



webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Deterioro comportamental leve como pródromo de las demencias



Ponente:

Dr. Luis Agüera Ortiz

Sociedad Española de Psiquiatría
y Salud Mental-SEPSM

JUEVES 5 OCTUBRE DE 2023



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Doctor Luis Agüera, jefe de sección del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario 12 de octubre y profesor asociado del departamento de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Es también expresidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría y en la actualidad coordina una de las unidades de investigación en neurociencias del Instituto de investigación del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid. Es miembro del Centro de Investigación Básica en Red de Salud Mental CIBERSAM y además forma parte del comité ejecutivo del grupo de investigación ISTAART de la Asociación Internacional de Alzheimer y hoy representa a la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Bueno pues muchas gracias por la presentación y muchas gracias a CEAFA por invitarme a compartir con ustedes un concepto que es relativamente reciente y que creo que puede ser útil para ayudar en la detección precoz de casos iniciales de cualquier demencia y del Alzheimer en particular.

Hace ya tiempo que consideramos que la enfermedad de Alzheimer es un trastorno que no empieza con los primeros síntomas de la enfermedad, sino que existen unos estadios precoces. Es más, ahora se define un **estadio presintomático**, es decir ya se pueden detectar daños en el cerebro de personas que no tienen absolutamente ningún síntoma. Ha sido conocido este **estadio de deterioro cognitivo leve**. La persona tiene pequeños déficits pero aún no tiene una demencia y después, ya cuando esto repercute de una manera significativa en la vida de la persona, pues hablamos de demencia en sus estadios de leve, moderado y grave.

Por lo tanto estamos redefiniendo claramente **la enfermedad de Alzheimer, que es una enfermedad neurodegenerativa independientemente del estatus clínico en el que se encuentre.** Se pueden conceptualizar dos estadios: uno preclínico en el que la persona tiene ya lesiones pero no tiene ningún síntoma y está haciendo una vida perfectamente normal; y luego ya un estadio en el que empieza a ver al principio pequeños síntomas, y después ya la demencia se termina por imponer.

El concepto de deterioro cognitivo leve está siendo de mucha utilidad. Ya en el año 2011 se redefinieron sus criterios como un estadio en el que hay una preocupación acerca de pequeños cambios cognitivos con déficit de uno o más aspectos del funcionamiento intelectual o cognitivo de la persona, pero esa persona es perfectamente independiente en sus capacidades funcionales. Es decir, que en el estadio del deterioro cognitivo leve la persona no tiene una demencia, pero al ser un estadio inicial de la demencia conforme van pasando los años las tasas anuales de desarrollo de una demencia se van incrementando.

De otro lado hace ya una veintena de años que se reivindicó la importancia de los síntomas que se denominan psicológicos o comportamentales o neuropsiquiátricos de la demencia. Y en este momento pues el concepto actual de la

demencia define dos tipos de síntomas que son dos caras de la misma moneda. Quizás el que ha tenido más fortuna o el que se le ha prestado más atención son los síntomas cognitivos como problemas de la memoria, en el lenguaje, en la capacidad de reconocer objetos, en la en la orientación...

Pero existe un grupo de síntomas igualmente importantes que son los denominados **síntomas psicológicos y comportamentales**. Los síntomas psicológicos son pues más complejos y podemos hablar ahí de delirios, alucinaciones, depresión, ansiedad... y los comportamentales son más básicos como puede ser los estados de agitación o por ejemplo caminar frecuente, la deambulación errática, que tienen muchas personas que padecen la enfermedad.

Realmente **los síntomas neuropsiquiátricos de las demencias o psicológicos y comportamentales (se pueden utilizar los dos términos) son síntomas no cognitivos**, y ya Alzheimer, en la primera paciente que él describió como la señora Augusta, ya los describió porque esta señora estaba ingresada en el hospital psiquiátrico de Frankfurt por un delirio de celos. Cuando aparecen síntomas neuropsiquiátricos y aparecen con bastante gravedad, se asocian a un deterioro cognitivo más rápido, y de hecho incrementan la tasa de progresión anual de la demencia desde el deterioro cognitivo leve un 10% cuando no hay síntomas neuropsiquiátricos, a un 25% cuando ya hay síntomas neuropsiquiátricos en estos estadios más precoces.

“Los síntomas psicológicos y comportamentales, producen mayor institucionalización, más sobrecarga del cuidador y peor calidad de vida.”

Los síntomas neuropsiquiátricos o psicológicos y comportamentales de la demencia también inciden en una mayor tasa de necesidad de paso a vivir a la residencia. Incrementan extraordinariamente la sobrecarga del cuidador, eso todas las personas que están al cargo de una persona con demencia lo saben bien. **Y desde luego proporcionan una peor calidad de vida tanto al paciente como a las personas que le**

cuidan. En un momento dado deja de ser trascendente si la persona con demencia ya no puede manejar sus cuentas o no es capaz de hacer una llamada de teléfono, y empieza a ser mucho más trascendente si esa persona no duerme bien, tiene alucinaciones, ve gente en la casa, está asustado grita o se agita.

No es infrecuente que los estadios precoces de la enfermedad, cuando incluso pacientes tienen todavía un deterioro cognitivo muy leve o ninguno, reciban un diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, muy frecuentemente, depresión. Y no se tiene en cuenta que a lo mejor esos síntomas como ansiedad, depresión, inquietud, cambios en la manera de ser, cambios en la personalidad... a lo mejor no es una enfermedad primaria como por ejemplo un trastorno depresivo, sino síntomas precoces o muy precoces de la demencia. Con cuánta frecuencia en muchos pacientes antes de recibir el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer han recibido diagnósticos de otros trastornos y tratamientos. En ese momento es inevitable porque la persona no tenía síntomas de la enfermedad, pero sí que puede traducirse en retrasos en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y una atención inadecuada.

Quería tratar de traerles fundamentalmente este nuevo concepto que es muy parecido al del deterioro cognitivo leve: el **deterioro cognitivo leve son síntomas cognitivos que preceden a la demencia**. Y este nuevo concepto es el del **Deterioro Comportamental Leve**. La enfermedad de Alzheimer y las demencias en general tienen dos tipos de síntomas como dos caras de la misma moneda, los síntomas cognitivos y los síntomas comportamentales o no cognitivos. Era lógico pensar que una parte de los pacientes podrían empezar no con síntomas cognitivos sino con síntomas de tipo psicológico, de tipo comportamental, y ese ha sido una línea de trabajo que desde la Asociación de Alzheimer Internacional hemos llevado a cabo desde hace unos años, definiendo este concepto de Deterioro Comportamental Leve, pequeños síntomas, cambios en la manera de ser, cambio en el estado psicológico de la persona, que preceden a la demencia.

Este concepto se operativizó como un estado a riesgo para el deterioro cognitivo y la demencia, no todas las personas que tienen esto tendrán luego una demencia, pero incrementa el riesgo de tenerla. Desarrollamos y publicamos los criterios diagnósticos ya en el año 2015.

Este concepto, el **Deterioro Comportamental Leve (DCoL)**, describe **síntomas neuropsiquiátricos de inicio en la edad madura o avanzada**, es decir no son personas que han tenido depresiones toda la vida o que han tenido problemas de personalidad toda la vida, son síntomas nuevos que aparecen en la edad madura o avanzada de una forma sostenida y que podrían preceder al deterioro cognitivo y a la demencia.

La base de este concepto es la suposición de que la neurodegeneración, estos cambios que se producen en el cerebro de las personas que van a terminar teniendo una enfermedad de Alzheimer sintomática, no solamente se puede manifestar como problemas de memoria, por despistes, por situaciones de desorientación, o problemas de lenguaje; sino que también se puede manifestar con cambios en la personalidad y algunos síntomas de tipo psiquiátrico o del comportamiento, que incluso en un determinado número de personas las experimentarían antes de tener problemas de memoria.

El Deterioro Comportamental Leve no excluye la posibilidad de que la persona tenga un deterioro cognitivo leve. La persona puede tener deterioro cognitivo leve y Deterioro Comportamental Leve a la vez, pero también hay pacientes que tienen Deterioro Comportamental Leve pero que todavía no tienen síntomas cognitivos, no tienen problemas de memoria ni síntomas de ese tipo.

Hemos descrito **cinco áreas fundamentales del funcionamiento psicológico que se pueden dar en estas personas** y las cinco áreas son: problemas en la motivación, problemas en la afectividad, problemas en el control de los propios impulsos, problemas en el ajuste social, adecuarse a las normas sociales por las que no regimos todos, y problemas en el pensamiento y en la percepción, en tener pensamientos que no están bien fundados o tener sensaciones y percepciones que no están muy acordes con lo que está ocurriendo en la realidad.

El Deterioro Comportamental Leve no excluye la posibilidad de que la persona tenga un deterioro cognitivo leve.

Indudablemente como estamos hablando de un deterioro leve, si la persona ya tiene un diagnóstico de demencia este concepto ya no es útil, estamos hablando de personas que tienen síntomas leves comportamentales y también puede tener o no síntomas de tipo cognitivo leve.

En el Deterioro Comportamental Leve el deterioro de la función social, ocupacional o interpersonal es atribuible a esos cambios, esa persona se ha vuelto apática y no quiere salir, no quiere hacer cosas que antes hacía y ese deterioro de esa función social es atribuible a esa apatía que esa persona está empezando a tener. No a que la persona no sepa ya coger el autobús, sino a que no le apetece hacer cosas que antes le apetezían. Este concepto es útil para evaluar los síntomas psiquiátricos como marcadores de etapas preclínicas y prodrómicas.

Cada vez más estamos intentando desarrollar medicamentos para estadios muy leves o incluso estadios en los que todavía no hay prácticamente ningún síntoma. Este concepto puede ayudar a detectar a más personas que pueden ser candidatos a esa evaluación o que pueden ser candidatos incluso a tratamientos cuando se desarrollen para estadios tan leves de la enfermedad.

“EL DCoL es útil para evaluar los síntomas psiquiátricos como marcadores de etapas preclínicas y prodrómicas de enfermedad neurodegenerativa.”

Estos son los **criterios oficiales que se publicaron para el Deterioro Comportamental Leve**, fundamentalmente son **cambios en el comportamiento o en la personalidad que empiezan tardíamente, con más de 50 años y que son nuevos**, que la persona no los tenía antes y **duran de una manera**

más o menos continuada o intermitente, pero por lo menos seis meses.

Es decir, esto no es digamos una temporada en la que durante un mes la persona está un poquito más baja de ánimo, tiene que durar un tiempo en estas áreas que ya hemos dicho, en al menos una de estas áreas como la motivación, es decir apatía, falta de espontaneidad, indiferencia los afectos...tener ansiedad, euforia, irritabilidad, estar un poco más triste...el control de impulsos, por ejemplo agitación, estar más desinhibido o más obsesivo con cosas o darse a un juego patológico...conductas sociales inapropiadas, como falta de empatía, le da igual lo que piensan los demás, pierde un poquito del tacto social y dice cosas que no son muy adecuadas o bien se incrementan los rasgos de personalidad previos que tenía...la percepción anormal o la alteración en el contenido de pensamiento que pueden ser delirios o alucinaciones si son mucho más intensas...tienen que tener una gravedad suficiente como para producir un cierto deterioro en una de estas áreas: las relaciones con otras personas, otros aspectos del funcionamiento social o si la persona todavía está trabajando pues la capacidad de rendir en el puesto de trabajo, pero la persona en ese momento todavía mantiene su independencia y el funcionamiento en la vida cotidiana con ninguna ayuda o con una ayuda mínima.

Pueden estar presentes otras enfermedades pero no deben de ser atribuibles a ellas y si el paciente no cumple los criterios de demencia, esa persona todavía no tiene una demencia y la persona puede tener o no tener un deterioro cognitivo leve además del Deterioro Comportamental Leve.

Una vez que qué hemos definido este concepto de pequeños cambios en la personalidad, en el funcionamiento, en los afectos, que pueden preceder a la demencia, también un reto era cómo medimos esto. Podemos desarrollar una escala para poderlo medir de forma objetiva, para que no sea la subjetividad del médico o del cuidador...hay una serie de escalas que los profesionales conocen bien para medir los trastornos psicológicos y conductuales de la demencia, los trastornos neuropsiquiátricos, pero claro esas escalas están construidas para medir estos síntomas cuando la persona ya tiene una demencia clara y ahí hay muchas cosas como delirios, alucinaciones, agitación, trastornos importantes de sueño, de la alimentación... que las personas que tienen un deterioro leve de esas funciones de esos aspectos psicológicos, pues no tienen. Por lo tanto no nos servían las herramientas disponibles que son buenas pero que solo son de utilidad para pacientes que ya tienen una demencia establecida.

Así que lo que lo que hicimos fue intentar desarrollar una nueva escala que pudiera capturar estos cambios sutiles que en pacientes que no tienen demencia y además que son relativamente duraderos, porque hemos dicho que el concepto requiere una duración de al menos 6 meses de estos cambios sutiles en el funcionamiento psicológico de la persona.

Así que finalmente pudimos desarrollar el **Checklist del MBI** que son las siglas en inglés de Mild Behavioral Impairment del Deterioro Comportamental Leve, que nos **sirve para operativizar el concepto y medir los síntomas que nos pueden ayudar si escalan alto a identificar estas formas prodrómicas**. Por supuesto el objetivo es ayudar a predecir el riesgo de demencia no solamente de Alzheimer, porque esta escala se puede aplicar para predecir el riesgo de cualquier demencia. El fin del del MBI Checklist es la detección de casos específicamente de un estado comportamental que podemos definir como de predemencia.

Como estamos midiendo el concepto del Deterioro Comportamental Leve y ese deterioro se definió en cinco ámbitos psicológicos, esos **cinco ámbitos son los que mide la escala**.

Disminución de la motivación como pérdida de interés la motivación o el impulso.

Desregulación emocional, síntomas de ansiedad o del estado de ánimo.

Problemas con el control de los impulsos, como por ejemplo, de la capacidad de demorar la gratificación. Estas personas que dicen quiero esto y lo quiero ahora, quiero comer y lo quiero ahora y no me puedo esperar. Problemas para controlar el propio comportamiento, por ejemplo, la ingesta pero también el sentirse satisfecho cuando se ha hecho una cosa bien. **Inadecuación social**, las dificultades en la capacidad para seguir las normas sociales, de tener el tacto con las otras personas, de tener empatía, de sentir pena cuando la persona que está al lado siente pena y sentir alegría cuando la persona que tenemos al lado siente alegría.

La percepción del pensamiento anormal, creencias mantenidas con firmezas y experiencias sensoriales que no son, que no corresponden con la realidad.



El fin del del MBI Checklist es la detección de casos específicamente de un estado comportamental que podemos definir como de predemencia.

Esta escala primero se requiere ver si el síntoma está: sí o no.

Tiene tres niveles de gravedad, que puntúan no con qué frecuencia ocurren porque las cosas que ocurren con frecuencia pero son leves producen menos impacto en el entorno, en el cuidador, sino cómo de importante cómo de grave es esa conducta aunque no ocurra con mucha frecuencia.

La escala proporciona una puntuación total y también una puntuación en cada una de las áreas y es clave como digo que esos síntomas deben de persistir de forma continua e intermitente al menos durante 6 meses.

Al final tenemos un **cuestionario de dos páginas con 34 preguntas divididas en cinco dominios**. Seis preguntas para la apatía, seis preguntas sobre la afectividad, doce preguntas sobre problemas del control de impulsos, cinco preguntas sobre el ajuste social y cinco preguntas sobre el pensamiento y la percepción.

Estas son las instrucciones.

Se marca solo el comportamiento que ha estado presente durante 6 meses y supone un cambio. La persona que siempre fue apática y sigue siendo apática no es un cambio, una novedad en esa persona, la persona que siempre ha sido ansiosa y ahora lo sigue siendo y no ha habido un cambio en su niveles de ansiedad, no tiene un Deterioro Comportamental Leve tiene un trastorno previo.

Hay tres grados de gravedad: leve, un cambio perceptible pero no significativo; moderado, un cambio ya significativo pero no drástico; y grave, si existe un cambio marcado prominente y drástico. Si hay más de un ítem en una pregunta se evalúa el que consideramos que es más grave de todos.

Aunque no la vayan a aplicar entera, aunque no vayan pasar la escala, buscar unas puntuaciones y ver si se hace una intervención ver cómo mejora que es uno de los posibles usos de la de la escala, echarle un vistazo a la escala nos puede orientar mucho sobre los síntomas más frecuentes del Deterioro Comportamental Leve y preguntas que podemos hacer cuando cuándo estamos examinando a una persona si se trata de un profesional o preguntas que nos hacemos cuando estamos viendo como un familiar o una persona cercana está experimentando algunos de estos cambios que tienen que ver con cambios en su estado psicológico. Por ejemplo si la persona ha perdido interés en los

amigos, en la familia o en las actividades caseras; si ya no tiene curiosidad por cosas que antes le atraían; si es menos espontánea, si está menos motivada, si es menos cariñosa, si es menos afectuosa; si ya no le importa nada o la persona ha desarrollado tristeza, o parece bajado de ánimo menos capaz de experimentar placer cuando hace una cosa; si está desanimada respecto al futuro, se ve una carga para la familia, está

“El MBI Checklist puede ser una herramienta útil para la detección clínica, para la investigación social y para estudios de neuroimagen o de biomarcadores.”

más ansiosa preocupada o tensa o le cuesta más trabajo relajarse; si la persona se agita, se ha hecho agresiva, discute con más frecuencia, se ha hecho más

impulsiva; si muestra un comportamiento sexualmente más inhibido o invasivo; si se frustra o está mucho más impaciente que antes o está más imprudente o está más tozudo, más rígido e insiste en llevar razón y es incapaz de ver los puntos de vista de los demás; si ha cambiado su manera de alimentarse, ha dejado de encontrar sabrosa la comida o se alimenta solo de un número limitado de alimentos; si acumula objetos; si ha desarrollado comportamientos repetitivos o compulsiones; o se ha descontrolado en el consumo de tabaco, de alcohol o de drogas; si la persona se preocupa menos de cómo sus palabras o acciones afectan a los demás, ha empezado a hablar abiertamente de asuntos muy personales que generalmente no se discuten en público, está mal educado, vulgar, hace comentarios sexuales obscenos; si dice palabrotas, cosas que antes esa persona no decía; si no tiene suficiente juicio social y se comporta de una manera inapropiada en público; o bien algunas experiencias sensoriales como si de pronto la persona ha desarrollado creencias de que está en peligro, de que los demás le quieren hacer daño, o robar; si ha desarrollado suspicacia respecto a lo que hacen las personas del entorno, si tiene creencias que no son reales acerca de su poder o de su riqueza; o bien si le parece escuchar voces o personas fallecidas o de espíritus o como si hubiera gente o animales que los demás no pueden ver.

La escala tiene el interés no solamente de ser una herramienta útil para la detección, para la clínica y también en muy buena medida para la investigación, sino que también leyendo la escala uno puede ser más consciente de esos cambios que en un familiar, en una persona cercana, se pueden estar dando.

Por supuesto que desde el punto de vista médico y clínico la escala puede servir para estimar la prevalencia, es decir, la frecuencia de este Deterioro Comportamental Leve, pronosticar el Deterioro Comportamental Leve y también hacer pensar en que puede haber un deterioro cognitivo leve y demencia. Identificar síntomas y dominios que pueden ser susceptibles de intervención tanto farmacológica como no farmacológica. La persona está desarrollando este tipo de cuestiones pues vamos a ver cómo le ayudamos con terapias no farmacológicas o incluso con terapias farmacológicas si hiciera falta.

También es una herramienta para la investigación neurobiológica y desde luego nos va a servir para poder reclutar a más pacientes en estudios de neuroimagen o de biomarcadores que nos puedan ayudar a conocer mejor la enfermedad.

La enfermedad no solamente está caracterizada por los problemas cognitivos sino también caracterizada por los problemas psiquiátricos y comportamentales y por lo tanto detectar levemente estadios leves de esta enfermedad, también nos puede ayudar mucho en saber más sobre la enfermedad en su conjunto.

El interés fundamental que quería llevar es la necesidad de prestar atención a cambios psicológicos y comportamentales leves que pueden tener personas en edad madura o en edad avanzada pero que son perceptibles, que la familia dice: mi padre no era tan tozudo, mi madre se ha vuelto muy suspicaz, o esta persona antes era mucho más activa y ahora está más apática, no quiere salir de casa, no quiere hacer cosas... son cambios sutiles pero que pueden poner claramente una señal de alarma de que ahí puede que esté pasando algo y por lo tanto una de las cosas que pueden estar pasando, no siempre, pero una de las cosas puede estar pasando es que puede haber una enfermedad neurode-

generativa que termine en una demencia, enfermedad de Alzheimer o cualquiera de las otras demencias.

Por lo tanto, siempre tenemos que tener en cuenta que las enfermedades neurodegenerativas producen tanto cambios cognitivos como cambios psicológicos y conductuales. Y tomar en consideración la posibilidad de que esa persona tenga un Deterioro Comportamental Leve. Se puede utilizar el checklist de esta escala la MBIC para la valoración y el seguimiento de estos potenciales pacientes y **esta escala está disponible de forma gratuita en la página web www.MBItest.org**. Existen ya versiones de diferentes idiomas, no solamente está en inglés, y de hecho nuestro grupo en España fue el responsable de la versión en español de esta escala que es la que yo les he mostrado y que se puede utilizar de forma libre y gratuitamente tanto para la clínica, para la investigación como para la detección en personas de nuestro entorno que pensemos que pueden estar teniendo este problema.

Preguntas

Has comentado que hay tratamientos o intervenciones específicas disponibles para las fases prodrómicas. Has dicho que existen las terapias no farmacológicas y las farmacológicas pero, ¿se está llevando a cabo en la Seguridad Social? Es decir, ¿van al ritmo el conocimiento a través de una escala de esta problemática y lo que es la atención primaria?

Cuando una persona tiene estos síntomas e incluso se puede pasar la escala y ver que da una puntuación alta, lo primero que hay que hacer y esto desde luego es labor en primer lugar de la atención primaria, es hacer un seguimiento. Vamos a hacer una prueba cognitiva a ver qué tal está y todo esto lo vamos a repetir dentro de unos meses.

Desafortunadamente en todas las guías se habla siempre cuando hablamos de terapias para los trastornos psicológicos y conductuales, sean leves o sean graves, siempre todas las guías dicen en primer lugar intentar el tratamiento no farmacológico, las terapias no farmacológicas, pero lo cierto es que la disponibilidad tanto de profesionales formados para poder hacerlo, como el tiempo y la disponibilidad en los servicios públicos, es bastante escasa.

En ese sentido yo creo que muy buena medida las asociaciones de familiares se están supliendo esta cuestión porque sería muy deseable que la hubiera en la Seguridad Social, que la hay pero muy escasa, y en otros muchos lugares pero fuera del ámbito sanitario desde luego, dentro del ámbito de las asociaciones, se hace un labor extraordinaria en ese sentido también en la medida de vuestras capacidades, pero ese es el lugar donde muchas veces se recibe ese tipo de tratamiento.

¿La escala se está aplicando también en la Seguridad Social y qué profesional la debería hacer?

El diseño de la escala estaba orientado en la idea de que fuese lo más fácil posible de cumplimentar. La escala no la puede rellenar el propio paciente, porque su subjetividad generalmente le puede hacer minimizar los déficits que tiene o al contrario, le parecen que es muy gordo lo que le pasa e incrementarlo. Se han hecho algunos estudios y se ha visto que el rendimiento de la escala cuando la rellena la propia persona que sufre los síntomas no es muy bueno.

La escala la puede aplicar o ayudar a aplicar cualquier profesional desde psiquiatras, psicólogos, enfermería... como la escala lo que hace es preguntas acerca de esa persona, un familiar cercano que conozca bien al paciente también la puede rellenar.

Luego ya interpretar la escala, cuánto de importante es que tenga 20 puntos o 10 puntos, eso es algo que es mejor que lo interprete un profesional. Cualquier profesional de la salud y ahí incluyo por supuesto los profesionales de la psicología, como incluso familiares cercanos pueden hacer uso de la escala y se pensó con esa idea de que fuese muy fácil de aplicar.

¿Se ha detectado ese deterioro comportamental en otras enfermedades degenerativas como Parkinson u otras demencias de menor prevalencia?

En demencia de menor prevalencia sí, y aunque sea en el año 2015 cuando se hicieron los primeros estudios y creo que en el 2018 cuando salió la escala, todo esto en ciencia es poco tiempo y se están estudiando también otras enfermedades. En este momento no creo poder citar ningún artículo que se haga por ejemplo en Parkinson, pero indudablemente sabiendo como sabemos que por ejemplo la depresión precede en un 50% a los pacientes que tienen una enfermedad de Parkinson pues sin duda ese es un campo de estudio y de aplicación en otras enfermedades que no producen deterioro cognitivo o que no lo producen al principio, porque el Parkinson muchas veces se lo termina produciendo.

¿El ítem relacionado con conducir podría ser sustituido por otra temática-área lo mismo con tabaco o alcohol?

Los diferentes ítems lo que proporcionan son posibles preguntas. No hay que ajustar exactamente a cada uno de los posibles ítems, se dan ejemplos en cada área. Indudablemente una persona que nunca ha conducido ese ítem no es aplicable, pero lo que se dan son ejemplos para que se pueda valorar mejor. Ese ítem no tiene que ser positivo a cada uno de las preguntas-ejemplo que se dan en el desarrollo de la escala, que se construyó a base de esas preguntas-ejemplo precisamente para facilitar la aplicación y para que un amplio número de personas profesionales o no profesionales la pudieran aplicar.

¿A veces un ictus es un previo a un diagnóstico de demencia, en qué porcentaje puede ser un previo una depresión?

En la depresión como factor de riesgo para la demencia es un elemento que está muy establecido, no quiere decir que todas las personas que han tenido una depresión vayan a tener una demencia, pero dentro de los múltiples factores de riesgo la depresión, es uno de ellos. Haber padecido una depresión antes en la vida, sobre todo una depresión que aparece por primera vez en personas mayores, de nuevo no todas las personas que tienen una depresión aunque sea una persona mayor van a desarrollar una demencia, pero hay más personas con demencia que han tenido una depresión antes. Por lo tanto, este es uno de los ejemplos, si aparecen datos de una depresión o de pequeños síntomas afectivos, eso es una alarma simplemente para seguir a esa persona para que cada 6 meses, por ejemplo 9 meses, pues se le haga una prueba cognitiva y ver cómo va funcionando su estado cognitivo con tendencia de que esa depresión pueda mejorar con el tratamiento que se aplique.

Hay estudios que demuestran que el tratamiento con ISRS en deterioro cognitivo leve y episodio depresivo puede retrasar el paso a demencia ¿hay estudios o crees que el tratamiento psicofarmacológico el Deterioro Comportamental Leve puede también atrasar o incluso prevenir la transición a la demencia?

Ese dato no lo tenemos todavía porque necesitaríamos un periodo de 3 a 5 años para saber si esa persona, esas personas tratadas, finalmente desarrollaron o no desarrollaron demencia, porque el ratio de paso a demencia es pequeño, en el primer año mayor, en el segundo...igual que en el deterioro cognitivo leve, hay estudios en curso pero necesitamos más tiempo para ver si esas personas que están tratadas pues finalmente desarrollan demencia y eso hay que hacer un estudio a 5 años por lo menos.

Correlación entre MBI y hallazgos neuroradiológicos, predicción con otras enfermedades neurodegenerativas no Alzheimer, particularmente demencia frontotemporal. ¿Hay algún estudio al respecto?

Sí existen ya y una de las líneas que está siendo bastante fructífera, y de hecho en el Congreso de la Asociación de Alzheimer Internacional, que ha sido este verano en Ámsterdam, se han presentado datos que también están publicados de correlación entre el Deterioro Comportamental Leve y biomarcadores, y existe una correlación positiva entre biomarcadores de la enfermedad Alzheimer y personas con Deterioro Comportamental Leve positivo, también en algunas otras enfermedades aunque el desarrollo de biomarcadores está mucho más atrasado. Pero esta escala es especial, tiene un rendimiento especialmente bueno precisamente en la demencia frontotemporal, como para detectar cambios en la demencia frontotemporal. Y se están encontrando correlaciones muy interesantes con biomarcadores de todas estas enfermedades.

¿MBI o el deterioro comportamental es ya un diagnóstico clínico en las unidades de psicogeriatría o de memoria en España? ¿Puede ser una causa de retraso del diagnóstico clínico de MCI asociado a enfermedad de Alzheimer si se justifica un cambio de personalidad u otros síntomas psíquicos con este diagnóstico y no decidir un diagnóstico diferencial con MCI u otra enfermedad psíquica o neurodegenerativa o un diagnóstico precoz?

El concepto y la escala está disponible para cualquier unidad clínica que la quiera utilizar, también el concepto de deterioro cognitivo leve y sus herramientas de detección. Lo que estamos aclarando son conceptos que tienen que ver con el inicio de la enfermedad, por supuesto, y con la intención de detectar precozmente a un mayor número de pacientes que si nos quedáramos solamente con el concepto de deterioro cognitivo leve. Es un concepto completamente paralelo y las herramientas están ahí para quien quiera utilizarlas. Eso no interfiere con que si pensamos que la persona puede tener más problemas pues hagamos una neuroimagen, una evaluación neuropsicológica más completa, podamos hacer biomarcadores...Por supuesto que sí, todo depende del grado de intensidad de los síntomas. El objetivo es levantar esa alerta con un número mayor de personas que antes pasaban desapercibidas o que pasaban desapercibidas en ese estadio inicial de la enfermedad y que por lo tanto se diagnosticaba más tardíamente que si no hubieran pasado desapercibidos.

Se habla mucho del Alzheimer pero es muy raro que se hable de los cuerpos de Lewy, ¿no existen tantas investigaciones sobre esta demencia?

Sí, y además lo que ocurre es que los problemas de la demencia por cuerpos de Lewy son distintos pero en cierto modo bastante superponibles a la enfermedad de Alzheimer y como estamos diciendo, el Deterioro Comportamental Leve no está diseñado para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer, está diseñado para la detección precoz de cualquier demencia, porque cualquier demencia, cualquier cambio neurodegenerativo lo cause un problema frontal, lo cause la amiloide en el Alzheimer, lo cause los cuerpos de Lewy en la demencia por cuerpos de Lewy...se puede manifestar por cambios precoces en el funcionamiento psicológico de esa persona, por lo tanto es de absoluta aplicación para la demencia por cuerpos de Lewy. Y por supuesto que sí que se está investigando, lo que ocurre es que la frecuencia de la demencia por cuerpos de Lewy es menor que la de la enfermedad de Alzheimer, pero la demencia por cuerpos de Lewy es también una preocupación y su manejo clínico también nos preocupa mucho a los profesionales que estamos implicados. En cualquier caso se le podrían aplicar siempre las mismas terapias no farmacológicas que cualquier otro tipo de demencia, aunque indudablemente las farmacológicas no siempre.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: ceafa@ceafa.es

 facebook.com/CEAFA  twitter.com/AlzheimerCEAFA

www.ceafa.es