



webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



El problema de la demencia y la enfermedad mental



Ponente:

Dr. Manel Sánchez Pérez

Coordinador de la unidad de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor en Martorell, Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría SEPG

JUEVES 10 OCTUBRE DE 2024



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

El experto que hoy nos acompaña, Manel Sánchez participa en este encuentro como presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría. Como profesional, ejerce el cargo de director del Área de Gestión del Conocimiento y coordinador de la Unidad de Psiquiatría Geriátrica en el Hospital Sagrat Cor en Martorell. Y en el ámbito de la docencia, es Director del Máster y Diplomatura de Posgrado en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Muchas gracias María Ángeles por la presentación y por la invitación a participar en el webinar y efectivamente, como has comentado al inicio, coincidiendo con un día muy especial para el ámbito de la salud mental, como es la celebración de este Día Mundial de la Salud Mental, en la que vamos a poner en contacto este tipo de problemática relacionada con el deterioro cognitivo y las demencias que, como veremos, tienen puntos de contacto realmente importantes.

El tema que nos ocupa es la problemática entre la demencia y la enfermedad mental. Básicamente vamos a movernos en este ámbito de relación, en el que vemos que las enfermedades mentales, entre sus síntomas, es frecuente que presenten síntomas que afectan al rendimiento cognitivo en grado diferente y en modo diferente. Y al mismo tiempo las demencias ya consistentemente diagnosticadas, entre sus síntomas cognitivos, que son los más paradigmáticos habitualmente, pueden presentar y de hecho presentan, y a veces de forma muy relevante, síntomas psiquiátricos o síntomas conductuales. Vemos que hay una doble flecha en las dos direcciones porque hay un ámbito de comunicación fluida entre ambos grupos de enfermedades y entre ambos grupos de síntomas.

Partimos de la base de que como fundamentalmente el entorno relacionado con el deterioro cognitivo y las demencias afecta a personas mayores, pues también podemos en paralelo observar cuáles son las condiciones de salud mental más prevalentes en este grupo de edades.

Vemos cómo los trastornos por ansiedad tienen una alta prevalencia, pero vemos cómo van seguidos precisamente de la prevalencia de las demencias, de los distintos tipos de demencia, junto con otros grandes grupos de trastorno mental. En su conjunto vemos que la población anciana en un momento transversal y en población comunitaria puede presentar hasta un 12% de algún tipo de diagnóstico de trastorno mental orgánico, como sería la demencia, o funcional, como llamamos al resto, de trastornos más psiquiátricos.

Esta es una aproximación muy visual para darnos cuenta de cómo en el diagnóstico psicogeriátrico realmente tiene una complejidad añadida en la cual la norma es el solapamiento de los grupos de síntomas, síntomas afectivos, síntomas cognitivos, síntomas relacionados con el pensamiento o con el movimiento más, todos aquellos que derivan de las condiciones orgánicas comórbidas que son muy frecuentes y desde luego de la polifarmacia que es una constante.

Esto es una de las situaciones que nos lleva a la complejidad de los diagnósticos en psicogeriatría en general y cómo este tipo de agrupación de solapamientos nos puede ayudar a ubicar el diagnóstico en el área que nos puede parecer que se acerca más a la realidad de nuestro paciente. Normalmente, desde un diagnóstico puramente sindrómico, intentamos acercarnos a un diagnóstico más preciso, lo que no siempre resulta fácil.

En relación al tema que nos ocupa, hay algunas preguntas que podríamos considerar de elevada frecuencia en el ámbito de lo que consideramos la neuropsiquiatría. Por un lado, considerar si en una enfermedad mental ya conocida que presenta una alteración cognitiva a lo largo de su evolución, si eso nos provoca la pregunta de si el paciente psiquiátrico se está demenciando. O si se trata de una enfermedad mental que debuta con un predominio de afectación cognitiva, nos lleva a la pregunta de si realmente es un trastorno mental de inicio o si lo que se está iniciando es una demencia con trastornos psiquiátricos precedentes. O cuando ya tenemos una demencia diagnosticada y conocida, aparecen alteraciones psiquiátricas que nos pueden llamar más o menos la atención y nos pueden plantear si de forma comórbida es posible que también se esté instaurando una enfermedad distinta a la propia demencia de tipo mental. Otra pregunta frecuente es cuando identificamos alteraciones psiquiátricas antes de haber llegado a un diagnóstico de demencia, si realmente estamos ante un trastorno mental de inicio tardío o si realmente es una forma precoz de iniciar una demencia. Todo este elenco de preguntas son las que habitualmente nos formulamos en el entorno que nos ocupa de la enfermedad mental y la demencia.

Empezando por la primera de ellas, vamos a hacer necesariamente por razones de tiempo una panorámica muy rápida sobre cuáles serían las condiciones que pueden estar más relacionadas con el deterioro cognitivo o la incidencia de deterioro cognitivo en distintos trastornos psiquiátricos, desde los trastornos por ansiedad hasta el abuso de sustancias, pasando por los que vemos aquí, depresión, trastornos psicóticos, alteraciones del sueño e incluso los trastornos de la persona.

La presencia de ansiedad, comenzando por el primero de ellos, es un tipo de síntoma, como hemos visto antes, de los más prevalentes en población anciana como síntoma psicológico o conductual y que suele estar agrupado básicamente en síndromes de ansiedad generalizada o de ansiedad global, pero que también puede descender a otro tipo de condiciones relacionadas con la ansiedad de menor prevalencia. En su relación con la demencia o el deterioro cognitivo, sabemos que el padecer o sufrir un síndrome ansioso clínicamente significativo y sobre todo si arranca al menos desde la edad media de la vida, tiene una asociación con un mayor riesgo de desarrollar demencia en los 10 años siguientes. También sabemos que las depresiones que se dan antes de la demencia, aquellas que cursan con más componente de ansiedad, tienen también mayores concentraciones

de beta-amiloide en el cerebro, por lo tanto explicarían en parte que ese subgrupo de depresiones con un elevado grado de ansiedad puedan también estar mayormente correlacionadas con el desarrollo de demencia.

El miedo a la ansiedad inusual o desproporcionados, sobre todo en personas mayores que no arrastraron a lo largo de la vida síndromes ansiosos significativos, especialmente en ese subgrupo, aunque no exclusivamente, puede delatar el inicio de un proceso de demencia. Esta es una observación muy frecuente, la cual generalmente, sobre todo a toro pasado, podemos entender porque una persona mayor inició unos cuadros de ansiedad, unas manifesta-

La presencia de ansiedad es un tipo de síntoma psicológico o conductual de los más prevalentes en población anciana.

ciones significativas, especialmente en ese subgrupo, aunque no exclusivamente, puede delatar el inicio de un proceso de demencia. Esta es una observación muy frecuente, la cual generalmente, sobre todo a toro pasado, podemos entender porque una persona mayor inició unos cuadros de ansiedad, unas manifesta-

ciones clínicas de ansiedad y un tiempo después descubrimos que aparece una demencia. Estaba incubando o estaba reaccionando de forma angustiosa ante aspectos de su entorno, de su mundo, que ya empezaba a manejar con dificultad y la ansiedad era una respuesta a ese tipo de situación.

Otro problema relacionado con la ansiedad y el deterioro cognitivo es el uso de tratamientos para la ansiedad a largo plazo, especialmente del grupo farmacológico de las benzodiazepinas y que aunque con debates variados a lo largo de los años se están relacionando con un mayor riesgo para sufrir demencia por el uso continuado a lo largo de los años. De hecho, eso implica, entre otras cosas, que exista desde hace ya también unos cuantos años un importante movimiento para la desprescripción de este grupo farmacológico en las personas que las llevan consumiendo de forma muy prolongada.

En el ámbito de la psicosis o de la esquizofrenia como paradigma de ella, también vemos vínculos con la demencia, empezando por su propio nombre, aunque con otro significado, pero en el siglo XIX ya se le denominó a la esquizofrenia demencia precoz, dado que el deterioro y el aspecto defectual cognitivo de estos pacientes podía darse ya desde la juventud y de hecho sabemos que la afectación cognitiva que acompaña la enfermedad, es muy inicial y que se mantiene de forma bastante constante desde los primeros tiempos de la enfermedad, por lo menos en un grupo importante de esquizofrenias.

Por otro lado también hay que saber que las psicosis crónicas, clásicamente, quizá en los últimos años menos, puesto que los cuidados de salud han mejorado mucho también para este grupo de enfermos crónicos, pero clásicamente acumulan diferentes factores de riesgo independientes para la propia demencia. Y muchos de ellos relacionados con hábitos de vida disfuncionales, los cuales, por ejemplo, el tabaco, los malos hábitos nutricionales, la utilización de antipsicóticos, de los conocidos como antipsicóticos clásicos, con elevados niveles de acciones anticolinérgicas, la propia institucionalización, la marginación social, es decir, una nube de condiciones negativas o adversas que acompañaron durante mucho tiempo a los pacientes psicóticos crónicos también tenían sus propios factores de riesgo añadidos adicionales para que pudieran tener mayor probabilidad de sufrir una demencia en sus años avanzados.

Curiosamente, también hay estudios en los que la propia genética de la esquizofrenia parece que podría incluso, al revés, proteger contra algunas formas de demencia más graves. Algunos estudios avalan este tipo de afirmación. Mientras que las esquizofrenias de inicio tardío, convencionalmente a partir de los 40 años y muy tardío a partir de los 60 años, aunque es una entidad clínicamente algo cuestionada, pero ese tipo de esquizofrenias de inicio ya en la edad adulta o incluso casi en la vejez se correlacionan con un mayor riesgo de presentar en su evolución una enfermedad de Alzheimer.

Y luego, por otro lado, también relacionado con los trastornos del pensamiento, los trastornos psicóticos o los trastornos sensorio-perceptivos, como son las alucinaciones, delirios y alucinaciones en su conjunto, sabemos que aparecen en un porcentaje muy alto de las demencias, más de un 40%. Y muchas veces, como podremos ver después, pueden aparecer junto con otro tipo de síntomas de contenido más psiquiátrico, pueden ser la avanzadilla de la demencia cuando un tiempo después el deterioro cognitivo resulta más evidente.

De hecho, cuando intentamos comprender cuál es el origen o la procedencia de los síntomas psicóticos que vemos en las personas mayores en unidades de psicogeriatría, vemos como los trastornos afectivos, curiosamente, pues tienen una implicación mucho mayor que los trastornos psicóticos primarios, como la propia esquizofrenia en estas edades, y secundariamente, o más o menos al mismo nivel, pues un poquito más, todo el grupo de las demencias, tanto las demencias degenerativas como las demencias vasculares.

La demencia es una gran productora de síntomas psicóticos en la edad avanzada, mientras que la esquizofrenia lo es en las edades más jóvenes. De hecho, de todos los grupos de problemas psicóticos que podemos ver en las personas

mayores, precisamente los trastornos neurodegenerativos, incluido también aquí la enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas, concentran una expresión clínica bastante importante. En cuanto a síntomas psicóticos, muchas veces de forma propia, generados por la propia enfermedad en algún momento evolutivo, por alteraciones de la percepción o de la propia cognición que llevan a interpretaciones erróneas y que acaban construyendo narrativas delirantes, o bien algunas incluso de-

Trastornos del pensamiento, psicóticos o sensorio-perceptivos (como son las alucinaciones o los delirios) aparecen en un porcentaje muy alto de las demencias.

derivadas de algunos tratamientos que se utilizan para estas enfermedades. Es muy conocido como en la enfermedad de Parkinson algunos fármacos antiparkinsonianos que contienen el compuesto de la L-DOPA pueden tener una propensión a facilitar la presencia de este tipo de síntomas.

Por otro lado, en el polo opuesto sabemos que los síntomas psicóticos en las personas mayores de forma espontánea y sin que estén necesariamente asociados a ninguna patología son relativamente frecuentes. En población general anciana, pues en esas proporciones, aunque más o menos en población residencial, por ejemplo, la prevalencia es mucho mayor. En muchos casos tienen que ver con alteraciones de tipo sensorial, especialmente auditivo, pero también visual, que pueden incrementar este tipo de síntomas psicóticos. Muchas veces se les denomina alucinaciones no psicóticas, puesto que no se basan en una enfermedad mental propiamente dicha, sino en una respuesta anómala a una deficiencia sensorial.

También vemos síntomas psicóticos no solamente en las enfermedades psicóticas, sino también en la depresión con síntomas psicóticos, que es una forma especialmente grave de depresión, que la vemos mayormente en las personas ancianas y que también está descrita como un factor de riesgo adicional para la demencia. Una persona mayor que sufre una depresión de características psicóticas tiene más probabilidad de desarrollar en su evolución un síndrome demencial.

Aquí vemos las temáticas delirantes más frecuentes que vemos en este tipo de depresiones. Afortunadamente las vemos en menor frecuencia que hace unas décadas, porque también se tratan de manera efectiva estos cuadros depresivos de una manera más precoz, más inicial.

Esta es una información muy condensada, pero procede de un trabajo muy interesante recientemente publicado en la revista de psicogeriatría por el doctor Valero y colaboradores en el cual hacen unas comparaciones clínicamente muy interesantes entre una variante de la demencia, que es la demencia frontotemporal, y distintos cuadros psiquiátricos primarios. Sobre todo porque esta es un tipo de demencia que genera síntomas mentales de corte psiquiátrico que

Una persona mayor que sufre una depresión de características psicóticas tiene más probabilidad de desarrollar en su evolución un síndrome demencial.

hacen que muchas veces pueda confundirse, sobre todo al inicio, con una enfermedad mental, ya que su deterioro cognitivo suele ser de aparición más tardía. Esta es una guía muy útil para poder intentar diferenciar en los momentos de duda cuáles síntomas podrían estar más cercanos a una enfermedad mental o cuáles a una demencia frontotemporal.

En cuanto a los problemas afectivos como factor de riesgo en el caso de la depresión hay algunas publicaciones que ya detallan de una forma muy concreta, básicamente con distintas variaciones, las tres hipótesis que tenemos aquí identificadas: los problemas afectivos, básicamente la depresión pero también el trastorno bipolar, como veremos después, como un factor de riesgo causal para un posterior deterioro cognitivo; en un segundo supuesto o propuesta los problemas afectivos pueden actuar como un pródromo, pueden ser realmente en sí mismos una presentación clínica precoz o temprana de la demencia, que se reconoce inicialmente más como un problema depresivo o afectivo y no como un deterioro cognitivo, normalmente es un diagnóstico que se establece posteriormente; o por último, entender que ambos problemas, los trastornos afectivos y el deterioro cognitivo, son procesos independientes, separados, pero que pueden coincidir en un momento determinado en una misma persona, puesto que comparten factores de riesgo comunes y algunos sustratos biológicos comunes.

Estas hipótesis no se excluyen entre sí, evidentemente pueden darse incluso las tres al mismo tiempo, pero están básicamente, habitualmente, en la recámara de este tipo de asociaciones entre trastornos afectivos y demencia. La depresión propiamente sabemos que tiene una serie de condiciones que la diferencian en mayor o menor medida de las depresiones en las edades más jóvenes, y una de sus particularidades es la de que la afectación cognitiva puede ser mucho más manifiesta. Lo es en todas las depresiones y en todas las edades, pero hay una mayor afectación cuando se revisan los perfiles neuropsicológicos, siempre vemos diferencias significativas en los pacientes deprimidos, pero en el caso sobre todo de los pacientes mayores o de edad avanzada, esta afectación cognitiva puede ser tan intensa que nos pueda llevar a pensar antes en una demencia que no en una depresión. Es lo que se denomina clásicamente pseudodemencia o pseudodemencia depresiva.

Otra condición que también a veces podemos identificar también en la edad avanzada, son las depresiones que se inician tardíamente en estas edades más avanzadas que hemos comentado antes, en las cuales hay una serie de correlatos que se pueden concentrar de forma estadísticamente significativa, como

son mayor número de alteraciones en la neuroimagen de estas personas, habitualmente vemos menos historia familiar de la que esperamos encontrar en un trastorno afectivo primario. Suele haber una respuesta a los tratamientos antidepresivos menor, o más tardía o más parcial. Y el riesgo de evolución a demencia está muy marcado en este subgrupo de depresiones.

Los mecanismos que pueden estar relacionados, que pueden conectar la depresión con la demencia, se conocen desde hace tiempo. Pueden estar relacionados con mecanismos de tipo vascular, con el incremento de las hormonas de estrés, fundamentalmente el cortisol, que en los episodios depresivos graves se ve incrementado su concentración en sangre y sabemos que es un producto bastante tóxico para algunas áreas concretas del cerebro, especialmente el hipocampo, obviamente muy relacionadas con la memoria. También pueden estar relacionados con la cantidad de depósitos de placas de amiloide o con la reducción de los factores de protección. Hay una interacción compleja de todos estos mecanismos neurobiológicos que desde la depresión pueden llevarnos a la demencia con cierta consistencia.

Sabemos además que en función del tipo de demencia la probabilidad de que podamos ver depresión puede ser variable. Vemos que la degeneración cortico-vasal es la que presenta depresión, es la demencia que presenta síntomas depresivos con más frecuencia, seguida de la demencia por Cuerpos del Lewi y el resto de demencias en menor grado.

Cuando hablamos de los factores de riesgo potencialmente modificables para la demencia, sabemos que es un campo que se ha desarrollado últimamente con mucha intensidad, lo cual permite pensar en estrategias preventivas de la demencia. Vemos el tabaco, la obesidad, la presión alta, la diabetes, el bajo nivel educativo, las pérdidas auditivas como condiciones de salud o incluso sociales, que corregidas pueden ayudar, pero vemos como el uso de sustancias en el extremo izquierdo y la depresión también tienen una alta capacidad de suponer factores de riesgo potencialmente evitables o por lo menos potencialmente tratables, para evitar que estas personas puedan acumular este riesgo sobre añadido para padecer la demencia.

Otro aspecto en relación con los trastornos afectivos y la depresión que estábamos comentando ahora, es el que tiene que ver con el suicidio. Cuando hablamos de depresión y depresión en mayores y depresión grave, siempre tenemos que analizar un tema doloroso pero muy importante, muy trascendente, que es el del suicidio, las ideas de suicidio y cuando éste está ubicado en el entorno de la salud mental, que es lo más habitual, podemos encontrar los trastornos afectivos en psicosis en otro tipo de trastornos, pero también lo podemos encontrar en la demencia.

Los trastornos afectivos y el deterioro cognitivo comparten factores de riesgo comunes y algunos sustratos biológicos comunes.

A veces hay la idea a priori de que la demencia no tiene capacidad de generar este tipo de pensamientos, pero si los tiene. Otra cosa son los intentos de suicidio consumados, pero los pensamientos de muerte sí que tienen una cierta representación y

de hecho se conoce que la disfunción cognitiva puede ser un factor de riesgo independiente para el pensamiento suicida. Incluso como se ha querido ver en algún momento como una respuesta de tipo catastrófico ante la dificultad en la que puede encontrarse el paciente en un momento determinado, de incapacidad para resolver un conflicto que no comprende y del que no sabe cómo salir. Y puede, a veces de forma muy impulsiva, muy directa, generar un gesto suicida o un pensamiento de muerte que puede incluso llegarlo a manifestar verbalmente.

En estos casos en los cuales nos cuesta diferenciar si estamos delante de una demencia o estamos delante de una pseudo-demencia, hay distintos ítems clínicos y de observación que nos pueden ayudar también a discriminar o diferenciar una de otra. Sobre todo, probablemente uno de los más importantes es el momento de inicio.

Habitualmente en la pseudo-demencia depresiva el paciente o la familia muchas veces es capaz de ubicar en el tiempo, y no en un tiempo retrospectivo demasiado largo, el inicio de esa pretendida demencia. Sabemos que habitualmente no es lo normal que las demencias se inician de forma brusca. Cuando hay una gran facilidad para recordar el momento en el que se inició el proceso, hay una alta probabilidad de que no se trate de una demencia, sino de una falsa demencia o una pseudo-demencia.

Y como esos otros tipos de ítems que podemos ver aquí. Uno de ellos, por ejemplo, que es muy característico, es la alta frecuencia de respuestas tipo, como vemos aquí entre comillas, “no sé”. Es decir, cuando al paciente le hacemos un test cognitivo de screening o un test de aproximación, antes que darnos una respuesta errónea, el paciente depresivo nos dice “no sé”. Tiene una gran dificultad para el esfuerzo mental que le supone responder a la pregunta y lo hace de forma evasiva mientras que todos conocemos como el paciente con demencia muchas veces no tiene ninguna dificultad para dar una respuesta, aunque la respuesta sea claramente errónea.

Otro aspecto que es importante conocer, es que las depresiones que debutan o que en algún momento presentan una pseudo-demencia depresiva, que responde favorablemente al tratamiento y que en un tiempo razonable y con un tratamiento razonable revierte esa situación, tienen una probabilidad mucho mayor de acabar presentando un síndrome de demencia. Algunos estudios dicen que incluso entre el 70 y el 80% a los 8 años ya tendrían criterios clínicos de demencia. Con lo cual, se puede llegar a pensar que la presentación clínica en forma de pseudo-demencia depresiva es en realidad, o podría ser en realidad, una antesala de la demencia que vendría después, o un anuncio de la demencia que vendría después.

La presentación clínica en forma de pseudo-demencia depresiva podría ser una antesala de la demencia que vendría después.

Si hablamos de demencias ya establecidas y de síntomas depresivos que las acompañan o que pueden presentar en algún momento, vemos como la proporción es realmente bastante alta. Más de una cuarta parte de pacientes, diría que incluso es una cifra modesta, presentan síntomas depresivos clínicamente significativos. Es decir, que merecerían

algún tipo de acción por nuestra parte para aliviar el sufrimiento afectivo del paciente. Y en muchos casos, sobre todo en demencias muy avanzadas, es un tipo de evaluación muy difícil de hacer, a veces prácticamente imposible, debido precisamente a la grave afectación cognitiva que nos impide explorar de una manera fidedigna este tipo de sintomatología.

Tiene interés también en la práctica reconocer cómo algunas formas de presentación de los síntomas depresivos en las personas con demencia, no responderían técnicamente a una depresión clínica con todos sus criterios de inclusión y de exclusión, sino algo que algunos autores han definido, yo pienso que con bastante acierto, como síndrome de vulnerabilidad emocional en la demencia. Serían pacientes que ya tienen una demencia y que, por lo tanto, en función de la fase en la que se encuentren, tienen una dependencia muy intensa de su entorno, de su entorno de cuidados, de su entorno físico, por eso a veces sufren tanto cuando se cambian de lugar, y esos cambios ambientales pueden generar niveles de estrés con una respuesta afectiva de corte depresivo, y a veces con mucha intensidad.

Un ejemplo muy habitual en estos casos es cuando el paciente pierde, aunque sea temporalmente, a su cuidador habitual, del cual puede, muchas veces, por desgracia, ya no recordar ni su nombre ni su parentesco, pero sí recordarle como persona protectora, como elemento de seguridad. Si esa persona durante unos días, por diferentes razones, desaparece de su entorno, pueden haber a muy corto plazo respuestas de estrés, con elevados niveles de angustia, con llanto y con expresiones muy propias de una depresión importante, pero que muchas veces, antes que con antidepresivos, revierten con el retorno de esta persona que le da seguridad. Cuando la situación ambiental se corrige y vuelve a ser la que otorga seguridad al paciente, ese estado de ánimo se recompone.

Hemos hablado del trastorno bipolar. El trastorno bipolar también tiene una correlación importante con la demencia. Un porcentaje cercano al 19-20% de pacientes que han sufrido trastorno bipolar a lo largo de la vida, si debutaron en edades muy jóvenes y sobre todo si no se trataron con litio, con sales de litio, que tienen un factor neuroprotector, pueden presentar una serie de efectos cognitivos, incluidos la demencia, con mayor prevalencia. De hecho, hay algunos de-

desarrollos teóricos en los cuales se ha llegado a diferenciar un subtipo de trastorno bipolar especialmente relacionado con la demencia y el que se le denomina diatesis temperamental para la bipolaridad o trastorno bipolar tipo 6, el cual se daría en pacientes con demencia que tienen una historia familiar de trastorno bipolar y una expresión clínica en la que la agitación y la agresividad, o los síntomas podríamos decir más efusivos, están muy presentes.

Entre el 19-20% de pacientes que han sufrido trastorno bipolar a lo largo de la vida, pueden presentar una serie de efectos cognitivos, incluidos la demencia, con mayor prevalencia.

Antes este subtipo de demencia se asociaba más teóricamente con los pródromos de una demencia frontotemporal y ahora existe este tipo de formulación que básicamente tomó su origen de la respuesta favorable al trastorno de conducta que muchos de estos enfermos tienen utilizando fármacos eutimizantes, fármacos que utilizamos

para el trastorno de la bipolaridad. Estos serían los criterios para poder establecer este denominado trastorno bipolar tipo 6, con esas condiciones pues algunas algo más peculiares, pero que parece que caracterizarían a este tipo de trastorno que finalmente ha entrado dentro de la descripción, de la subclasificación de los distintos tipos de trastorno bipolar. También igual que en la depresión en su expresión clínica, que no solo sería la depresión, sino la fase maniaca, puede presentar un trastorno cognitivo severo, hasta el punto de hacerle confundir, igual que habíamos visto en la depresión, con una demencia. En este caso es lo que se denominaría pseudo-demencia maniaca. Cuanto mayor es la edad del paciente y más intenso es el cuadro maniaco, muchas veces son cuadros maniacos que se inician por primera vez después de los 65 años, hay una proporción importante que tiene en esa cronología, el paciente tiene muchos puntos y no está evaluado en un entorno especializado, de ser diagnosticado directamente de demencia, por la edad y por el correlato cognitivo que presenta a unas alteraciones de conducta que se asocian más a las secundarias de la propia demencia que no al hecho de que esté presentando un cuadro maniaco en ese momento.

También el trabajo que he comentado antes de Pellegrini y colaboradores, también hace una referencia a estas diferenciaciones entre el trastorno bipolar y la depresión mayor. Es una guía muy útil para poderse acercar de forma diferencial a este tipo de diagnósticos.

Los trastornos de la personalidad, aunque puedan parecer más alejados de la posibilidad de evolucionar a demencia, últimamente han recibido bastante investigación. Especialmente los que han dado del clúster B o grupo B, por ejemplo, trastorno límite de la persona narcisista, donde se han podido observar algunas correlaciones neuroanatómicas muy similares a las que se observan en los cerebros de los pacientes con demencia, como los que vemos aquí en cuanto a la afectación de corteza prefrontal temporal o parietal y alteraciones en los niveles de N-acetil aspartato, que son muy similares a los que observamos en los pacientes con demencia.

La otra cara de la moneda relacionada a la personalidad, no tanto su factor de riesgo hacia la demencia, sino también cómo una vez iniciada la demencia, esos rasgos premórbidos, es decir, la personalidad que ha acompañado al paciente a lo largo de su vida, cómo pueden afectar a la expresión clínica de la demencia.

Se dice que, por ejemplo, los rasgos de neuroticismo elevados a lo largo de la vida en el contexto de la personalidad exponen al paciente cuando se demencia a expresar mayores alteraciones de la conducta o mayores niveles de ansiedad. Pacientes que han tenido una dimensión de extroversión más acentuada son pacientes que cuando se demencian presentan mayores proporciones de conducta errática o de conducta deambulatoria. O pacientes que su perfil de personalidad, de amabilidad, que es una de las dimensiones que se evalúa en personalidad, parece que empeoran las expresiones de tipo afectivo, de agresividad y en cambio mejoran estos problemas de deambulación.

En cualquier caso, lo que podemos decir siempre es que los pacientes con demencia presentan modificaciones de su personalidad necesariamente porque el deterioro cognitivo lleva a desdibujar la personalidad previa que tuvo el paciente. De hecho, los familiares ante este tipo de situaciones siempre nos dicen que encuentran que su marido, su mujer, ya no es la persona que conocieron, por la dilución de la personalidad producto del terrible efecto de la demencia.

Otro problema no resuelto es si estas condiciones previas que hemos comentado antes, aparte de que hayan correlaciones más o menos establecidas, en el fondo nos aseguran que una persona con una personalidad previa muy marcada en un sentido o en otro, va a mantenerlo siempre o va a acentuarlo cuando se demencian. Muchas veces vemos situaciones completamente contrarias. Per-

sonas que fueron muy agresivas en vida y que dejan de serlo cuando se demencian y a la inversa, personas que fueron muy afables, muy pacíficas durante la vida y que durante el proceso de demenciación entran en situaciones opuestas.

Los pacientes con demencia presentan modificaciones de su personalidad necesariamente porque el deterioro cognitivo lleva a desdibujar la personalidad previa que tuvo.

También conocemos trastornos del sueño en correlación con la demencia. Hay una amplia evidencia, con correlaciones por alteraciones neuro-bioquímicas, como los depósitos de beta-amiloide incrementados, o

la fosforilación de proteína tau, que suele darse también en muchos de los trastornos del sueño.

El que contiene una mayor correlación, una mayor probabilidad de llevar a esta evolución, es el síndrome de apnea obstructiva del sueño, pero otros, como es un insomnio generalizado o las alteraciones del ritmo circadiano, tienen también proporciones de riesgo para padecer demencia mayores que en condiciones de ausencia de ese tipo de trastornos.

Y, por supuesto, cuando la enfermedad ya está evolucionando sabemos que un patrón habitual es la fragmentación del sueño e incluso su inversión del ritmo circadiano con pacientes que están muy activos por la noche y durmiendo durante el día o que presentan el denominado fenómeno de la tarde cuando su conducta empeora significativamente en las últimas horas del día.

Otro capítulo dentro del ámbito de la salud mental, es el ámbito de las adicciones y el abuso de sustancias, también sabemos que tienen una correlación con las demencias en su uso crónico, en su uso a lo largo de la vida, hasta poder explicar, algunos estudios dicen que hasta el 10% de las demencias globales.

Si tenemos en cuenta que se trata de trastornos de prevalencia muy elevada en la población general con cuadros clínicos que serían potencialmente reversibles si cesaran los consumos, eso permitiría pues hacer estrategias preventivas que en otro tipo de factores de riesgo como es la misma edad pues tenemos más dificultades para poderlas establecer.

Por supuesto, los trastornos cognitivos relacionados con el alcohol, que es el concepto que utilizamos ahora, no tanto demencia alcohólica, que es conceptualmente algo más complejo de formular, pues tiene un amplio recorrido y sabemos cómo muchas personas bebedoras, incluso en edades no tan avanzadas, pueden presentar síntomas importantes de demencia que tienen una serie de correlatos neuroanatómicos por lesión tóxica del alcohol, aunque curiosamente es uno de los caminos de deterioro cognitivo, que tienen, incluso en la neuroimagen observable,

ciertos cambios reversibles cuando se cesa el consumo de alcohol en un momento determinado. A partir de determinado momento, aunque se cese el consumo de alcohol, el daño ya puede ser irreversible. Es una de las pocas condiciones en las que podemos ver esta evolución. De hecho, aquí vemos una gráfica de cómo evoluciona con los años una demencia relacionada con el alcohol en la línea amarilla de arriba y cómo es la progresión inexorable de una enfermedad de Alzheimer.

Vemos cómo el deterioro cognitivo que ha podido producir el alcohol, sobre todo estamos hablando aquí de pacientes que ya dejaron de beber o que están cuidados en instituciones, ese deterioro queda estabilizado a un cierto nivel y no suele progresar más, a menos que se añada algún factor neurodegenerativo.

Este es un estudio muy interesante hecho en Francia, en el cual se ve cómo en la pirámide poblacional qué porcentaje de trastornos por consumo de alcohol. Se puede ver a medida que aumenta la edad y sobre todo sesgado hacia la parte masculina y cómo pueden tener una responsabilidad mucho mayor de la que se pensaba en relación al inicio de algunas demencias, especialmente en hombres y especialmente las demencias de inicio precoz, las demencias que se inician antes de los 65 años. O sea que realmente el alcohol tiene una potencia intrínseca muy importante para derivar a este tipo de problemas.

Otras sustancias de abuso, como puede ser la cocaína o los estimulantes, tienen también una posibilidad de conducir con su uso crónico, aparte de otras muchas alteraciones neuropsicológicas, a un deterioro sobre todo de la memoria.

Este es un testimonio de un público, de David Bowie, un cantante muy conocido, en el que él relataba en primera persona cómo tenía muchas dificultades en su época de alto consumo de cocaína para poder seguir las letras de sus propias canciones. Tenía que guiarse con un atril y aún así tenía dificultades.

Más controvertido puede ser el de otro tipo de drogas de abuso, mucho más consumidas en población general, sobre todo en población joven, y ya no tan joven, como es el cannabis, en los que tiene una serie de efectos cognitivos, la mayoría de tipo reversible, como siempre si se reduce el consumo, aunque

existe una evidencia importante de afectaciones muy significativas del rendimiento intelectual global, sobre todo en consumos continuados desde edades alrededor de los 13 años. Cuando hay inicios de consumo muy precoces continuados a lo largo del tiempo, la expectativa de cociente intelectual a la que llegan estas cortes de población joven, son significativamente menores de las que habrían conseguido si no hubieran mantenido estos consumos a lo largo del tiempo.

Otras sustancias de abuso, como puede ser la cocaína o los estimulantes, tienen también una posibilidad de conducir con su uso crónico, a un deterioro de la memoria.

También los psicofármacos pueden tener efectos sobre la cognición, especialmente algunos grupos de fármacos y algunos que pueden tener un tipo de efecto especialmente nocivo en los circuitos de memoria, sobre todo los fármacos

que tienen una alta capacidad anticolinérgica, no solamente los psicofármacos, hay otros fármacos para la incontinencia y para otros muchos tipos de objetivos que contienen este tipo de efecto y que pueden ser especialmente nocivos. En concreto el litio, ya hemos comentado antes, como puede tener un factor protector en los pacientes bipolares, aunque por otro lado pueden quejarse de problemas de memoria, pero su incidencia de demencia propiamente establecida es menor si utilizaron litio a lo largo de toda la vida.

La enfermedad mental que debuta con un predominio de afectación cognitiva, preguntamos, ¿es un trastorno mental o es una demencia? Hay que hacer una evaluación siempre exhaustiva de la capacidad cognitiva, las evaluaciones neuropsicológicas sistemáticas no habría que hacerlas solamente en las demencias, también en los trastornos mentales deberían implementarse de una forma más extensa. Hay que seguir siempre prospectivamente la evolución, recordamos el ejemplo que hemos comentado de la pseudodemencia depresiva, con cuadros que se resolvieron de forma exitosa, pero que seguidos a lo largo de los años han tenido mayor probabilidad de derivar a demencia y, como acabamos de comentar, evitar tratamientos que pueden ser lesivos para la cognición.

Los problemas psiquiátricos que aparecen en el contexto de las demencias nos pueden llevar a veces, o pueden ser tan importantes, que nos pueden llevar a preguntarnos si se trata de una enfermedad diferente. En muchas ocasiones en las que el paciente no tuvo a lo largo de la vida ninguna enfermedad mental, sabemos que la propia demencia puede generar síntomas psiquiátricos muy intensos y a veces indistinguibles de las enfermedades primarias. Algunos incluso de mayor dificultad de explicación, como son ciertos grados momentáneos, fugaces, de recuperación de la capacidad cognitiva, lo que se denominan los fenómenos de lucidez paradójica que están ahora en estudio y suponen un reto muy interesante para la neurociencia. Lo más habitual de todas maneras, si partimos de la línea media, que sería la línea en la que se produce el diagnóstico formal de demencia, vemos cómo existen muchos síntomas importantes que incluso más de dos años antes y tres años han podido empezar a aparecer, como es el aislamiento social, los sentimientos depresivos, la ideación suicida que hemos comentado antes, los síntomas de desconfianza patológica, la ansiedad, etcétera, y cuando aparece el deterioro cognitivo más evidente es cuando cobran sentido todos estos tipos de síntomas como precedentes claros.

Bien, y ya para concluir, pues recordar que las enfermedades mentales cursan con diferentes grados de afectación cognitiva, en mayor o menor nivel. En la edad avanzada esto puede conllevar dificultades

en el diagnóstico diferencial, cuando una persona con una enfermedad mental crónica llega a la edad avanzada y que puede tener de forma comórbida o como complicación un deterioro cognitivo, a veces el diagnóstico no es fácil.

Los factores de riesgo para las demencias deben evaluarse con mayor

cuidado también en los trastornos mentales, teniendo en cuenta que algunos factores de riesgo son comunes para ambas, sobre todo en la depresión, como vimos antes.

Las enfermedades mentales cursan con diferentes grados de afectación cognitiva, en mayor o menor nivel.

Y que las demencias pueden expresar síntomas psiquiátricos que pueden requerir tratamiento específico, igual que los trastornos mentales primarios. Es decir, que si hay un síntoma psicótico puede requerir un tratamiento antipsicótico igual que lo utilizamos en un paciente con esquizofrenia, aunque hay pautas diferentes y algunas estrategias diferentes que no tenemos tiempo de desarrollar, pero que justificarían ese tipo de tratamientos.

Preguntas

Cuando hay síntomas de depresión ¿cuál sería el profesional inmediato al que acudir? ¿Un psicólogo, un neurólogo, un psiquiatra?

Los síntomas de depresión pueden ser evaluados por cualquiera de los profesionales que has contado incluso por el propio médico de familia. Dependería un poco de la complejidad clínica en la que se está observando o de la gravedad. En el sentido de, como hemos dicho antes, si aparecen síntomas psicóticos adicionales etcétera. Cuanto más compleja es esa depresión o más grave resulta, sí que convendría acercarnos más a un profesional especializado en la salud mental, incluso también por el acceso a recursos específicos que están más a su alcance como puede ser la terapia electroconvulsiva en algunos casos, o unos tratamientos farmacológicos más complejos.

Habría que hacer un diagnóstico diferencial muy exhaustivo, ¿no? Para poder diferenciar entre demencia y enfermedad mental, desde quizás la primera entrevista en consulta.

Sí, eso es obvio. Ese diagnóstico diferencial, esa anamnesis o exploración no debería centrarse solamente en los aspectos cognitivos. A veces hay quizá un sesgo muy dirigido hacia los problemas de memoria, cuando realmente otros problemas, si seguimos con el ejemplo de la depresión, podrían estarnos explicando mucho mejor ese aparente deterioro cognitivo en muchos casos. Por lo tanto, la evaluación sistemática del estado mental, y el estado mental no incluye solamente la cognición, también incluye el afecto, el pensamiento, todo lo que hemos estado comentando, deberían ser explorados de forma sistemática para afinar lo más posible en el diagnóstico diferencial.

Relacionado con este tema, preguntan si a la hora de un posible diagnóstico, ¿desde el sistema sanitario se están realizando acciones para poder hacer diagnósticos adecuados? ¿Existe un plan o un protocolo?

Sí, yo creo que se están haciendo esfuerzos muy serios para conseguir mejorar la calidad de los diagnósticos, sobre todo ahora que está habiendo una tendencia a adelantarlos en el tiempo y a conseguir diagnósticos mucho más precoces. Empezamos a tener marcadores de precocidad cuando clínicamente la cognición todavía no se ha tocado de una forma muy fácilmente de detectar. Algunos síntomas no cognitivos, lo que se denomina, incluso se ha conceptualizado como deterioro conductual leve, pueden ser fenómenos prodrómicos de la demencia, pero que hay que distinguir de auténticas condiciones de tipo psicológico o psiquiátrico. Por lo tanto, adelantar en esas estrategias que se están haciendo en las diferentes comunidades autónomas, a nivel nacional se está pendiente todavía de concluir alguna estrategia más global, pero tiene que incluir necesariamente verificaciones de la salud mental con participación de profesionales y los recursos de la salud mental mucho más proactivos en estos niveles de detección, sobre todo en estos niveles tan iniciales.

Nos indican también, cuando hay cambios ambientales, como la falta de un cuidador principal en una demencia ya diagnosticada y avanzada y con un ingreso del paciente en la residencia, ¿qué se puede hacer para reducir el síndrome de vulnerabilidad emocional?

Es una buena pregunta porque sabemos que el entorno es un factor muy determinante, muchas veces ante determinadas reacciones de los pacientes que están cognitivamente afectados. Esto es una de las razones que ha hecho crecer exponencialmente la evidencia que producen los distintos tipos de terapias no farmacológicas. Terapias no farmacológicas que en muchos casos van orientadas a hacer modificaciones positivas del ambiente que hacen que el paciente sufra menos estos cambios, a veces inevitables, acaba de comentar el ingreso a una residencia. Puede ser una situación en función de qué condiciones se hacen, en función de cómo está el paciente, etc. puede ser algo muy traumático y aproximarse a ese tipo de situaciones con ayudas no solamente farmacológicas, sino también de entorno y de ambiente, puede marcar a veces la diferencia entre el éxito de la adaptación o la dificultad insalvable para una adaptación.

Tenemos recursos en relación al uso de musicoterapia, al uso de terapia de estimulación multisensorial, terapia con animales... hay muchísimas evidencias de que este tipo de ayudas suavizan y dulcifican bastante algunas dificultades adaptativas de estos pacientes.

Dice, ¿se conoce el porcentaje de personas que meses antes de aparecer los primeros síntomas presentaban ya estados de ansiedad o estados depresivos?

La mayoría de los casos son una evidencia a posteriori y como decía podemos entender en algunos o en bastantes casos por qué esa persona empezó a aislarse cuando en cambio era una persona socialmente normal o activa, o por qué tenía una reacción de ansiedad tan intensa ante cosas que antes era capaz de resolver con facilidad. Así que podemos decir que lo habitual es que ese tipo de porcentaje sea elevado, pero lo habitual también es que no se haya identificado como un pródromo de una demencia.

¿Si en nuestro entorno familiar ya tenemos un caso de depresión o ansiedad, que síntomas de alarma tenemos que tener más en cuenta para pensar que pueda desencadenar en una demencia?

Nos puede ayudar que cuando el episodio depresivo está respondiendo al tratamiento y está clínicamente y la persona ha mejorado, cuál está siendo su capacidad funcional con respecto a la que tenía antes del episodio depresivo. Es verdad que la propia depresión con episodios graves y reiterados también acaba afectando la capacidad funcional, pero si es algo que nos llama mucho la atención, a veces mucho más que la propia memoria, que como decía antes es el ítem al que nos fijamos más, pues ahí puede darnos una pista. Por eso es importante y especialmente en personas que ya superan los 60-65 años, monitorizar no solamente la respuesta clínica a los tratamientos de la depresión sino también incluir alguna evaluación neuropsicológica seriada, como una forma de poder detectar a tiempo si realmente están habiendo funciones que se están deteriorando más rápidamente de lo que tocaría, aunque la persona se haya recuperado del episodio original.

Relacionados con los trastornos del sueño y la demencia, hay personas que toman medicación para ayudar a dormir, no solo ya personas mayores que a veces toman, sino también a veces personas jóvenes. ¿Esto puede favorecer en el tiempo que aparezca una demencia?

Bueno, en ese tipo de perfil se unen dos condiciones. Una, la que hemos comentado en relación al factor de riesgo que supone un trastorno del sueño para padecer demencia, y la otra, el uso de este tipo de fármacos que comenta que la mayor parte son benzodiazepinas que también pueden tener su propio riesgo implícito, que como digo, esta línea de investigación ha tenido sus más y sus menos, sus idas y venidas, con relación a la importancia de este factor de riesgo.

Pero efectivamente ese perfil podría estar incluyendo un factor de riesgo mayor. Desde luego, mientras no haya un consumo abusivo de los fármacos que ayudan a dormir, parecería que el factor de riesgo de un sueño alterado o un sueño deficiente puede superar incluso al de un tratamiento estándar, ordinario, de algún hipnótico para poder conciliar el sueño, porque estamos hablando de un trastorno que puede ser puntual, eso no es valorable en un momento determinado. Estamos hablando de trastornos del sueño habituales, los cuales las personas a veces llevan años, por no decir toda la vida, durmiendo mal o durmiendo de una manera fragmentada o teniendo muchas dificultades.

También nos indican, relacionado con el tema del suicidio, se ha hablado de temas de suicidio pero ¿sólo se dan en fases tempranas?

No, en el caso de las demencias, es donde están más identificadas. Sobre todo alrededor de un momento que puede ser crítico para muchas personas, que es el momento de la revelación del diagnóstico. Algunas personas recibir ese diagnóstico también en función de cómo se hace, con qué calidad se hace y con qué seguimiento, les puede caer encima como una auténtica bomba. Y si a veces han vivido ese tipo de situaciones o de progresos de enfermedad en otras personas cercanas pueden no tolerarlo y pueden hacer un tipo de gesto.

También tenemos que hay una respuesta que es muy difícil de dar y es cómo metaboliza ese diagnóstico, la noticia de ese diagnóstico, una persona con un cerebro que ya está alterado. Es decir, nosotros lo vemos desde nuestro punto de vista si nos afectaría o no nos afectaría que nos diagnosticaran una enfermedad como el cáncer o una enfermedad grave, pero si se trata de una enfermedad cognitiva y tenemos que procesar esa noticia con un cerebro afectado, tampoco somos tan capaces de identificar cuál es la reacción emocional. También vemos a veces reacciones de pura indiferencia. Y no es porque ignoren lo que es la enfermedad. Pero algunas personas, por experiencias previas o por personal premórbido o por cualquier otra razón, pueden llevar a un nivel de angustia importante. Obviamente en demencias más avanzadas no es tan frecuente. A veces hemos visto intentos de suicidio en demencias más avanzadas, pero en muchas ocasiones, curiosamente, no han sido pensamientos de suicidio elaborados para llegar a ese fin, sino reacciones en cortocircuito ante situaciones, como decía antes, de tipo explosivo, ante una situación que son incapaces de entender o que la interpretan como muy amenazante. Muchas veces en contextos delirantes o alucinatorios pueden tener una respuesta autoagresiva que implique alguna lesión, incluso con final fatal, pero que no podríamos asimilarla propiamente a lo que llamamos habitualmente como idea o gesto suicida o suicidio consumado.

Tenemos una idea para compartir más que una pregunta. En el deterioro cognitivo leve la estimulación cognitiva es importante, pero sí es importante también elegir las actividades para cada persona. Creo que coincidimos, ¿no? Siempre hablamos de la atención centrada en la persona ¿no? O que la persona sea el centro de atención, ¿no?

Efectivamente, es donde más sentido tiene aplicar un traje a medida. Podríamos decir, al de la persona, a su edad, a su momento evolutivo, a su nivel intelectual, a su entorno familiar, etc. Y es verdad que los tratamientos farmacológicos y de otro tipo son muy importantes, pero muchas veces este tipo de decisiones son determinantes, pues son las que nos ayudan a conseguir que el paciente esté en una situación más favorable o ambientalmente más confortable y, por lo tanto, evita el malestar añadido al que ya tiene ante situaciones bien de desatención, que por desgracia es muy frecuente, o bien incluso de estimulación excesiva, muchas veces bien intencionada, pero no apropiada para la capacidad cognitiva que tiene en ese momento el paciente.

Creo que vamos a ir acabando, que ya vamos en hora. La verdad es que el chat está muy activo, aparte Manel, de agradecer toda la información, que ha sido muy lúdica. Gracias por tratar el tema de la salud mental, que es muy importante. Hay varias expresiones de agradecimiento en el chat y quiero que lo sepas y que te llegue de forma directa.

Quizás para acabar, en el tema que se ha hablado también de trastornos cognitivos relacionados con el consumo de alcohol o con otras sustancias de abuso, incluso en lo que se afecta si ha comenzado en edades tempranas, casi más que una pregunta, una reflexión. Que si también sería importante difundir esta información y que llegue a personas jóvenes o a personas no tan jóvenes que tengan un abuso, para conocer esos efectos que tiene. No igual en el modo inmediato, o también, pero que pensemos también en un futuro.

Sí, desde luego. El ámbito del consumo de sustancias es muy poliproblemático en muchos sentidos. Esta dimensión a veces es menos conocida, pero también está presente. He citado con algo más de detalle la que está relacionada con el consumo de cannabis, sobre todo por lo frecuente que resulta en población joven y aunque a veces se ha dulcificado un poquito el efecto nocivo de este tipo de adicción, hoy día sabemos que para nada es banal. Además de algunos problemas de tipo psicótico, de angustia, de crisis de ansiedad, que son de observación bastante frecuente en personas jóvenes, también los efectos cognitivos sobre todo y lo que a veces da un poco más de tristeza en personas jóvenes que iniciaron esta adicción muy pronto, cómo pueden no haber llegado a un nivel de desarrollo intelectual y por tanto de capacitación profesional o laboral al que podrían haber llegado si esa adicción no hubiera estado presente en sus vidas desde tan jóvenes.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

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

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

[f facebook.com/CEAFA](https://www.facebook.com/CEAFA) [t twitter.com/AlzheimerCEAFA](https://twitter.com/AlzheimerCEAFA)

www.ceafa.es