gran temor a envejecer? Cuando realizo esta pregunta, las personas por lo general me responden dos cosas: tener que depender de terceras personas, y perder la razón o presentar demencia.

Es verdad que con el proceso del envejecimiento hay un deterioro en nuestro físico y de igual manera en nuestros procesos mentales o cognitivos, sin embargo, no es parte del envejecimiento normal llegar a la demencia. Se pueden tener algunas carencias leves o entorpecimientos: la velocidad de proceso mental y la memoria declinan con la edad; pero, en realidad no existe una pérdida y los cambios son escasos.

Los intentos de caracterizar los cambios cognitivos o mentales asociados al envejecimiento normal, han generado expresiones como «olvido senil benigno», «deterioro de la memoria asociado a la edad» o «deterioro cognitivo asociado a la edad». Estos términos reflejan generalmente los extremos del envejecimiento normal, más que un envejecimiento enfermizo. Un envejecimiento satisfactorio va más allá de las definiciones funcionales y cognitivas, teniendo en consideración el bienestar psicológico subjetivo del individuo.

### **El deterioro cognitivo leve**

El proceso que encontramos en el deterioro cognitivo leve es diferente; es como un estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia leve. Los pacientes con una notoria falta de memoria pero sin otras alteraciones cognitivas, así como los pacientes con pequeñas deficiencias en varias áreas cognitivas, pero sin deterioro funcional en la realización de las tareas domésticas o laborales, no reúnen criterios para ser diagnosticados como demencia. Se considera que estos pacientes padecen deterioro cognitivo leve, o deterioro cognoscitivo leve.

En cambio, los criterios para diagnosticar demencia, tal y como están especificados en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) requieren que el paciente tenga déficit cognitivo en dos o más áreas, tales como memoria, lenguaje, cálculo, orientación y juicio. Además, la pérdida ha de ser lo suficientemente importante para originar incapacidad de relacionarse socialmente o trabajar.

### **Criterios de diagnóstico**

Existen varios criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, pero los más aceptados y utilizados son los realizados por Petersen y colaboradores:

- Pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador de confianza.
- Disminución de la facultad de memoria por debajo de la media para su edad.
- Cognición (conocimiento) general normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Sin embargo, el deterioro cognitivo leve es una enfermedad provocada por muchas causas, como lesiones degenerativas, problemas vasculares o psiquiátricos, asociación entre otros estados patológicos o enfermedades, y con evoluciones en donde algunos sujetos empeoran y otros no decaen, presentando estos últimos un deterioro cognitivo estable o incluso reversible.

Por otra parte, el grupo de trabajo del Consorcio Europeo en Enfermedad de Alzheimer (EADC por sus siglas en inglés) ha realizado una revisión crítica del concepto sobre deterioro cognitivo leve, y propone un procedimiento nuevo de diagnóstico con los siguientes pasos diferenciados:

1. Quejas cognoscitivas procedentes del paciente o un familiar.
2. El sujeto o el informador refieren un declive en el funcionamiento cognoscitivo, respecto a las capacidades previas, durante los últimos doce meses.
3. Trastornos evidenciados mediante evaluación clínica: deterioro de la memoria u otro dominio cognoscitivo.
4. El deterioro cognoscitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
5. Ausencia de demencia.

En segundo lugar, se deben reconocer varios subtipos dentro del DCL, como amnésico (pérdida de la memoria) y no amnésico, con afección de una o varias áreas cognoscitivas distintas de la memoria. El procedimiento diagnóstico propuesto por el EADC permite identificar a pacientes con un riesgo elevado de progresión hacia la demencia, y también establecer estrategias terapéuticas específicas más adecuadas a estadios precoces, junto con un manejo global más estructurado.

Es importante recalcar que, como en todos los pacientes, se debe realizar una historia clínica completa, escalas para revisión del estado mental (existen diferentes escalas de valoración), estudios de laboratorio y radiológicos (tomografías o resonancias magnéticas) que ayudarán a llegar al diagnóstico correcto.

**ESCALAS DE REVISIÓN ESTADO MENTAL: CDR DE HUGHES**

Demencia	Sano (CDR 0)	Cuestionable (CDR 0.5)	Leve (CDR 1)	Moderada (CDR 2)	Grave (CDR 3)
Memoria	Sin pérdida de memoria. Olvidos de poca importancia.	Olvidos consistentes leves; recuerdo parcial de acontecimientos. Olvidos «benignos».	Pérdida de memoria moderada, más marcada para acontecimientos recientes; el defecto interfiere con actividades diarias.	Grave pérdida de memoria; retención exclusiva de material muy importante; pérdida rápida de material nuevo.	Grave pérdida de memoria, sólo quedan fragmentos.
Orientación	Completamente orientado.	Completamente orientado.	Algunas dificultades con relaciones temporales; orientados por lugar y persona durante la prueba pero puede haber desorientación geográfica.	Habitualmente desorientación temporal, a menudo de lugar.	Orientación sólo respecto a personas.
Juicio y resolución de problemas	Resuelve bien problemas cotidianos; buen juicio respecto al rendimiento pasado.	Sólo deterioro dudoso en la resolución de problemas. Similitudes-diferencias.	Dificultad moderada para manejar problemas complejos; el juicio social suele mantenerse.	Manejo de problemas gravemente deteriorado. Similitudes-diferencias; el juicio social suele estar deteriorado.	Incapaz de intentar juicios o resolver problemas.
Vida social	Función independiente en el nivel habitual de trabajo, compras, negocios y asuntos financieros; grupos sociales y voluntarios.	Deterioro dudoso o leve si es que existe, en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades aunque todavía puede realizar algunas; puede aparecer normal en contacto casual.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.
Hogar y aficiones	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien.	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien, sólo ligeramente deteriorados.	Leve pero definitivo deterioro de función doméstica; se abandonan las tareas más difíciles; se abandonan aficiones e intereses más complejos.	Sólo se conservan las tareas más sencillas; intereses muy limitados. Mantenimiento pobre.	Ninguna función doméstica significativa fuera de la habitación propia.
Cuidado personal	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Necesita estimulación ocasional.	Necesita asistencia para vestirse, lavarse y cuidar de sus efectos personales.	Requiere mucha ayuda para el cuidado personal; a menudo incontinente.

Se asigna a cada concepto (memoria, orientación...) la puntuación que le corresponda (0, 0.5, 1, 2 o 3) de acuerdo con la casilla de la tabla que encaje mejor con el estado clínico del paciente. La afectación del área «memoria» tiene predominio para determinar el estadio general. Si al menos otras tres áreas son calificadas con la misma puntuación que la memoria, el grado de afectación de ésta es el que define el estadio general. Sin embargo, si tres o más categorías se gradúan por encima o por debajo de la calificación de la memoria, entonces predomina la puntuación de aquéllas. La puntuación se expresa mediante el valor que resulte representativo según lo explicado en los párrafos anteriores. Por ejemplo, «CDR=2», que se correspondería con una demencia en estadio moderado.

**Tratamiento**

Ante todo, hay medidas generales:

1. Control de los factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipidemia y tabaquismo.
2. Dietas hipocalóricas (estudios en animales han mostrado que estimulan la formación de factores neurotróficos en el entorno cerebral), alto consumo de antioxidantes, folatos (que disminuirían el estrés oxidativo), pescado y grasas poliinsaturadas.
3. Cambios en el estilo de vida: el ejercicio físico y el consumo moderado de alcohol se asocian a menor incidencia de demencia.

*Terapia cognitiva*

Los programas de entrenamiento de memoria, con técnicas de relajación, repetición de hechos o datos, de imágenes; categorización de la información y uso de reglas mnemotécnicas, pueden ser eficaces.

*Medidas farmacológicas*

Queda pendiente definir la eficacia de las medidas farmacológicas. Por ahora, parece altamente recomendable aplicar en los pacientes con deterioro cognitivo leve todas las

medidas generales y de estimulación cognitiva que se han asociado a una menor incidencia de la enfermedad de Alzheimer.

### **Instrucciones**

**ORIENTACIÓN:** un punto por cada acierto; enumerar cada concepto y esperar la respuesta.

**FIJACIÓN:** decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se da un punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento.

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:** se da un punto por cada respuesta correcta. Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.

**MEMORIA:** se da un punto por cada palabra recordada, independientemente del orden.

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:** se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita («cierre los ojos»). Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado, y con sentido (no se valoran caligrafía ni ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de sus ángulos. La puntuación máxima es 35; se considera que existe deterioro cognitivo si es menor de 23 puntos.

### **Orientación en el tiempo y espacio.**

«Dígame el día de la semana, día del mes, mes, estación del año y año en el que estamos» (0-5 puntos).

«Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, el estado y el país en el que estamos» (0-5 puntos).

### **Fijación.**

«Repita estas palabras: caballo, peso, manzana» (0-3 puntos).

### **Concentración y cálculo.**

«Si tiene 30 pesos y me los va dando de tres en tres, ¿cuántos le van quedando?» (0-5 puntos).

«Repita 3-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalo al revés, empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera» (0-3 puntos).

### **Memoria.**

«¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Repítalas» (0-3 puntos).

### **Lenguaje y construcción.**

«¿Qué es esto? (mostrar un reloj) ¿y esto? (mostrar un bolígrafo)» (0-2 puntos).

«Repita la siguiente frase: “En un trigal había cinco perros”» (0-1 puntos).

«Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿qué son? ¿Y un perro y un gato?» (0-2 puntos).

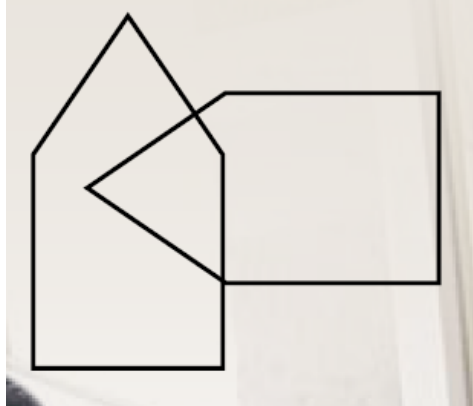
CENTRO SAN CAMILO  
VIDA Y SALUD  
NO. 34 (2008)

«Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo» (0-3 puntos).

«Lea esto y haga lo que dice» (0-1 puntos).

«Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta» (0-1 puntos).

«Copie este dibujo» (0-1 puntos).



**Glosario**

**FUNCIÓN COGNITIVA.** Se refiere a la capacidad de procesar la información entrante. La cognición es el conocimiento del entorno empleando la percepción, el razonamiento, el juicio, la intuición y la memoria.

**FUNCIONES COGNOSCITIVAS.**

Se dividen en cuatro clases:

1. **RECEPTIVAS**, que permiten la adquisición, procesamiento, clasificación e integración de la información.
2. La **MEMORIA** y el **APRENDIZAJE** permiten el almacenamiento y acceso a la información.
3. El **PENSAMIENTO** o la **RAZÓN**, relacionados con la organización y reorganización mental de la información.
4. Las **FUNCIONES EXPRESIVAS** permiten la comunicación o la acción.

**MEMORIA.** Facultad o capacidad que poseemos los seres humanos de almacenar y retener los conocimientos que adquirimos, utilizando los procedimientos necesarios para ello, como el establecimiento de relaciones entre los conocimientos que ya tenemos y los nuevos que intentamos aprender, para así recordarlos y hacer uso de ellos cuando los necesitemos en situaciones diferentes.