



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Aspectos clínicos, legales y victimología de las demencias

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Àngela Romero Romero
Tutor: Marta Vizcaíno Rakosnik
Grado en: Criminología
Año: 2019

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma:

Àngela Romero Romero

El recuerdo es el diario que todos cargamos con nosotros

OSCAR WILDE

Resumen

El objetivo principal es la confirmación o negación de la hipótesis de la que partimos al iniciar este trabajo: padecer demencia afecta a las capacidades mentales de la persona y a su vez provoca que los pacientes sean más vulnerables, por tanto, sería un factor de riesgo para ser víctimas de delitos.

Además, hemos podido combinar los conocimientos adquiridos de los dos grados de Psicología y Criminología para hacer más completo el presente trabajo.

Asimismo, hemos decidido elaborar una parte teórica dividida en aspectos más clínicos de las demencias y aspectos legales y criminológicos, y una parte práctica.

Resum

L' objectiu principal és la confirmació o negació de la hipòtesis de la que partim al començar aquest treball: patir demència afecta a les capacitats mentals de la persona i alhora provoca que els pacients siguin més vulnerables, per tant, seria un factor de risc per ser víctimes de delictes.

A més, hem pogut combinar els coneixements adquirits dels dos graus de Psicologia i Criminologia per fer més complet el present treball.

Així mateix, hem decidit elaborar una part teòrica dividida en aspectes més clínics de les demències i aspectes legals y criminològics, i una part pràctica.

Abstract

Our main objective is the confirmation or denial of the hypothesis that we had when starting this essay: suffering from dementia affects mental abilities of the person and also it causes patients to be more vulnerable, therefore, it would be a risk factor to become victims of crimes.

In addition, we have been able to combine the knowledge acquired from the two degrees of Psychology and Criminology to make this essay more complete.

Likewise, we have decided to elaborate a theoretical part divided into more clinical aspects of dementias and legal and criminological aspects, and a practical part.

Palabras claves / Keywords

Demencia – Aspectos clínicos – Aspectos legales – Valoración jurídico-psicológica – Victimología
--

Demència – Aspectes clínics – Aspectes legals – Valoració jurídic-psicològica –
Victimologia

Dementia – Clinical aspects – Legal aspects – Legal-psychological assessment –
Victimology

Sumario

Introducción	13
1. Datos sociodemográficos de la vejez	15
2. Epidemiología y factores de riesgo de las demencias	19
2.1. Epidemiología	19
2.2. Factores de riesgo	20
3. Curso y pronóstico de las demencias en general	25
4. Repercusión de la demencia	26
4.1. Repercusión sobre el individuo.....	26
4.2. Repercusión sobre los responsables del cuidado	29
4.3. Repercusión económica.....	31
5. Definición del término <i>demencia</i>	33
6. Causas de la demencia.....	36
7. Tipos de demencia	38
7.1. Clasificación etiológica o según la causa de la demencias	40
7.2. Clasificación anatomoclínica de las demencias	40
7.3. Clasificación según los agregados proteicos asociados a las enfermedades neurodegenerativas	42
7.4. Clasificación según la curación	44
7.5. Clasificación por su inicio	44
7.6. Clasificaciónsegún la evolución de las demencias	44
7.7. Clasificación según su presentación	45
8. Cambios del DSM-5 respecto al DSM-IV-TR y CIE-10 sobre las demencias	46
9. La demencia tipo Alzheimer	53
9.1. Manifestaciones clínicas y criterios dagnósticos.....	53
9.2. Perfil neuropsicológico	57
10. La demencia con cuerpos de Lewy	61
10.1. Manifestaciones clínicas y criterios dagnósticos.....	61
10.2. Perfil neuropsicológico	67
11. La demencia frontotemporal.....	68
11.1. Manifestaciones clínicas y criterios dagnósticos.....	68
11.2. Perfil neuropsicológico	78
12. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson	79
12.1. Manifestaciones clínicas y criterios dagnósticos.....	79
12.2. Perfil neuropsicológico	80
13. Situación legal y civil de los pacientes con demencia	82
13.2. La incapacitación del enfermo demente	83

13.3. Motivación de la incapacitación	88
13.4. Procedimiento de incapacitación	89
13.5. La sentencia de incapacitación	91
14. El maltrato a las personas mayores.....	95
14.1. Epidemiología del maltrato a las personas mayores	95
14.2. Definición del maltrato a personas mayores, tipologías y respuesta legal ..	96
14.3. Factores de riesgo e indicadores del maltrato	101
15. Parte práctica.....	104
Conclusiones	108
Bibliografía.....	109

Índice de anexos

Anexo I	121
Anexo II	122
Anexo III	124
Anexo IV	125
Anexo V	127
Anexo VI	128
Anexo VII	130
Anexo VIII	131
Anexo IX	132
Anexo X	134
Anexo XI	135
Anexo XII	137
Anexo XIII	138
Anexo XIV	142
Anexo XV	144
Anexo XVI	145
Anexo XVII	146
Anexo XVIII	148
Anexo XIX	150
Anexo XX	151
Anexo XXI	154
Anexo XXII	156
Anexo XXIII	157
Anexo XXIV	160
Anexo XXV	161
Anexo XXVI	163

Anexo XXVII	171
Anexo XXVIII	175
Anexo XXIX	177
Anexo XXX	179
Anexo XXXI	180
Anexo XXXII	182
Anexo XXXIII	184
Anexo XXXIV	185
Anexo XXXV	189

Índice de figuras

Figura 1	16
Figura 2	16
Figura 3	17
Figura 4	17
Figura 5	18
Figura 6	18
Figura 7	24
Figura 8	26
Figura 9	28
Figura 10	39
Figura 11	41
Figura 12	41
Figura 13	48
Figura 14	48
Figura 15	52
Figura 16	58
Figura 17	60
Figura 18	69
Figura 19	84
Figura 20	88
Figura 21	89
Figura 22	90
Figura 23	92
Figura 24	95
Figura 25	96
Figura 26	105
Figura 27	106

Figura 28	106
Figura 29	107
Figura 30	185
Figura 31	187

Índice de cuadros

Cuadro 1	35
Cuadro 2	36
Cuadro 3	40
Cuadro 4	42
Cuadro 5	43
Cuadro 6	47
Cuadro 7	49
Cuadro 8	51
Cuadro 9	54
Cuadro 10	56
Cuadro 11	60
Cuadro 12	62
Cuadro 13	65
Cuadro 14	67
Cuadro 15	70
Cuadro 16	76
Cuadro 17	78
Cuadro 18	80
Cuadro 19	85
Cuadro 20	89
Cuadro 21	89
Cuadro 22	99
Cuadro 23	100
Cuadro 24	101
Cuadro 25	103
Cuadro 26	107
Cuadro 27	186
Cuadro 28	189
Cuadro 29	191
Cuadro 30	192
Cuadro 31	192

Cuadro 32.....	193
----------------	-----

Índice de tablas

Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	15

Introducción

La violencia intrafamiliar es un tema que está a la orden del día y que cada vez vemos más casos de violencia hacia personas mayores, tanto dentro como fuera del seno familiar, como, por ejemplo: en centros residenciales, centros de día (instituciones) o con cuidadores.

En un principio pensamos en estudiar el maltrato en las etapas de la vida más vulnerables: la infancia y la vejez, pero después de recabar información al respecto decidimos que este Trabajo de final de grado se centraría más en la vejez, desde la senectud hasta los grandes ancianos (ONU, 2017), es decir, unas edades comprendidas entre los 60 años y más de 90, quizás el motivo principal es porque es un tema menos estudiado que el maltrato en la violencia de género o en menores ya que existen menos casos o porque resuenan menos, pero lo cierto es que estas personas no deben ser olvidadas ya que están en la última etapa de sus vidas y deben ser igualmente respetadas y queridas.

De hecho, probablemente nunca nos hubiéramos planteado este tema hasta que estuvimos en el departamento de geriatría en el Hospital Sagrat Cor-Grupo Quirón y vimos que el maltrato no significa sólo causar lesiones físicas a una persona, sino que también significa no atenderla correctamente y no ayudarla cuando lo necesita. Además, haciendo prácticas algunos meses en el Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya hemos conocido bastantes casos de personas mayores sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo en distintos grados, y también con distintos grados de dependencia, en las exploraciones jurídico-psicológicas llevadas a cabo por el magistrado Don Enrique Molina y por el médico forense y psicólogo, el Dr. Cuquerella, nuestro tutor de prácticum.

Cabe decir, que en el presente trabajo no nos olvidamos de los cuidadores de los pacientes dementes, por eso hemos decidido exponer las repercusiones de la enfermedad en ellos.

En cuanto a la metodología del presente trabajo, es de observación: para la parte teórica hemos buscado información en artículos y libros principalmente sobre factores de riesgo para padecer una demencia y sobre los cambios que sufren estas personas desde el punto de vista psicosocial, cognitivo y afectivo principalmente, y también hablaremos sobre perfiles neuropsicológicos de varios tipos de demencia. Asimismo, hablaremos también sobre la victimología de estas personas y factores de riesgo que los hacen más propensos a ser víctimas, y también hemos buscado información sobre un posible perfil del maltratador de ancianos o características principales.

Por tanto, podríamos decir que la parte teórica del presente trabajo se dividiría en dos partes: la parte más clínica y la parte más legal o criminológica, combinando así los conocimientos adquiridos de los dos grados de Psicología y Criminología.

Para todo ello, hemos extraído información de artículos que pertenecen a distintas bases de datos como EBSCOHOST, Dialnet, Google académico, PubMed y Psychinfo.

Asimismo, para la parte práctica hemos seleccionado los casos de personas que tienen edades comprendidas entre 60 y 92 años entre de todas las evaluaciones jurídico-psicológicas para la valoración de una posible incapacitación futura del presunto incapaz que vimos desde el mes de febrero hasta el mes de junio en el juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia.

En esta primera parte del presente trabajo, veremos una parte más clínica que tiene que ver con los factores de riesgo de la demencia, la evolución de esta enfermedad, el curso y pronóstico, características clínicas y perfil neuropsicológico de algunas de las demencias más comunes, entre otras cosas.

En nuestro caso, la hipótesis de la que partimos al iniciar este trabajo es que padecer demencia afecta a las capacidades mentales de la persona y a su vez provoca que los pacientes sean más vulnerables, por tanto, sería un factor de riesgo para ser víctimas de delitos.

En la parte práctica, nuestro objetivo es corroborar o desmentir si realmente padecer demencia afecta a las capacidades mentales de la persona y si provoca que los pacientes sean más vulnerables por tanto víctimas de delitos, no sólo del delito de maltrato sino también de otros como la estafa o robo.

Para ello, añadiremos en los anexos varios casos que hemos podido ver y analizar tanto en el Institut de Medicina legal de Catalunya (un caso de estafa y falsificación documental), como en el juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia para valorar una posible incapacidad (total o parcial) o nombramiento de tutor legal, y en el Hospital Sagrat Cor-Grupo Quirón (un caso de maltrato físico y un caso de valoración general de un hombre que sufría maltrato por negligencia).

Asimismo, añadiremos en los anexos un caso de un paciente que vimos en el hospital sobre el cual hicimos a valoración general (“full de valoración d’infermeria-UFISS”) y seguidamente pudimos pasar la Escala de Barthel y un Cuestionario del Estado Mental Pfeiffer ya que había sospecha de algún tipo de deterioro cognitivo.

También hemos podido pasar un par de veces el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30 y MEC-35), para comprobar también esa sospecha, pero esta vez en el departamento de psiquiatría del mismo hospital.

1. Datos sociodemográficos de la vejez

A pesar del evidente aumento progresivo del envejecimiento poblacional (Savva y Brayne, 2010; Saavedra, 2011; Rodríguez y Sánchez, 2004) y por consiguiente de las personas que padecen demencia, no buscamos demasiada información al respecto y eso causa nuestro desconocimiento y confusión con algunos términos. Por eso, en el presente trabajo vamos a comenzar proporcionando algunos datos sociodemográficos y definiendo algunos conceptos clave.

En primer lugar, cabe decir que tal y como se ha apuntado anteriormente: hay un aumento progresivo del envejecimiento en la población global, concretamente nos centraremos en España. Pero, ¿por qué esta tendencia al alza? Según Sanz (2017), existen dos motivos o causas principalmente:

La primera es el aumento de la esperanza de vida, también corroborado por autores como Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva (2018); Cardona-Arango y Peláez (2015), y la segunda la baja fecundidad. Por tanto, el resultado es un mayor envejecimiento de la población y a su vez una clara tendencia al descenso de ésta (Gavrilov y Heuveline, 2003), ya que según el Instituto Nacional de Estadística (2014) el número de defunciones superó por primera vez al de nacimientos a partir del 2015.

En cuanto a la esperanza de vida, vemos que en general todas las fuentes (INE; 2014, 2018; Sanz, 2017) están de acuerdo en que cada vez sería mayor y que las mujeres tendrían más esperanza de vida que los hombres, tanto en el nacimiento como a los 65 años:

Años	Esperanza de vida al nacimiento		Esperanza de vida a los 65 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2013	79,99	85,61	18,97	22,92
2014	80,03	85,66	19,00	22,96
2019	81,43	86,70	19,93	23,86
2024	82,75	87,71	20,85	24,75
2029	83,99	88,68	21,76	25,62
2034	85,17	89,62	22,65	26,46
2039	86,29	90,53	23,53	27,28
2044	87,36	91,39	24,38	28,08
2049	88,37	92,22	25,21	28,84
2054	89,33	93,01	26,01	29,56
2059	90,25	93,75	26,78	30,25
2063	90,95	94,32	27,37	30,77

TABLA 1. Proyección de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años. INE, 2014, p.4.

Años	Esperanza de vida al nacimiento		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2017	80,39	85,74	19,14	22,98
2018	80,43	85,80	19,17	23,01
2023	81,32	86,44	19,73	23,49
2028	82,15	87,07	20,26	23,97
2033	82,92	87,68	20,75	24,44

2017: Indicadores Demográficos Básicos (datos provisionales)

TABLA 2. Proyección de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años. Instituto Nacional de Estadística, 2018, p.4.

Teniendo en cuenta todos estos datos, podemos inferir que en general, tal y como afirman (Jáuregui, 2017; Sanz, 2017), el número de mujeres de edad avanzada supera al de hombres y cada vez más a medida que aumentan los años. Este autor, señala que en la mayoría de los países, las mujeres tienden a vivir más que los hombres, concretamente entre 4 y 7 años más. Así mismo, añade:

A esto, hay que sumar el hecho de que, al menos en la cultura occidental, hasta hace no mucho las parejas que hoy han envejecido se formaban con hombres varios años mayores que sus esposas. La sumatoria de mujeres más jóvenes con esposos que mueren antes expone a aquellas a períodos más largos de viudedad, con características llamativas del envejecimiento actual: su predominancia femenina. (Jáuregui, 2017, pp.24-25).

Estos mismos datos podemos verlos plasmados gráficamente:

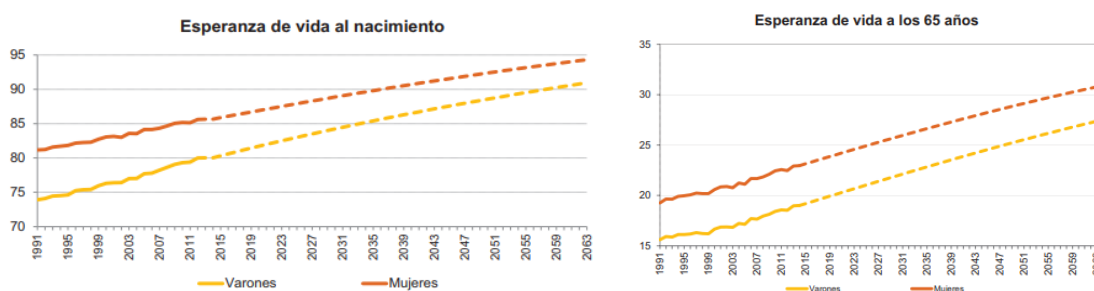


FIGURA 1. *Esperanza de Vida al nacimiento y Esperanza de Vida a los 65 años.* INE, 2014, p.5.

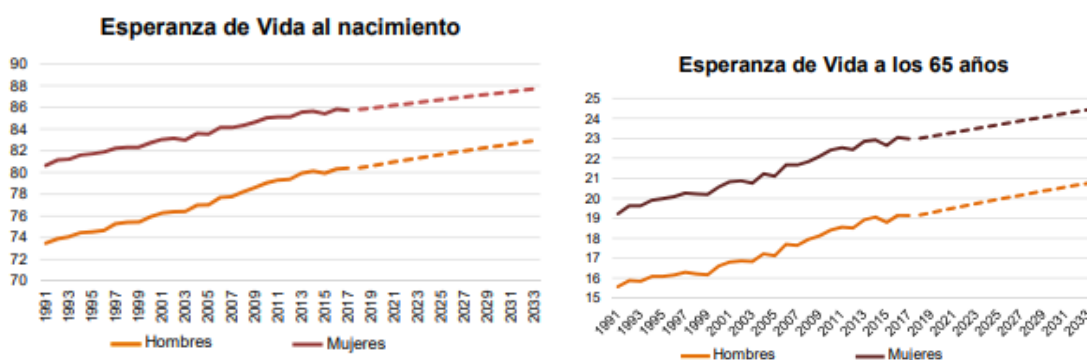


FIGURA 2. *Esperanza de Vida al nacimiento y Esperanza de Vida a los 65 años.* INE, 2018, p.5.

Además, podemos verlo más claramente en las siguientes pirámides de población:

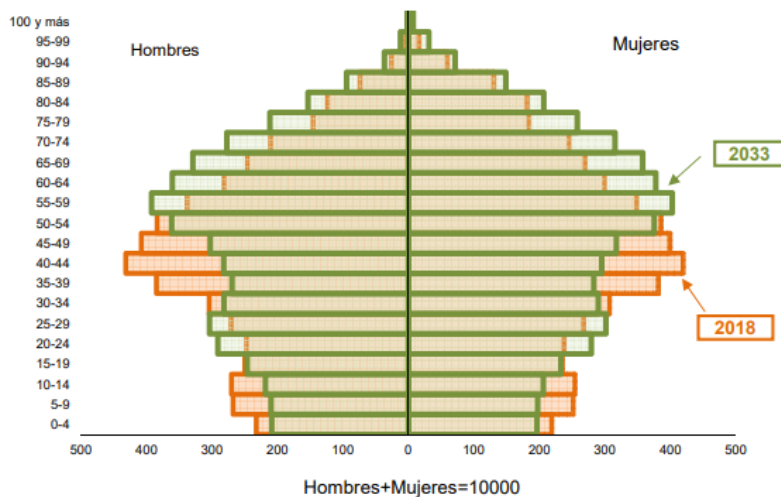


FIGURA 3. Pirámides de población de España. INE, 2014, p.7.

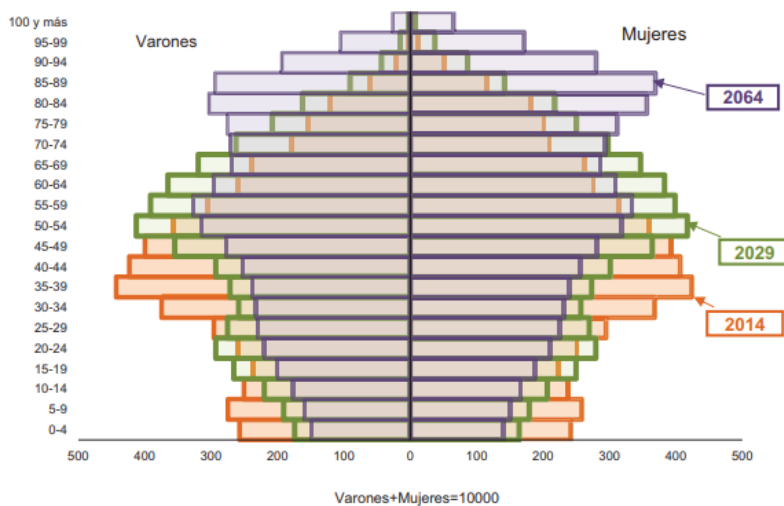


FIGURA 4. Pirámides de población de España (años 2018-2033). INE, 2018, p.5.

Por tanto, podemos concluir que el sexo como ítem, es un factor que influye en la esperanza de vida del individuo, siendo las mujeres más longevas que los hombres, en el caso de España.

Así mismo, es importante decir que incluso a veces los datos aportados pueden llegar a ser contradictorios mirando en una misma fuente dependiendo del año en el que se realice el estudio, por ejemplo: el Instituto Nacional de Estadística (2014) publicó un estudio en el cual se afirmaba que en España desde 2012 se inició una tendencia negativa en cuanto al crecimiento de la población y que en los siguientes 15 años España perdería 1.022.852 habitantes (un 2'2%) y en los próximos 50 años más de 5'6 millones (un 12'2%); sin embargo en 2018, la misma fuente publicó otro estudio en el cual se afirmaba que en los próximos 15 años España ganaría 2.356.789 habitantes (un 5'1%) debido principalmente a un elevado saldo migratorio positivo.

Aunque es cierto que el INE está de acuerdo en algo en ambas publicaciones, y es que en cuanto a la baja fecundidad que apuntaba Sanz (2017), hay un progresivo e ininterrumpido

aumento de las defunciones que siempre será superior al nacimiento durante los próximos 15 años, lo cual daría lugar a un saldo vegetativo o natural negativo, es decir, a un descenso de la población, aunque el estudio realizado en 2014 y el análisis llevado a cabo por Cuadrado (2019) argumenta que no se vería compensado con el saldo migratorio y el otro estudio realizado en 2018 argumenta que sí, y por tanto, esto provocaría un aumento de la población, pero en ambas publicaciones debemos tener en cuenta que la población española (sin tener en cuenta el saldo migratorio) descendería, en concordancia con la publicación del INE (2016).

Esto puede plasmarse gráficamente así:

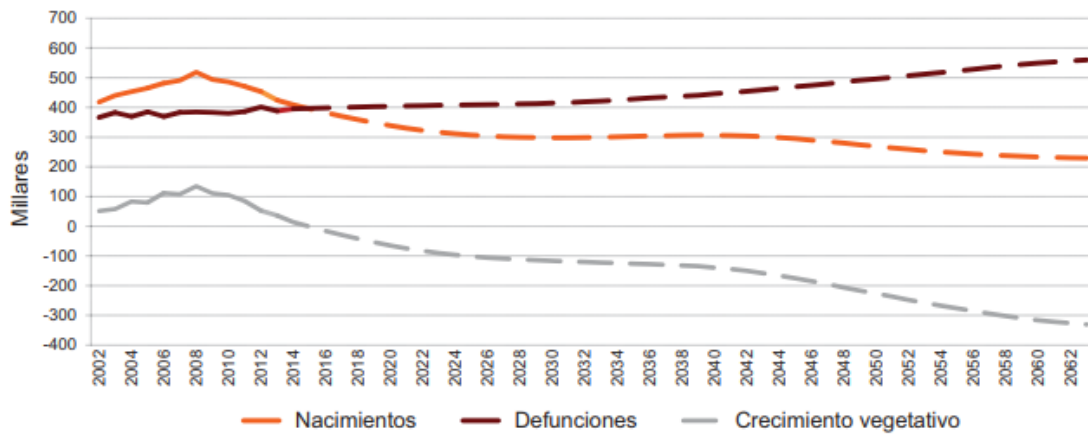


FIGURA 5. Crecimiento vegetativo de la población de España. INE, 2014, p.5.

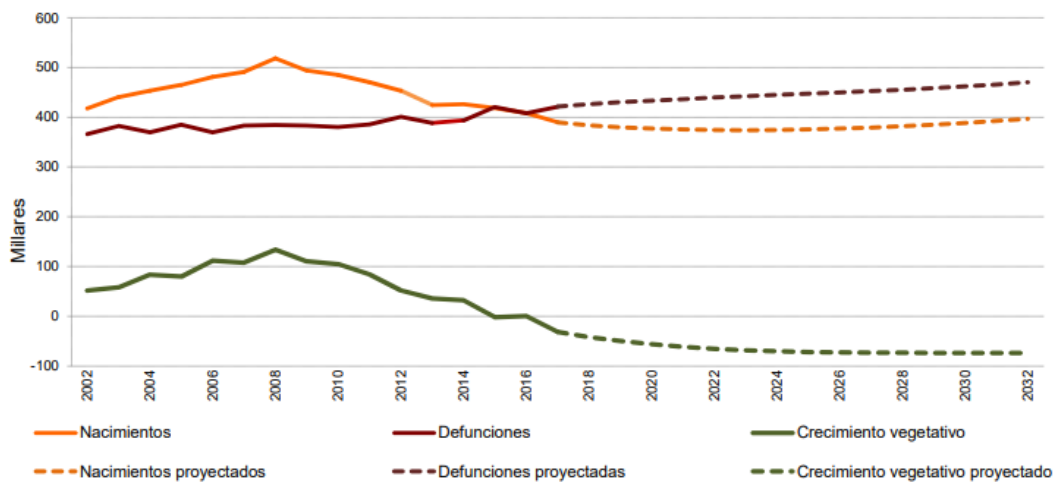


FIGURA 6. Crecimiento vegetativo de la población de España (2018-2033). INE, 2018, p.5.

2. Epidemiología y factores de riesgo de las demencias

Al alargarse la esperanza de vida sobre todo en países desarrollados, a su vez puede aumentar el número de personas mayores que padecen una demencia, tal y como se ha señalado al inicio del presente trabajo, ya que viven más y por tanto al tener más años de vida pueden aparecer más casos (Fernández, Blesa y Zarranz, 2007; Molinuevo, Rami y Lladó, 2008; Rodríguez y Mirón, Alonso, Iglesias, Sáez y Rodríguez, 2017). De hecho, la demencia causa un gran impacto en la población ya que afecta a cerca de 50 millones de personas en el mundo (Naciones Unidas, 2017; López y López, 2016).

2.1. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (citado en Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray, 2006), se estima que después de la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la depresión, la demencia es la cuarta causa, en orden de frecuencia, de carga de enfermedad en el mundo en desarrollo, es decir, en regiones que presentan una gran variedad de situaciones culturales y económicas como Latinoamérica, Europa oriental, Oriente Medio, África y gran parte de Asia, y pese a ello, sigue siendo subestudiada en el mundo en desarrollo.

De hecho, a menudo hay una gran falta de concienciación y comprensión de esta enfermedad, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

En cuanto a la incidencia de esta enfermedad, se estima que casi 10 millones de personas son diagnosticadas con demencia cada año, 6 millones de ellas en países de bajo o mediano ingreso, según la OMS (2019).

Sabemos que la demencia es un problema de salud pública que cada año va más en aumento (OMS, 2013), de hecho, según las Naciones Unidas (2017), en 2030 unas 80 millones de personas podrían padecerla y en 2050 más de 152 millones, un dato corroborado ya anteriormente por autores como Saavedra (2011) y Viloria (2011).

Aunque en el campo de la neuroepidemiología lo más destacable de los resultados publicados es la gran disparidad existente entre los diferentes estudios, debido principalmente al uso de diferentes criterios diagnósticos y a errores metodológicos, hay consenso al considerar que la prevalencia de las demencias aumenta con la edad y se duplica cada 5-5'1 años después de los 65 años de edad (el 4% a la edad de 75, el 16% a la edad de 85 y el 32% a la edad de 90), y que por tanto es un factor de riesgo (Matías-Guiu, 2016; Fernández, Blesa y Zarranz, 2007; Gil y Martín, 2006), sin que se hayan observado diferencias significativas entre los sexos (Mirón et al., 2017; López-Pousa, 2006), aunque si bien es cierto, según la mayoría de los autores, entre ellos Molinuevo et al. (2008); López-Pousa (2006); Mirón et al. (2017) refieren que en algunos estudios

Europeos se ha observado una mayor proporción de personas dementes en las mujeres cuando se sobrepasaba la edad de 75 años.

2.2. Factores de riesgo

Por tanto, la edad y el sexo serían dos factores de riesgo, el factor de la edad lo veremos más adelante, y en cuanto al sexo concretamente el hecho de ser mujer conlleva un riesgo 1,6 veces mayor (casi dos veces superior) que el de ser hombre (López-Pousa, 2006, Mirón et al., 2017).

Los antecedentes familiares:

Tienen una especial relevancia en demencias de inicio temprano o genéticas. En el caso concreto de la enfermedad de Alzheimer, la posibilidad de heredarla está entre un 60 y 80% y es mayor cuando existe un familiar afectado también padece o padeció la misma enfermedad, que es poligénica con transmisión cromosómica dominante (Mirón et al., 2017; García y Pérez, 2017; Savva y Brayne, 2010), pero en realidad la enfermedad de Alzheimer es heredada entre un 1 y un 5% de los casos en familiares de primer grado.

López-Pousa (2006) refiere que tener un familiar de primer grado afectado supone un riesgo del 3,5% para el desarrollo de una demencia al igual que el tener un familiar afectado de síndrome de Down aumenta el riesgo en un 2,7% de padecer demencia. Siguiendo a García y Pérez (2017) y Molinuevo et al. (2008), las personas con síndrome de Down presentan lesiones histopatológicas características a los 40-50 años de edad que aparecen en los pacientes con enfermedad de Alzheimer ya que el fenotipo patológico de la EA aparece en las personas downianas por producir en ellas más β -amiloide desde su nacimiento, que se codifica en el cromosoma 21, sobre el cual se produce una trisomía y por tanto se triplica la presencia del gen *APP* que es la proteína precursora de amiloide, por eso, los pacientes downianos desarrollan con mayor frecuencia un envejecimiento prematuro y una demencia precoz que se asemeja clínica y patológicamente a la EA.

La edad:

Es el factor de riesgo más importante, comentado anteriormente, incrementándose progresivamente la incidencia de la enfermedad de Alzheimer en concreto hasta los 90 años. Aunque en el cerebro de los ancianos y en otras enfermedades neurológicas se pueden encontrar algunas de las lesiones elementales neuropatológicas de esta enfermedad, se piensa que la diferencia entre envejecimiento y EA no es simplemente cuantitativa, y que esta enfermedad no se debe considerar un envejecimiento precoz, más intenso o inevitable si todos viviéramos suficientes años. Es interesante señalar que el estudio de cerebros de centenarios sanos muestra, en general, una llamativa ausencia de lesiones degenerativas neuronales (Molinuevo et al., 2008; Servicio Canario de la Salud, 2011; Matías-Guiu, 2016; Antequera, Vivancos y Pérez, 2014; Gil y Martín, 2006).

Nivel educativo:

Hay estudios, como por ejemplo el llamado “Estudio de las monjas” que realizó un seguimiento clínico, neuropsicológico y finalmente neuropatológico de un grupo de monjas, que permitieron demostrar que una mayor capacidad cognitiva durante la infancia y la juventud se traducía en un menor riesgo de deterioro cognitivo y demencia en el futuro (Risley, Snowdon, Desrosiers, Markesberry, 2003; Snowdon, 2005), y asimismo, este estudio en concreto demostró que pueden existir personas con cognición y función preservadas cuya anatomía patológica ya muestra claros signos de EA. Este mismo estudio señala que los mecanismos que ayudan a una persona con signos anatomopatológicos de EA no manifieste clínicamente la enfermedad pueden ser la cantidad de tejido cerebral y sinapsis preexistentes, la ausencia de lesión vascular o de traumatismos encefálicos asociados y algunos factores nutricionales y sociales.

Es cierto que en la mayor parte de los estudios de prevalencia de EA se ha observado una asociación entre nivel de instrucción bajo y demencia. Sin embargo, todavía existen reservas a la hora de considerar el bajo nivel cultural como factor de riesgo de EA. Tal y como hemos señalado, las personas que han realizado mayor actividad intelectual y que más han ejercitado su cerebro y su sistema nervioso central tendrían más reserva intelectual funcional y, por tanto, estarían cuantitativamente mejor preparadas. Si así fuera, las implicaciones sociosanitarias serían de enorme importancia, un metaanálisis publicado en 2006 confirma que el nivel de instrucción-educación bajo puede comportarse como factor de riesgo (Mirón et al., 2017; García y Pérez, 2017).

Traumatismos craneoencefálicos:

Haber sufrido un traumatismo craneoencefálico predispone a la demencia, por ejemplo: se hallan lesiones propias de la enfermedad de Alzheimer en gran cantidad y a una edad temprana en los cerebros de los ex boxeadores, con o sin demencia (Molinuevo et al., 2008). Haber sufrido un traumatismo con pérdida de conciencia superior a 1h se asocia a EA, aunque no todos los estudios realizados han observado la relación traumatismo-demencia (Launer, Andersen, Dewey, Letenneur, Ott, Amaducci, Brayne, Copeland, Dartigues, Kragh-Sorensen, Lobo, Martinez-Lage, Stijnen y Hofman, 2008; Mirón et al., 2017), pero en general, los autores siguen la línea de que los traumatismos cerebrales acompañados de pérdida de conciencia parecen estar asociados a los deterioros cognitivos en general, y con deterioros de tipo Alzheimer en particular (García y Pérez, 2017) ya que incrementan la síntesis de amiloide y causan una degeneración neurofibrilar (Molinuevo et al., 2008).

Factores de riesgo vasculares y lesiones vasculares cerebrales asociadas:

En los estudios anatomopatológicos post mórtem de personas con demencia se suele observar una o varias lesiones cerebrovasculares (infartos de gran vaso, lacunares y leucoaraiosis, etc.), y por eso se asume que los factores de riesgo establecidos para la enfermedad vascular inciden en el riesgo de demencia. Asimismo, los factores de riesgo vascular se suelen asociar con un aumento del riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer y demencias vasculares en la edad adulta y la madurez, ya que aumentan la síntesis de amiloide y causan una degeneración neurofibrilar, tal y como ocurría con los traumatismos craneoencefálicos (Savva y Brayne, 2010; Mirón et al., 2017; Molinuevo et al., 2008).

Entre los factores de riesgo vascular, los más importantes son: la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el síndrome metabólico y el tabaquismo. Su asociación tiene un efecto multiplicativo, es decir, es directamente proporcional, de forma que padecer un solo factor otorga un riesgo relativo de 1,6 si se asocian tres o más el riesgo aumenta hasta 3,6 (Servicio Canario de Salud, 2011).

Por tanto, el control de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipidemia (colesterol), la obesidad y la diabetes mellitus de tipo 2, podrían disminuir la incidencia de las demencias (Mirón et al., 2017).

Ejercicio físico e intelectual y dieta (alimentación y consumo de bebidas alcohólicas):

Son los dos ítems principales que describirían un estilo de vida saludable. Una actividad física ligera y/o moderada habitual y sostenida durante años se asocia con una menor probabilidad de demencia, es decir, es un factor protector al igual que la dieta saludable y equilibrada. Es adecuado realizar ejercicio regularmente (40-60 minutos, entre 4 y 5 días a la semana), dado que mejora la vascularización cerebral e incrementa la plasticidad neuronal mediante sinaptogénesis y neurogénesis y ayuda a reducir el colesterol y la presión arterial (factores de riesgo a nivel vascular) y mejora la calidad del sueño (Launer et al., 2008; Mirón et al., 2017; Molinuevo et al., 2008).

La actividad intelectual ayuda a mejorar la reserva cognitiva que se relaciona con una mayor resistencia del sujeto al daño cerebral y a que este tenga una mayor funcionalidad cognitiva (Fratiglioni y Hui-Xin, 2007; Mirón et al., 2017).

La reserva cognitiva o neuronal es la capacidad para la activación progresiva de nuestra mente en respuesta al aumento en las demandas cognitivas, es decir, la aptitud del cerebro de sufrir daño patológico sin una declinación de la función cognitiva (Valenzuela, 2008; Savva y Brayne, 2010; Mirón et al., 2017; García y Pérez, 2017). Por tanto, la reserva cognitiva ayuda al cerebro a desarrollar mecanismos compensatorios para afrontar la acumulación de daño neuropatológico. Es decir, la reserva cognitiva se ha operativizado

como un modelo tipo “umbral” en el que ésta tendría un papel de protección frente a las lesiones (Viloria, 2011; Rodríguez y Sánchez, 2004).

De este modo, la reserva cognitiva puede implicar una disonancia entre el grado de enfermedad cerebral y los síntomas que muestra la persona mayor, es decir, no existe una relación directa entre el grado de patología cerebral y los síntomas clínicos (Rodríguez y Sánchez, 2004). Las diferencias en reserva cognitiva entre los mayores se derivan especialmente por la inteligencia innata y las experiencias en la vida, como el nivel de escolarización y los hábitos de trabajo intelectual en actividades complejas, entre ellas: el hábito de la lectura de libros, la escritura, los juegos de mesa y las actividades con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como Internet y aplicaciones móviles, etc., el ejercicio físico e incluso las actividades de ocio y las interacciones sociales, entre otras muchas (Valenzuela, 2008; Mirón et al., 2017; García y Pérez, 2017). En cuanto a la dieta saludable, García y Pérez (2017); Mirón et al. (2017); Valenzuela y Perminder (2006) refieren que se trata de la dieta mediterránea que consiste en comer de todo (dieta variada) con alimentos de temporada y elevado consumo de frutas y verduras ricas en antioxidantes (todos los días), consumo de pescado también rico en antioxidantes (fresco y en conserva) y de aves de corral varias veces a la semana, consumo de menos de 3 o 4 huevos a la semana, consumo diario de leche, queso y yogur, menos de 3 raciones de carne roja a la semana, aceite de oliva para cocinar y aliñar los alimentos y por último, se debe consumir legumbres y frutos secos, estos últimos como aperitivos o *snacks*.

Para nuestra sorpresa, hay controversia sobre la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el riesgo de padecer Alzheimer, para nuestra sorpresa hay autores que afirman que el consumo de alcohol no es un factor de riesgo, sino al contrario: el consumo social ligero o moderado (concretamente de vino) parece beneficioso para el enfermo y su cuidador en las fases iniciales de la enfermedad (Servicio Canario de Salud, 2011). De hecho, según García y Pérez (2017), se ha visto una asociación positiva entre el consumo moderado de alcohol y un superior rendimiento cognitivo en edades mayores. En cambio, hay otros autores como Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero y Borgues (2007) que afirman que sí lo es.

Tabaquismo:

Según García y Pérez (2017), hay estudios recientes de EURODEM que demuestran sólidamente que el hecho de ser fumador en el momento de inicio de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer o el haberlo sido con anterioridad multiplica por 5 el riesgo de padecer esta patología y demencias vasculares (Juan, Zhou, Li, Wang, Gao y Chen, 2004; Launer et al., 2008; Aguilar-Navarro et al., 2007, Peters, Poulter, Warner, Beckett, Burch y Bulpitt., 2008), aunque existe cierta controversia sobre este tema ya que no todos los

autores coinciden en que el hábito de fumar sea un factor de riesgo en la demencia e incluso reduzca el riesgo de deterioro cognitivo (Rusanen, Kivipelto y Quesenberry, 2011).

Por tanto, viendo todos estos factores de riesgo, podríamos hacer un pequeño esquema con todos ellos:

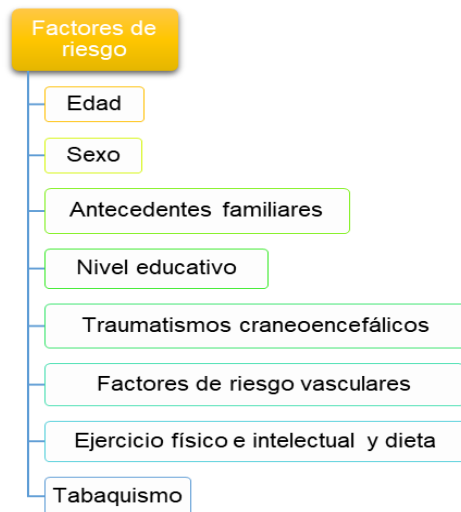


FIGURA 7. Factores de riesgo implicados en el padecimiento de una demencia. Elaboración propia en base a García y Pérez, 2017.

3. Curso y pronóstico de las demencias en general

En cuanto al curso de la enfermedad, cabe decir que no todos los síntomas conductuales y psicológicos-cognitivos de la demencia aparecen en todos los pacientes ni siguen el mismo curso en su evolución y que existen muy pocos trabajos sobre la evolución de los subtipos de demencia (exceptuando la de tipo Alzheimer), pero a rasgos generales podemos decir que la clínica de esta enfermedad repercute en primer lugar en las actividades complejas de la vida diaria (esfera sociolaboral), más adelante en las actividades instrumentales, como por ejemplo: cocinar y manejar dinero, y, finalmente, en las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestirse, etc.) que generan globalmente una alteración o discapacidad funcional y un estado de dependencia total de sus cuidadores, que pueden sufrir sobrecarga tanto física como emocional (Antequera et al., 2014; Gallagher-Thompson, Lonergan, Holland, China y Ashford, 2010). Sobre esto hablaremos a continuación en el siguiente apartado que hemos denominado *Repercusión en la demencia*. Como conclusión, debemos saber que la vía final de todas las demencias es la neurodegeneración (disfunción de sinapsis) y la muerte neuronal que causan los déficits cognitivos (Matías-Guiu, 2016).

Cabe decir, que como factor agravante en el curso de una demencia está el inicio precoz (antes de los 65 años de edad): en las demencias de tipo Alzheimer solo en un 10% de los casos aparecen en sujetos de edad inferior a 65 (Mirón et al., 2017), y aunque la esperanza de vida cada vez es mayor en general, mueren antes que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer (EA) de inicio avanzado (López-Pousa, 2006).

4. Repercusión de la demencia

Además de la esperanza de vida más larga y del aumento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad, entre ellas las demencias neurodegenerativas, debemos considerar que la discapacidad generada por la demencia ejerce una enorme repercusión en las personas que presentan el trastorno y en quienes las rodean, tal y como hemos visto en el curso de la enfermedad. La calidad de vida de los individuos dementes se ve afectada por las alteraciones cognitivas y funcionales, así como por los síntomas conductuales y psicológicos que suelen manifestar. Asimismo, estos individuos requieren niveles cada vez mayores de atención que, junto con la repercusión emocional de la enfermedad, pueden causar problemas de salud mental y física a los responsables del cuidado y a los familiares. La asistencia permanente y, a veces, la atención especializada que requieren las personas con demencia son costosas y tienen implicaciones económicas tanto para los encargados del cuidado y para los servicios sociales y de atención de la salud (Savva y Brayne, 2010; Molinuevo, Rami y Lladó, 2008). Teniendo en cuenta todo esto, dividiremos sobre quién cae la repercusión de la demencia en 3 apartados representados en esta figura:

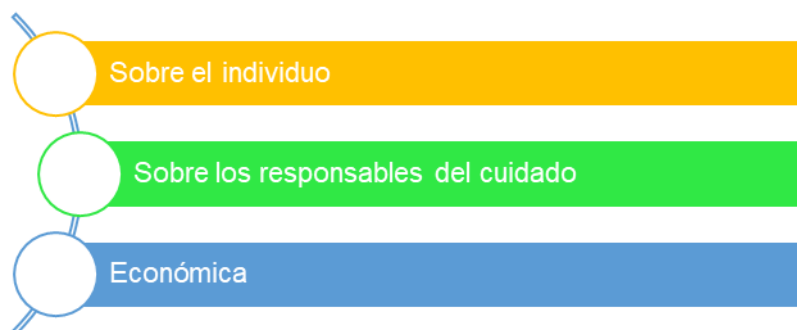


FIGURA 8. *Repercusión de las demencias.* Elaboración propia, en base a Savva y Brayne, 2010.

4.1. Repercusión sobre el individuo

La demencia incide en todos los aspectos de la vida de una persona. Por definición, interfiere con su autonomía, incluida la capacidad de vivir de forma independiente y de realizar elecciones y juicios morales. El declive de la cognición y la memoria hace que los pacientes abandonen las actividades que disfrutaban y dañan sus relaciones personales. En muchos casos, la demencia también provoca problemas psiquiátricos, como depresión y psicosis, y problemas conductuales, que limitan la libertad personal, sobre todo en los últimos estadios. En éstos, la demencia causa pérdida del control motor e impide la comunicación de los pensamientos y sentimientos de la persona, incluidos sus deseos y necesidades básicas o sus síntomas médicos. Asimismo, la demencia es el principal factor predictivo de muerte en los ancianos que la padecen ya que la persona comienza a dejar

de satisfacer sus necesidades básicas, su higiene personal y sus hábitos y por tanto su sistema inmunológico comienza a fallar, aunque cabe decir que no hay diferencias a nivel de comorbilidad entre individuos con demencia e individuos sin, cuanto más grave sea la demencia, más probabilidad de comorbilidad habrá y probablemente la comorbilidad significativa por encima de la norma se dé en personas con demencia grave (Doraiswamy, Leon, Cummings, Marin y Neumann, 2002; Tschantz, Corcoran y Skoog, 2004, citado en Savva y Brayne, 2010).

En esta repercusión directa sobre el enfermo debemos tener en cuenta dos ítems:

La calidad de vida, que según Savva y Brayne (2010) es la percepción general de un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas y estándares, es decir, las aspiraciones de la persona son alcanzadas y llenadas por su situación actual (Rodrigues, 2010).

A grosso modo, el término de calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (Theofilou, 2013; WHO-QOL Group, 1993; WHO-QOL Group, 1996; Tennant, 1995).

Más recientemente el constructo *calidad de vida* se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo. Por tanto, podríamos decir que el concepto “calidad de vida” es un constructo subjetivo, que percibe la persona.

La calidad de vida relacionada con la salud o (*health-related quality of life*, (HRQoL) es, el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se emplea para analizar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Es decir, este concepto mide el efecto de una enfermedad sobre la calidad de vida de una persona y es un concepto que se aplica a muchos problemas de salud (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010; Urzúa y Caqueo-Uriza, 2012; Schwartzmann, 2003).

La HRQoL es un constructo multidimensional y también es, por lo menos en parte, subjetivo, y los instrumentos tradicionales para medirlo son difíciles de aplicar a personas con demencia. Las dificultades se deben al deterioro de la memoria de experiencias, a los problemas de lenguaje y falta de conciencia sobre sus incapacidades y el ambiente. Por esas razones, los parámetros de calidad de vida de los individuos con demencia suelen depender mucho de componentes objetivos, como el nivel de deterioro del paciente, el nivel de interacción social que presenta la persona y la calidad de su medio circundante (Savva y Brayne, 2010).

Ámbitos de la calidad de vida afectados por la demencia:

Interacción y actividades sociales, el deterioro y la pérdida de la movilidad pueden ocasionar que los individuos con demencia abandonen su trabajo, pasatiempos y otras actividades. En los estadios más tardíos, es importante que los individuos con demencia puedan participar en actividades adaptadas a su capacidad. Las relaciones con familiares y amigos a menudo se resienten como resultado directo de las alteraciones y los síntomas neuropsiquiátricos, de la carga del cuidado y de la distancia cuando el individuo está institucionalizado. La preocupación acerca de comportamiento socialmente inapropiado puede llevar a evitar situaciones sociales. La demencia puede causar una pérdida de empatía que afecta la capacidad de interacción social del individuo (Lough, Kipps, Treise, Watson, Blair y Hodges, 2006; Sánchez de Machado, 2004).

Las alteraciones conductuales afectan la capacidad del individuo de vivir de forma independiente. El ambiente de cuidado de una persona con demencia incide en su calidad de vida. A menudo, las personas dementes son trasladadas de su hogar a instituciones, donde pierden la capacidad de influir en su medio circundante.

Alteraciones cognitivas y funcionales: es decir, en la demencia se ve afectada el pensamiento y la capacidad de razonamiento, la memoria (registro, almacenamiento y evocación), el lenguaje (afasias), además de otras áreas, y las funciones ejecutivas, éstas últimas incluyen la capacidad de autoconciencia, de pensar en forma abstracta, de planificar, iniciar, establecer una secuencia, controlar y detener comportamientos complejos, por tanto, las personas dementes conforme avanza la enfermedad cada vez son menos capaces de llevar a cabo tareas que impliquen todo esto (Weiner, 2010; APA, 2002; Robles, Del Ser, Alom, Peña-Casanova, 2002).

En cuanto a la autonomía e independencia, las personas con demencia se vuelven cada vez más dependientes de los demás. Su capacidad de tomar decisiones se deteriora, lo que provoca problemas legales y éticos que veremos posteriormente. La dependencia creciente determina que los cuidadores y los prestadores de servicios invadan cada vez más la privacidad en muchos aspectos de la vida. La pérdida de control de muchas funciones corporales afecta a la integridad y dignidad personal.

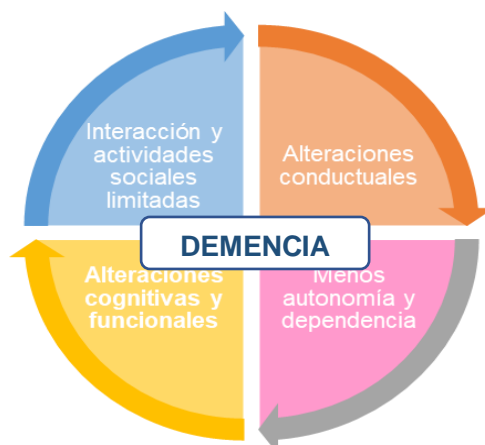


FIGURA 9. *Ámbitos de la calidad de vida afectados por la demencia en el individuo.* Elaboración propia, en base a Lough, Kipps, Treise, Watson, Blair y Hodges, 2006; Weiner, 2010; APA, 2002; Robles, Del Ser, Alom, Peña-Casanova, 2002.

El segundo ítem que deberíamos tener en cuenta sería:

La calidad de la atención, se ve afectada la atención de la salud prestada a un individuo con demencia ya que a menudo los pacientes tienen problemas para comunicar sus síntomas físicos y necesidades básicas a la vez que no son conscientes de sus incapacidades y es difícil para los otros determinar los deseos o el consentimiento de los pacientes respecto de los tratamientos (Rodrigues, 2010; Savva y Brayne, 2010).

Asimismo, la comorbilidad también puede ser provocada o agravada por la falta de cuidado de sí mismo, la ausencia de conciencia sobre los síntomas y de capacidad para comunicarlos, la falta de función motora, la desnutrición y el olvido de tomar la medicación.

4.2. Repercusión sobre los responsables del cuidado

Por supuesto, no podíamos presentar el presente trabajo sin hablar de los cuidadores. Según Burns (2000) gran parte de la repercusión de esta enfermedad recae sobre los responsables del cuidado del paciente, ya que debemos partir de que donde se hacen notar primero los síntomas de las demencias es en el entorno familiar (Gallagher-Thompson et al., 2010; Pinto y Ramos, 2007). Por tanto, las familias suponen el principal suministrador de los cuidados a los enfermos: hasta un 95% de los cuidados son proporcionados de forma preferente en el domicilio. La causa principal sería de carácter emocional: los familiares suelen preferir preservar al afecto de los inconvenientes que suponen las alternativas al domicilio y se considera una prioridad evitar al enfermo el daño derivado al arrancamiento de un entorno que le parece más confiable y seguro, y también por una causa estructural, y es que hay una evidente carencia de recursos alternativos (Pinto y Ramos, 2007).

Como hemos dicho, la atención informal de la demencia está a cargo, principalmente, de los cónyuges o de hijos adultos que, por lo general, no tienen ninguna capacitación ni experiencia previa en cuidar enfermos y además a esto se le suma el hecho de que la demencia va progresando y por tanto los cuidados deben irse modificando. A menudo, los cuidadores se sienten confundidos e inseguros sobre las acciones que deben adoptar y los servicios de que disponen. Como el apoyo de diversos servicios de atención de la salud y sociales suele ser fragmentario, los cuidadores se convierten, a menudo, en coordinadores de la atención, pese a su falta de conocimientos sobre la demencia o sobre las opciones existentes (Savva y Brayne, 2010; Rodrigues, 2010).

La atención de la demencia requiere tiempo y tiene un alto coste económico para los encargados del cuidado.

Hay varios factores que causan estrés al cuidador:

Factor primario de estrés es la exigencia del cuidado en sí mismo: los problemas neuropsiquiátricos y conductuales que son comunes en la demencia también estresan a los cuidadores, es decir, una proporción significativa de pacientes con demencia presentan un comportamiento agresivo y los cuidadores pueden sentirse amenazados físicamente y preocupados acerca de hacerse cargo del paciente, por ejemplo, al limitar su independencia para prevenir la exposición a daños. Los cuidadores informales que están cerca de pacientes con demencia también sufren por el impacto emocional de la enfermedad, así como por la responsabilidad que implica el cuidado.

De hecho, además del enorme coste personal y sociofamiliar hay que añadirle el importantísimo coste económico, estimado en algunos estudios entorno a los 18.000 euros anuales por cada enfermo que convive en el seno familiar, cifra que se incrementa para aquellos casos que precisan institucionalización (Molinuevo, Rami y Lladó, 2008). Aunque algunos otros autores señalan cifras algo distintas, como por ejemplo Canelo, Alonso, Iglesias, Sáez y Rodríguez (2017) señalan que el coste anual medio por persona dependiente por la enfermedad de Alzheimer se estima en 11.730 euros en España, y el coste anual poblacional es de 34,7 millones de euros.

Según Socarrás y Torres (2007), el nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con síndrome demencial viene determinado por una serie de aspectos importantes a tener en cuenta:

- a. La gravedad de la demencia y los problemas de comportamiento que mostraba el paciente.
- b. El tipo de relación entre el cuidador y el paciente (esposo, hermano).
- c. Los estilos cognitivos y mecanismos de enfrentamiento utilizados por los cuidadores.
- d. La utilidad de los recursos sociales.

Factores secundarios de estrés: surgen de aspectos de la vida de los cuidadores que son afectados por los deberes del cuidado. Éstos comprenden problemas económicos causados por el coste de la demencia y la necesidad de los cuidadores de reducir sus horas de trabajo. Las exigencias del cuidado pueden hacer que el cuidador pierda oportunidades y también pueden causar retraimiento social, conflictos familiares y dificultades en otras relaciones.

Un ejemplo de las horas que se emplean al cuidado del enfermo y del alto coste económico que ello supone lo vemos en el estudio longitudinal que realizan Zhu, Scarmeas, Torgan, Albert, Brandt, Blacker, Sano y Stern (2006) reclutando de 204 pacientes con la enfermedad de Alzheimer que alrededor del 80% de los afectos reciben cuidados informales y que la gravedad no incide en la proporción que recibe este tipo de cuidados y que las horas semanales de cuidado de los que reciben atención aumentaron

de 28 al inicio a 53 en el año 4, con un coste de 20.500 dólares anuales al inicio y de 43.000 dólares en el año 4.

Por lo general, los cuidadores presentan problemas físicos y psicológicos (Gallagher-Thompson et al., 2010; Burns, 2000; Tartaglini y Stefani, 2012). Por ejemplo, a nivel somático suele ser muy común la hipertensión, el descuido de sí mismo y de la dieta, falta de sueño y el deterioro en la función inmunitaria, y a nivel psicológico encontramos en el cuidador informar en el último año de vida del enfermo: el estrés, *burnout* y ansiedad (46%), depresión (39%) y recaídas de trastornos psiquiátricos previos, por tanto, el soporte psicológico es esencial (Rodrigues, 2010) tanto en estadios avanzados de demencia como al principio de los cuidados para poder entender la desintegración psíquica que se produce en un ser humano cercano y querido (Molinuevo et al. 2008).

El estrés y las reacciones negativas de los cuidadores pueden aumentar el riesgo de comportamiento abusivo hacia el receptor de los cuidados (Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner y Lance, 2005; Zúñiga-Santamaría, Sosa-Ortiz, Alonso-Vilatela, Acosta-Castillo, Casas-Martínez, 2010).

Por último, cabe decir, que encargarse del cuidado de enfermos también aumenta el riesgo de mortalidad (Savva y Brayne, 2010), concretamente, según Rodrigues (2010) en un 63%.

4.3. Repercusión económica

La demencia tiene un impacto económico sobre los individuos, sobre los servicios de atención de la salud y afecta a la economía más general. De hecho, según Naciones Unidas (2017) la demencia tiene un impacto económico considerable, con un costo anual estimado a 818.000 millones de dólares en el mundo.

Tal y como hemos explicado anteriormente, los costes asociados con la demencia surgen principalmente de los requerimientos de cuidado, de los costes directos del tratamiento y de los costes médicos por encima de la norma, causados por comorbilidad. También hay un coste considerable para la economía por los cuidadores y por los pacientes que abandonan la fuerza laboral, así como por la mayor atención que los primeros pueden necesitar como consecuencia de responsabilizarse del cuidado del enfermo.

Como resumen, podemos decir que los costes se comparten entre la persona con demencia y aquellos que la cuidan, los servicios de atención de la salud, el sector voluntario y diversos organismos gubernamentales, por tanto, es un problema de salud pública (OMS, 2017; Savva y Brayn, 2010), y el impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico (OMS, 2019a).

Hasta este punto, en el presente trabajo, hemos estudiado los datos sociodemográficos en la vejez, la epidemiología y los factores de riesgo en las demencias en general, y, por último, el curso de las demencias, pero aún no hemos definido qué son las demencias, y para poder adentrarnos en ellas debemos saber primero qué son, de qué tratan.

5. Definición del término *demencia*

Etimológicamente, *demencia* significa “Pérdida del Juicio o de la Razón” (Pinto y Ramos, 2007).

En el concepto de demencia, la heterogeneidad de las posibles etiologías y la propia variedad entre los pacientes ha supuesto que los límites nosológicos se encuentren difuminados. Aun así, hay varios autores que se atreven a dar una definición de demencia:

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro adquirido y persistente de la función cognitiva, que afecta habitualmente a la memoria y al menos a otro dominio cognitivo como el lenguaje, la capacidad práctica, la capacidad gnóstica o la capacidad ejecutiva, alterando todo ello las actividades de la vida diaria del individuo. (Molinuevo et al., 2008, p.651).

En este caso cabe decir que con las palabras “deterioro adquirido” estos autores, de acuerdo con el DSM-5 (2014), han querido decir que la pérdida de capacidades o facultades cognitivas en la demencia no se produce de manera congénita (desde el nacimiento o infancia), sino que hay un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente (APA, 2014).

La demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cortical cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (OMS, 2019a y CIE-10 de la OMS, 1992).

Desarrollo de múltiples déficits cognitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto (American Psychiatric Association (APA), 2002, p.140).

Según Rodríguez y Mirón (2017), aquí el APA estaría introduciendo el concepto de demencias reversibles.

La demencia es un síndrome progresivo de deterioro global de las funciones intelectuales (de la memoria y de al menos otra como el lenguaje, gnosias, praxias o función ejecutiva). Adquiridas previamente, con preservación del nivel de vigilancia que interfiere con el

rendimiento laboral o social del individuo y le hace perder su autonomía personal. (Fernández et al., 2007, pp. 753).

Por tanto, vemos que con esta definición estos autores están de acuerdo con lo descrito en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 es que debe darse una alteración en la memoria y además al menos un deterioro en otra función cortical superior, sobre lo cual veremos que hay autores que no están de acuerdo.

Siguiendo a Robles (2008): “La demencia es un estado clínico que corresponde al deterioro prolongado de dos o más funciones cognitivas, de tal intensidad que dificulta la realización autónoma de actividades que, antes del deterioro, se realizaban sin necesidad de supervisión o ayuda.” (p. 677).

Por último, veremos algunas definiciones más de cuatro libros distintos:

Las demencias son un conjunto de trastornos crónicos en los que se presenta un deterioro generalizado de las facultades intelectuales en personas que tenían anteriormente un desarrollo intelectual normal. La demencia implica una disminución en la función cognitiva de la persona o en su capacidad mental para pensar, razonar, recordar y realizar de forma independiente tareas cotidianas que antes sí realizaba (Frades, Frank, Gangoiti, Genua, González, y Hueros, 2013, p.11).

Las demencias son aquellos déficits de memoria generalmente amplios que afectan a la mayoría de habilidades intelectivas y funciones corticales superiores, si bien pueden preservarse algunas de ellas y que condicionan de forma intensa las actividades de la vida diaria del paciente, originando la desadaptación socio-laboral o socio-familiar y llevándole a la desintegración del entorno en el que se encuentra. (Pinto y Ramos, 2007, p. 30).

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, que no se da en el contexto de una alteración del nivel de conciencia. El deterioro cognitivo es adquirido, por lo general crónico y progresivo, y afecta a las capacidades funcionales del sujeto, de manera suficiente para interferir en sus actividades laborales, sociales o familiares habituales, incluidas las actividades de la vida diaria, que hasta entonces realizaba de forma más o menos cotidiana y competente. (Servicio Canario de Salud, 2011, p.15).

La demencia es un síndrome de carácter orgánico y etiología múltiple que se caracteriza por diversos déficit cognitivos, generalmente progresivos, sin alteración de la consciencia y que provocan un grave deterioro en las principales áreas de la vida del paciente. Además, suele acompañarse de cambios conductuales y de la personalidad (Antequera et al., 2014).

Después de leer todas estas definiciones, podemos ver que hay ítems que se repiten más de una vez y otros que solamente aparecen una vez en alguna definición pero que en cambio después podemos observar que está presente en la explicación posterior a la definición de algunos de los otros libros. Todos estos ítems son:

Cuadro nº 1

Ítems que se repiten o que aparecen una vez en las definiciones del término demencia

(Elaboración propia, en base a Molinuevo et al., 2008; OMS, 2019a y 1992; APA, 2002; Fernández et al., 2007; Robles, 2008; Frades et al., 2013; Pinto y Ramos, 2007; Servicio Canario de Salud, 2011).

Ítems que se repiten	Ítems que aparecen una vez
Síndrome progresivo y adquirido	Deterioro del control emocional
Deterioro	Deterioro del comportamiento social
Función cognitiva	Deterioro de la motivación
Memoria	Juicio alterado
Lenguaje/afasia	
Praxia	
Gnosia	
Nivel de conciencia no afectado	
Actividades de la vida diaria/tareas cotidianas	
Déficit respecto al nivel previo de actividad	
Pérdida de autonomía personal	

6. Causas de la demencia

Las causas más frecuentes de demencia son las enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer (entre el 50-80%), enfermedad de los cuerpos de Lewy, degeneración lobular frontotemporal) y la enfermedad vascular cerebral (0-20%). A pesar de los avances en neuroimagen y en el conocimiento de los marcadores biológicos, el diagnóstico de la demencia sigue siendo clínico (Savva y Brayne, 2010; Matías-Guiu, 2016, Servicio Canario de la Salud, 2011; Gil y Martín, 2006; Cullum y Lacritz, 2010; Molinuevo et al, 2007; Robles et al., 2002).

Fernández et al. (2008) han elaborado un cuadro más concreto sobre las causas de la demencia, que adjuntamos a continuación:

Cuadro nº 2

Principales causas de demencia (Fernández et al., 2007, p.756.)

1. Enfermedades degenerativas

Enfermedad de Alzheimer*

Enfermedad de Huntington

Enfermedad de los cuerpos de Lewy

Enfermedad de Parkinson idiopática

Demencia “de tipo frontal” (taupatías y otras variedades)*

Complejo de la isla de Guam (parkinsonismo-demencia-esclerosis lateral amiotrófica)

2. Enfermedades vasculares

Infartos múltiples corticosubcorticales*

Leucoencefalopatía subcortical (Binswanger)*

Arteritis (de células gigantes y otras)

Malformaciones arteriovenosas gigantes

Infartos selectivos bilaterales (tálamo, cerebral anterior)

Vasculitis (lupus eritematoso diseminado)

Estados de hipoperfusión por obstrucciones bicarotideas

3. Trastornos metabólicos adquiridos y tóxicos

Fármacos

Anoxia

Hipo e hipertiroidismo

Hipoparatiroidismo primario o secundario

Panhipopituitarismo

Uremia y demencia dialítica

Degeneración hepatocerebral adquirida
Carencia de B₁, B₁₂, ácido fólico, pelagra
Alcoholismo y otras drogas

4. Tumores

Gliomas o linfomas del cuerpo caloso
Meningiomas frontales
Gliomatosis *cerebri*
Linfoma endovascular
Síndromes paraneoplásicos (“encefalitis límbica”)

5. Traumatismo

Hematoma subdural crónico
Demencia pugilística

6. Infecciones y encefalopatías inflamatorias

Meningoencefalitis crónicas por:
a. Bacterias (*Brucella*, *Listeria*, sífilis o micobacterias)
b. Hongos (criptococo)
c. Virus de acción lenta (panencefalitis esclerosante subaguda, leucoencefalopatía multifocal progresiva, VIH)
Síndrome de Sjögren y otros estados disinmunes
Enfermedad de Whipple

7. Enfermedades desmielinizantes

Esclerosis múltiple y sus variedades
Leucodistrofias

8. Enfermedad de depósito y metabólicas congénitas

Enfermedad de Lafora
Enfermedad de los cuerpos poliglucosados (*poliglucosan-body*)
Lipoidosis
Mucopolisacaridosis
Aminoacidurias

9. Hidrocefalia*

*La enfermedad de Alzheimer representa por sí sola alrededor del 60% de todas las demencias; la enfermedad con cuerpos de Lewy significa un 10% del total de las demencias y la suma del resto de causas que están señaladas con el asterisco constituyen un 95% del total.

7. Tipos de demencias

Una vez hemos visto las distintas definiciones de demencia según varios autores y las causas de éstas, debemos describir los diferentes tipos de demencia, cómo se clasifican, ya que al haber muchas causas, existen muchos tipos y cada uno de ellos tiene unas peculiaridades que los caracterizan.

Cabe decir, que los varios tipos de clasificaciones no son “departamentos estancos”, es decir, una demencia podría ser degenerativa primaria, cortical, de curación irreversible, crónica, moderada y típica de inicio tardío, por ejemplo.

7.1. Clasificación etiológica o según la causa de las demencias

Encontramos tres grandes grupos de demencias según su etiología:

Las demencias degenerativas primarias, que incluyen la demencia tipo Alzheimer y otras demencias, como por ejemplo la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Normalmente este tipo de demencias son formas esporádicas no familiares que están relacionadas con ciertos factores de riesgo, y otras veces son hereditarias y debidas a mutaciones genéticas (Alberca, 2009, citado en Antequera et al., 2014), aunque en realidad, actualmente su etiología es desconocida, pero sí se sabe que hay tres genes responsables directos de la enfermedad de Alzheimer precoz (antes de los 65 años) situados en los cromosomas 21, 14 y 1, que se encargan de la producción de la APP (proteína encargada de la secreción de la péptido β -amiloide), la PSEN1 y la PSEN2, respectivamente, y en la demencia frontotemporal hay dos mutaciones los genes MAPT (encargado de sintetizar la proteína tau) y PGNR, ambos del cromosoma 17 (Antequera et al., 2014; Plarrumaní, 2008; Rodrigo, Martínez, Fernández, Serrano, Bentura, Moreno, Aparicio, Martínez-Murillo y Regidor, 2007).

Las demencias secundarias, que incluyen las demencias vasculares y otras demencias, como por ejemplo, la demencia alcohólica. Según Gil y Martín (2006) las demencias vasculares no estarían clasificadas dentro de las demencias secundarias sino que tendrían su propio apartado y las demencias alcohólicas estarían clasificadas dentro de las demencias tóxicas, y éstas a su vez en las demencias secundarias.

Este tipo de demencias (secundarias) parten de una patología sistémica (que afecta a órganos o tejidos concretos) o intracerebral conocida y no degenerativa en su etiología que en muchos casos es reversible. Dentro de ellas están las demencias vasculares, consecuencia de lesiones vasculares cerebrales y segunda causa más frecuente de demencia (Antequera et al., 2014).

Las demencias vasculares se dividen en: isquémicas (demencia multiinfarto, enfermedad de Binswanger, etc.), isquémicas hipóxicas, hemorrágicas y combinadas o mixtas.

Otras demencias son secundarias a alteraciones de la dinámica del líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia crónica en el adulto), neoplasias, infecciones (neurosífilis, complejo demencia-sida), trastornos endocrino-metabólicos (hipo e hipertiroidismo), carenciales (déficit de vitamina B₁₂), tóxicos (demencia alcohólica), traumatismos (demencia pugilística), enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, etc. (Antequera et al., 2014).

Tanto las demencias primarias como las secundarias, autores como Rodríguez y Mirón (2017), Molinuevo et al. (2008), Robles (2008) los denominan de otra forma: “demencias degenerativas” y “demencias no degenerativas”, respectivamente.

Por último, tenemos las demencias de etiología múltiple o también denominadas mixtas, en las cuales coinciden al mismo tiempo varias causas de demencia, un ejemplo de ello sería una persona que padeciese la demencia tipo Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada, u otras demencias combinadas (Antequera et al., 2014). Gil y Martín (2006), en cambio, no hablan sobre este tipo de demencias.

En general, podemos resumir estos tres tipos de demencias en la siguiente figura:

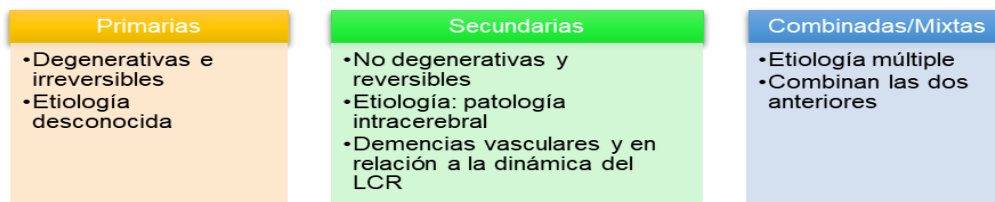


FIGURA 10. Las demencias según su clasificación etiológica. Elaboración propia, en base a Antequera et al., 2014.

Los autores Gil y Martín (2006) explican bajo su punto de vista los tipos de demencias que hay en total según su etiología en un cuadro que consideramos bastante completa, pero debido a que hay bastantes diferencias entre estos dos autores y el resto de autores mencionados anteriormente, la adjuntamos a continuación con el fin de dilucidar esas diferencias y para poder tener una visión global de los tipos de demencia según estos dos autores:

Cuadro nº 3

Clasificación de las demencias (Gil y Martín, 2006, p. 175).

<p>Demencias degenerativas primarias</p> <p>1. Predominio cortical:</p> <ul style="list-style-type: none">– Enfermedad de Alzheimer.– Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick, afectación C. estriado, degeneración lóbulo frontal, afectación neurona motora.– Degeneraciones focales: demencia semántica, atrofia cortical posterior, afasia primaria progresiva, prosopognosia progresiva, amusia y aprosodia progresiva, apraxia primaria progresiva. <p>2. Predominio subcortical:</p> <ul style="list-style-type: none">– Degeneración corticobasal.– Demencias por cuerpos difusos de Lewy.– Parálisis supranuclear progresiva.– Enfermedad de Parkinson-Demencia.– Enfermedad de Huntington– Atrofias, multisistémica.– Hederoataxias progresivas.
<p>Demencias vasculares</p> <ul style="list-style-type: none">– Demencia multiinfarto.– Demencia por infarto único en área estratégica.– Enfermedad de pequeños vasos:<ul style="list-style-type: none">• Estado lacunar.• Enfermedad de Binswanger.• Angiopatía cerebral amiloidea.• Enfermedad colágeno vascular con demencia.• CADASIL.– Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia).– Demencia hemorrágica:<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia traumática subdural.• Hematoma cerebral.• Hemorragia subaracnoidea.– Otros mecanismos vasculares.
<p>Demencias secundarias</p> <p>Metabólica: encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica.</p> <p>Carencia: tiamina, ácido nicotínico, ácido fólico y vitamina B12.</p> <p>Endocrino: insuficiencia hipofisaria, hipo e hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal y síndrome de Cushing.</p> <p>Infecciosas: bacterias, micosis, vírica y priones.</p> <p>Mecanismo expansivo cerebral: tumor cerebral e hidrocefalia normotensiva.</p> <p>Fármacos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiacepinas, antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antieméticos, antiseoretos, hipotensores, cardiotónicos, inmunosupresores y antiparkinsonianos.</p> <p>Tóxicos: alcohol, toxinas orgánicas, metales pesados y demencia diálisis aluminio.</p> <p>Postrumática: demencia postraumática y demencia pugilística.</p> <p>Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión.</p> <p>Enfermedades del colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.</p> <p>Enfermedades por depósito: porfiria, leucodistrofias, enfermedad por depósito de lípidos y enfermedad de Wilson.</p> <p>Miscelánea: epilepsia y esclerosis múltiple.</p>

(CADASIL: arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

7.2. Clasificación anatomoclínica de las demencias

Este tipo de clasificación se basa en la localización de la lesión cerebral, aunque cabe decir que un mismo perfil clínico con similar localización de la lesión puede estar causado por distintas fuentes etiopatogénicas, por tanto, esta clasificación es sólo descriptiva (Pascual, 2006, citado en Antequera et al., 2014).

Hay cuatro tipos de demencia según el punto de vista topográfico de la lesión cerebral: Las demencias corticales, se caracterizan porque los déficits cognitivos se sitúan a nivel cortical, la presencia del llamado “síndrome afasopraxoagnóstico” es característico (Rodríguez y Mirón, 2007; Matías-Guiu, 2016). Dependiendo de qué zona quede afectada por la lesión, aparecerán unos síntomas u otros, Antequera et al. (2014) ponen estos ejemplos:

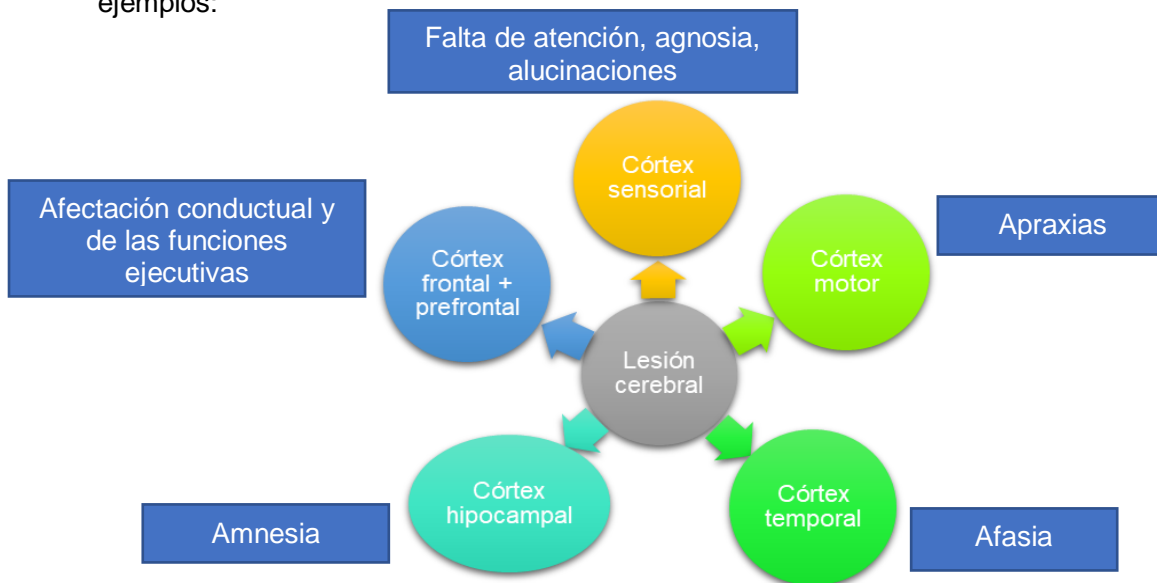


FIGURA 11. Las demencias corticales según la lesión cerebral. Elaboración propia, en base a Antequera et al., 2014.

Las demencias subcorticales, se caracterizan porque podemos situar los déficit cognitivos en estructuras subcorticales (circuitos frontoestriatales), es decir: en el núcleo estriado, tálamo, sustancia blanca subcortical, ganglios basales, núcleos del tronco encefálico y cerebelo (Antequera et al., 2014; Rodríguez y Mirón, 2007; Matías-Guiu, 2016). Además, frecuentemente le acompaña una disfunción cortical de tipo frontal.

Atendiendo a Sevilla (2007, citado en Antequera et al., 2014), sus características principales se pueden resumir en estas:

- Dificultad para recordar sin alterarse el aprendizaje
- Alteraciones frontales (apatía y trastornos conductuales)
- Trastornos motores (rigidez, temblor)
- Ausencia de afasia, apraxia y agnosia

FIGURA 12. Las demencias subcorticales según la lesión cerebral. Elaboración propia, en base a Antequera et al., 2014.

Dos ejemplos de este tipo de demencias son: la demencia asociada a la enfermedad de Huntington y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, es decir, demencias con claros síntomas extrapiramidales, entre otras.

Después de ver estos dos tipos de demencias, vamos a hacer a continuación un cuadro comparativo de ambas:

Cuadro nº 4

Diferencias entre las demencias corticales y subcorticales (Elaboración propia en base a Matías-Guiu, 2016, p. 15).

	Corticales	Subcorticales
Velocidad de procesamiento	Normal	Ralentizada
Función ejecutiva (en las fases iniciales)	Preservada	Afectada
Personalidad	Intacta (demencia frontotemporal)	Apatía
Depresión	Menos frecuente	Más frecuente
Agnosia	Frecuente	Rara
Apraxia	Frecuente	Rara o tardía
Trastornos motores	Tardíos	Precoces
Algunos ejemplos de demencias	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington Demencia vascular Parálisis supranuclear progresiva

Las demencias globales o corticosubcorticales son el tercer tipo, en éstas están afectadas tanto estructuras corticales como subcorticales, y son frecuentes en un estadio avanzado de las demencias en general.

Y, por último, existen las demencias de inicio focal, que suelen iniciarse con una afectación cognitiva selectiva sin cumplir al inicio los criterios diagnósticos propios de una demencia. Por ejemplo: una atrofia cortical posterior o la afasia primaria progresiva.

7.3. Clasificación según los agregados proteicos asociados a las enfermedades neurodegenerativas

Cabe decir, tal y como hemos visto anteriormente en el presente trabajo, que hay enfermedades degenerativas que cursan (y causan) con demencia, pero además también con un componente proteico asociado, por ejemplo: en la enfermedad Alzheimer (que causa la demencia de este tipo) en el cerebro se da un exceso del péptido β -amiloide (producida por el gen APP del cromosoma 21, por eso tener familiares con síndrome de

Down es un factor de riesgo, tal y como lo explicamos en el apartado de *Factores de riesgo* de este Trabajo de Final de Grado), que es el más conocido, y se forman las denominadas *placas seniles o placas neuríticas* (Sanitas, 2019; Rábano, 2012 que es el neuropatólogo y aparece en el documental *El naufragio de la memoria* de RTVE) y ovillos neurofibrilares en los espacios interneuronales de la sustancia gris del cerebro.

Por consiguiente, las enfermedades neurodegenerativas incluyen un grupo de trastornos que producen un deterioro gradual y progresivo de una o diversas partes del sistema nervioso. En los últimos años, se han descrito una serie de proteínas, que podemos encontrar en el sistema nervioso, pero que en el caso de patología se presentan añadidas de forma anómala (Matías-Guiu, 2016).

Se trata de proteínas como la amiloide, la sinucleína, la ubiquitina o la huntingtina. Por eso, la neurodegeneración está asociada frecuentemente con la acumulación de agregados proteicos insolubles (depósitos de proteínas filamentosas). Además, se han encontrado mutaciones genéticas que serían directamente responsables de la acumulación de estas proteínas (Matías-Guiu, 2016).

Cuadro nº 5

Principales enfermedades degenerativas que cursan con demencia clasificadas según la proteína filamentosas acumulada. (Elaboración propia en base a Matías-Guiu, 2016, pp. 15; Antequera et al., 2014, pp.774; Rodríguez y Mirón, 2017, p.54).

Taupatías	Enfermedad de Alzheimer Degeneración corticobasal Parálisis supranuclear progresiva Degeneración frontotemporal (demencia frontal, afasia progresiva primaria, demencia semántica y trastornos incluidos en el complejo de Pick).
Alfa-sinucleinopatías	Demencia con cuerpos de Lewy Atrofas multisistémicas
Beta-sinucleinopatías	Demencia con cuerpos de Lewy
Patologías de la huntingtina	Corea de Huntington
Alfa-sinucleinopatías Parkina	Enfermedad de Parkinson
Proteinopatías TDP-43	Degeneración frontotemporal (demencia frontal, afasia progresiva primaria, demencia semántica y trastornos incluidos en el complejo de Pick). Demencia frontotemporal: Esclerosis

	Lateral Amiotrófica.
Enfermedades priónicas	Demencia por priones (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, enfermedad de Gerstmann-Sträussler-Sheinker, insomnio familiar fatal).
Enfermedades de la amiloide beta	Enfermedad de Alzheimer

Como pequeño apunte, al leer el presente trabajo puede haber una pequeña confusión, y es que hemos distinguido entre degeneración y demencia, ya que no es lo mismo una degeneración frontotemporal que una demencia frontotemporal. Es importante distinguir entre los síndromes o cuadros clínicos (demencias, síndromes) y los cuadros anatomopatológicos o diagnóstico patológico (degeneraciones, enfermedades) desde un punto de vista terminológico. Aunque las diferentes enfermedades se han definido a partir de la descripción de una serie de signos y síntomas con una fisiopatología e histopatología concretas, en los últimos años se ha observado que en algunos casos la correlación entre la clínica y la anatomía patológica no es perfecta. Otro ejemplo sería la demencia tipo Alzheimer vs enfermedad de Alzheimer, aunque en este caso sí hay correlación clínica-terminológica (Matías-Guiu, 2016).

Por último, en cuanto a la clasificación de las demencias, tenemos distintos tipos de clasificaciones más generales, es decir, que son aplicables a todos los tipos de demencia, según Rodríguez y Mirón (2017):

7.4. Clasificación según la curación

En este contexto debemos distinguir entre demencias:

Reversibles, que suelen ser en las que hay un déficit de vitamina B₁₂, déficit de ácido fólico, contexto de una anemia, tumores cerebrales operables, etc.

Irreversibles, como la demencia de tipo Alzheimer, por cuerpos de Lewy, vascular, etc.

7.5. Clasificación por su inicio

Desde esta perspectiva pueden diferenciarse:

Las demencias agudas, como las tóxico-metabólicas, en procesos tumorales, en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o encefalopatía espongiiforme, etc.

Las demencias crónicas caracterizadas por su inicio lento e insidioso, que engloban la mayoría de las demencias.

7.6. Clasificación según la evolución de las demencias

Las demencias pueden aparecer en tres fases:

Leve, si la afectación de los síntomas en la vida diaria es de bajo impacto.

Moderada, si la afectación no solo es en el ámbito laboral, son también en el familiar y social de una forma importante.

Grave, si la persona precisa de cuidados permanentes diarios.

7.7. Clasificación según su forma de presentación

Desde esta perspectiva puede distinguirse entre demencias:

Típicas, si la sintomatología manifestada es la que se describe y ocurre en la mayoría de los casos.

Atípicas, si la sintomatología inicial no orienta a los clínicos o profesionales hacia una forma específica. En este caso, para realizar un diagnóstico es muy importante analizar la evolución temporal.

8. Cambios del DSM-5 respecto al DSM-IV-TR y CIE-10 sobre las demencias

El DSM-5 plantea el tema de las demencias desde un enfoque neuropsicológico:

Primeramente, se elimina el término “demencia” como etiqueta diagnóstica para cualquier tipo de deterioro cognitivo discapacitante y se sustituye por “trastorno neurocognitivo” para que se puedan diagnosticar alteraciones neuropsicológicas que no sean necesariamente causadas por demencia, como por ejemplo, una lesión cerebral a causa de un accidente de coche que causa daños en el área del habla y de la memoria y no se trata de una demencia.

Asimismo, se actualiza la terminología neuropsicológica y explícitamente se recomienda el uso de instrumentos neuropsicológicos para su evaluación. De hecho, en el criterio A2 de los trastornos neurocognitivos mayores y leves se especifica que el deterioro sustancial del rendimiento cognitivo debe estar “preferiblemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa” (APA, 2014, p. 602). Por tanto, no pueden usarse pruebas cualitativas.

En segundo lugar, en los tests neuropsicológicos el DSM-5 especifica que se debe adoptar el criterio estadístico de deterioro basándose en dos desviaciones típicas o estándar sobre baremos ajustados en edad, escolaridad, sexo, nivel y cultura: para el trastorno neurocognitivo (TNC) mayor, el rendimiento típicamente se sitúa dos o más desviaciones estándar por debajo de las puntuaciones normales, y en el caso de un TNC leve normalmente se sitúa en el rango entre 1 y 2 desviaciones típicas. En cambio, en el DSM-IV-TR, aunque se hablaba de deterioro en varias funciones cognitivas, no se especificaba ningún criterio cuantitativo para su deterioro (Antequera et al., 2014).

Por tanto, si atendemos al DSM-5, el TNC leve presenta los mismos síntomas que el TNC mayor pero en menor grado (por eso se comparan los datos obtenidos del paciente con datos normativos apropiados y se colocan para saber cuántas desviaciones estándar por debajo están), es decir, el TNC leve sería como lo que se conocía como “deterioro cognitivo leve” o “trastorno cognoscitivo no especificado” (DSM-IV-TR), cuando empieza a haber un deterioro cognitivo a causa de una enfermedad (u otra causa de las mencionadas en el cuadro nº 2 del presente trabajo) pero aún no llega a ser de la entidad suficiente como para constituir una demencia o un TNC mayor. Por eso, por ejemplo, existen: el TNC mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y el TNC leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

De hecho, podemos estar seguros de que el antiguo “deterioro cognitivo leve” (DSM-IV-TR) es el nuevo “TNC leve” porque el DSM-5 dice que: “el TNC leve debido a enfermedad de Alzheimer probablemente también represente una proporción importante de los casos de deterioro cognitivo leve (DCL)” (p. 612).

En tercer lugar, en el DSM-5 se concreta mejor el término de problemas funcionales en las actividades de la vida diaria para operativizarlo en términos de independencia, y ésta operativizarla en términos de ayuda para realizar actividades que anteriormente el paciente podía realizar por sí mismo. Esta falta de independencia está asociada al trastorno neurocognitivo mayor.

Cuadro nº 6

Principales diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (Elaboración propia en base a la APA, 2002 y 2014).

DSM-IV-TR (2002)	DSM-5 (2014)
<ul style="list-style-type: none"> - Delirium - Demencia - Amnesias (trastornos amnésicos) - Otros trastornos cognoscitivos 	Trastornos neurocognitivos: <ul style="list-style-type: none"> - Delirium - TNC mayor y subtipos etiológicos - TNC leve y subtipos etiológicos
Demencia	Trastorno neurocognitivo mayor
Trastorno cognoscitivo no especificado o deterioro cognitivo leve	Trastornos neurocognitivo leve

Aun así, el término *demencia* se continúa empleando en alguna ocasión en el DSM-5 (APA, 2014) para mantener la continuidad con el DSM-IV-TR (APA, 2002) y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este constructo.

Tal y como refiere el APA (2014) en el DSM-5, en la categoría de los TNC se engloba a los trastornos cuyo déficit principal es el de la función cognitiva y que son adquiridos y no del desarrollo, como hemos apuntado anteriormente en el presente trabajo, y continúa explicando que aunque los déficits cognitivos se encuentran en la gran mayoría de los trastornos mentales, sólo se han incluido en la categoría de TNC los trastornos cuyas características esenciales son cognitivas.

Tanto el TNC leve como el TNC mayor se basan en unos dominios cognitivos, que son:

ATENCIÓN COMPLEJA

- Atención continua
- Atención dividida
- Atención selectiva
- Velocidad de procesamiento

FUNCIÓN EJECUTIVA

- Planificación
- Toma de decisiones
- Memoria de trabajo
- Respuesta a la retroinformación o corrección de errores
- Inhibición
- Flexibilidad mental

APRENDIZAJE Y MEMORIA

- Memoria inmediata
- Memoria reciente
- Incluidos el recuerdo libre, el recuerdo evocado y la memoria de reconocimiento
- Memoria a muy largo plazo (semántica, autobiográfica)
- Aprendizaje implícito

LENGUAJE

- Lenguaje expresivo
 - Incluye nombrar cosas, encontrar palabras, fluidez, gramática y sintaxis
- Lenguaje receptivo

HABILIDADES PERCEPTUALES MOTORAS

- Incluye las habilidades denominadas con los términos *percepción visual, habilidades visoconstructivas, perceptuales motoras, praxis y gnosis*

RECONOCIMIENTO SOCIAL

- Reconocimiento de emociones
- Teoría de la mente

FIGURA 13. *Los dominios cognitivos de los TNCs.* Elaboración propia, en base a la APA, 2014, pp. 593-595; McKhann, Knopman, Chertkow, Hyman, Jack, Kawas, Koroshetz, Manly, Mayeux, Mohs, Morris, Rossor, Scheltens, Carrillo, Thies, Weintraub y Phelps, 2011, pp.263-269.

Y McKhann et al. (2011) han añadido un último dominio muy relacionado con el Reconocimiento social:

CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD, LA CONDUCTA O EL COMPORTAMIENTO

- Fluctuaciones del estado de ánimo
- Confusión
- Agitación
- Deterioro de la motivación y la iniciativa
- Apatía
- Aislamiento social
- Disminución del interés en participar en actividades
- Pérdida de empatía
- Comportamientos compulsivos, obsesivos o socialmente inaceptables

FIGURA 14. Cambios en la personalidad y la conducta. McKhann et al., 2011, p. 264.

En el DSM-5 (APA, 2014) después de ver los dominios cognitivos afectados, se explican los criterios diagnósticos tanto para los TNC leves como para los TNC mayores, y sus especificadores. En el presente trabajo, compararemos esos criterios con los de la CIE-10 (OMS, 1992) en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 7

Demencia según el DSM-5 y la CIE-10 (Antequera et al., 2014, pp. 765).

Criterios diagnósticos según el DSM-5		Criterios diagnósticos según la CIE-10
Trastorno neurocognitivo mayor	Trastorno neurocognitivo leve	Criterios generales y comunes a todas las demencias
<p>A) Declive cognitivo significativo en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social), basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación en el individuo, un informante o en el clínico. 2. Deterioro cognitivo sustancial objetivado por <u>un...test</u> neurológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa. <p>B) Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía en las actividades de la vida diaria.</p> <p>C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p> <p>D) Los déficits cognitivos no se explican</p>	<p>A) Declive cognitivo moderado en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje y habilidad perceptual motora o cognición social), basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación en el individuo, un informante o en el clínico. 2. Deterioro cognitivo sustancial objetivado por <u>un...test</u> neurológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa. <p>B) Los déficits cognitivos no interfieren con la autonomía en las actividades de la vida diaria., aunque precisa mayor esfuerzo o uso de estrategias compensatorias.</p> <p>C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un</p>	<p>G1. Existen pruebas del deterioro en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La memoria. - Otras habilidades cognitivas, especialmente un deterioro en el juicio y pensamiento. <p>Valorar el nivel de gravedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve, si el déficit interfiere en la vida cotidiana pero no afecta a la independencia de la persona. - Moderado, si el déficit hace que el individuo sea incapaz de manejarse sin la asistencia de otros en la cotidianidad. - Grave, si el deterioro es tan elevado que es incapaz de retener nueva información y reconocer a los familiares más cercanos y la ideación inteligible está ausente.

<p>mejor por otro trastorno mental.</p> <p><i>Especificar</i> si es debido a, p. ej., enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancias o medicamentos, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples, no especificado.</p>	<p>síndrome confusional.</p> <p>D) Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.</p> <p><i>Especificar</i> si es debido a, p. ej., enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancias o medicamentos, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples, no especificado.</p>	<p>G2. Conciencia del entorno durante un período suficientemente largo como para demostrar la presencia de los síntomas del criterio G1.</p> <p>G3. Deterioro del control emocional, motivación o cambios en el comportamiento social, manifestado por al menos uno de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labilidad emocional. - Irritabilidad. - Apatía. - Embrutecimiento en el comportamiento social. <p>G4. El criterio G1 debe estar presente durante al menos seis meses.</p>
<p><i>Especificar:</i> Sin alteración del comportamiento. Con alteración del comportamiento. <i>Especificar</i> la gravedad actual:</p> <p>Leve. Moderado. Grave.</p>	<p>Nota de codificación: 331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías mencionadas. <i>Especificar:</i></p> <p>Sin alteración del comportamiento. Con alteración del comportamiento.</p>	

Además, tal y como hemos explicado anteriormente, la mayoría de los autores están de acuerdo con lo descrito en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 sobre que debe darse una alteración en la memoria y además al menos un deterioro en otra función cortical superior, en los criterios para el diagnóstico de demencia.

Pero hay otros autores como la SEN (Sociedad Española de Neurología, 2009; citado en Rodríguez y Mirón, 2017) que elimina esta exigencia y las alteraciones de la conducta se incluyen en el conjunto de síntomas que pueden presentar una manifestación primaria de la demencia, de hecho, para la SEN los criterios para un diagnóstico de demencia serían los siguientes:

Cuadro nº 8

Criterios de demencia de la Sociedad Española de Neurología, 2009 (Rodríguez, 2017, p.51).

Alteración adquirida y persistente de, al menos, dos de las siguientes esferas:

1. Memoria, lenguaje, función visuoespacial o ejecutiva
2. Con una intensidad suficiente para interferir en las actividades habituales del sujeto
3. En ausencia de alteración del nivel de conciencia

Se aconseja:

1. Verificar el deterioro cognitivo mediante un informador fiable.
2. Sustentar el diagnóstico de demencia en una evaluación neuropsicológica longitudinal.

Y en cuanto a que los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses (OMS, 1992), estos autores también indican que no debería ser así porque muchas demencias (como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob) pueden desarrollarse en un plazo de tiempo inferior y para poder actuar con tiempo e incluso prevenir la aparición de la enfermedad por lo menos de forma temprana.

Por último, debemos decir, que según McKhann et al. (2011), los criterios clínicos básicos para todas las causas de la demencia incluyen:

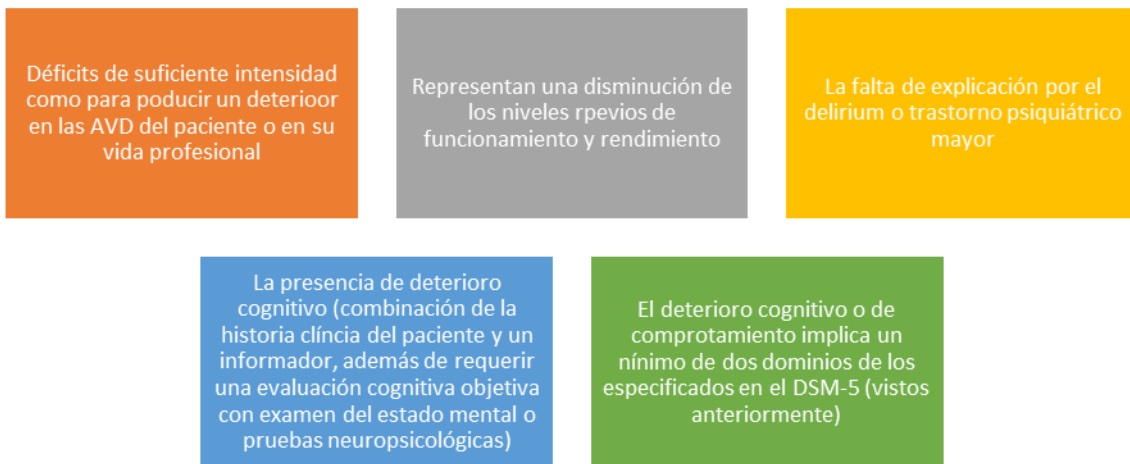


FIGURA 15. *Los criterios clínicos básicos para las demencias.* Elaboración propia, en base a McKhann et al., 2011, pp.263-269.

Ahora, nos centraremos en los tipos de demencia más comunes, explicaremos sus manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos, y seguidamente el perfil neuropsicológico de cada una de ellas, y veremos algunos diagnósticos diferenciales entre ellas.

Pero antes de comenzar a leer los siguientes apartados, que tratarán de las manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos y de los perfiles neuropsicológicos de cada una de las demencias más comunes en cuanto a prevalencia se refiere, deberíamos saber que no en pocas ocasiones, las primeras y más graves manifestaciones de las demencias tienen que ver con la afectación de las disfunciones psíquicas no estrictamente cognitivas, es decir, las demencias pueden no manifestarse inicialmente como trastornos de la memoria, la orientación o las capacidades prácticas, como las habilidades para manejar el dinero o las necesarias para el autocuidado. Por ejemplo, es frecuente que una demencia se comience a manifestar como un síndrome depresivo (síntomas afectivos), que en muchos casos puede no responder a los tratamientos habituales, en una persona sin antecedentes de depresión (Molina, 2017; Atúnez, 2012), pero para no confundir la demencia con una pseudodemencia depresiva o con cualquier otro tipo de trastorno, deterioro cognitivo leve (véase el anexo XXXIV) o envejecimiento normal (véase el anexo XXXVI), veremos los diagnósticos diferenciales (véase el anexo XXXV) que debemos llevar a cabo para identificar una posible demencia.

De hecho, al comienzo de la demencia, la persona es fácilmente victimizable porque no sabe qué le ocurre, quizás está más “despistada” o nota que memoriza algo menos, pero no se detecta aún, por tanto, es una fase peligrosa de la demencia porque otras personas podrían aprovecharse de esta situación. Posteriormente los síntomas se agravan y entonces ya se detecta la demencia porque es algo evidente (Cuquerella, 2019).

9. La demencia tipo Alzheimer

Lo cierto, es que tal y como se ha explicado anteriormente en el presente trabajo, no se conoce la etiología de la enfermedad de Alzheimer, aunque se ha demostrado que existe una reducción del grado de inervación colinérgica en áreas neocorticales e hipocámpicas, y una pérdida de neuronas de los núcleos colinérgicos del prosencéfalo basal (Gil y Martín, 2006) y que es una demencia primaria degenerativa.

9.1. Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

Los síntomas de enfermedad de Alzheimer pueden dividirse en cognitivos y conductuales, los cuales generan globalmente una alteración funcional que se reduce en la dificultad del paciente para realizar las actividades habituales de la vida diaria (Molinuevo et al., 2008).

La mayoría de los pacientes sigue un patrón evolutivo típico, con pérdida insidiosa de la memoria episódica para hechos recientes como primer síntoma y posteriormente aparece un déficit cada vez más marcado en otros dominios cognitivos, como la orientación espacial, el lenguaje, praxias, gnosias y funciones ejecutivas. Todo ello genera a la persona dificultades para orientarse en lugares familiares, dificultades para leer y escribir, y problemas con el manejo del dinero o con los instrumentos cotidianos, como el teléfono o la lavadora, así como para reconocer caras familiares. De los síntomas cognitivos, la memoria a largo plazo es la que se mantiene preservada hasta estadios avanzados (Arroyo-Anlló y Gil, 2007; Molinuevo et al., 2008).

De los síntomas conductuales, el más frecuente es la apatía, pudiendo aparecer también en fases más avanzadas alucinaciones visuales o auditivas e ideas delirantes (Molinuevo et al., 2008).

En cuanto a las repercusiones en las actividades de la vida diaria, vemos que se van afectadas progresivamente: primeramente hay una disminución de las actividades laborales y sociales, seguida de una alteración en las actividades instrumentales tales como el manejo de objetos domésticos y del dinero, la cocina o el cuidado del hogar, y posteriormente de una alteración de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) tales como la higiene personal, vestirse, la alimentación o incluso el control de esfínteres. Finalmente, el paciente termina evolucionando a un estado vegetativo, y posteriormente fallece por una enfermedad intercurrente, es decir, que no está causada directamente por la demencia, pero que puede empeorar o ser un potencial de riesgo para ésta (Antequera et al., 2014; Molinuevo et al., 2008).

Esta sería la forma más frecuente de la demencia de tipo Alzheimer, aunque ésta puede ser muy heterogénea tanto en edades de presentación como en velocidad de progresión, pero también en cuanto a los síntomas que aparecen al inicio de la enfermedad dependiendo del área cerebral afectada, por ejemplo: si las áreas cerebrales afectadas son de localización anterior o frontal, las alteraciones serán conductuales y muy llamativas,

y si son de localización posterior u occipital, las alteraciones serán visuoespaciales principalmente (Molinuevo et al., 2008).

Tal y como se ha explicado anteriormente en el presente trabajo, el diagnóstico de las demencias es clínico, por tanto, el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer también lo es, por eso, se han establecido varios criterios diagnósticos para esta enfermedad, siendo en la actualidad los más utilizados los elaborados por el grupo de trabajo del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA):

Cuadro nº 9

Probable enfermedad de Alzheimer (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, y Stadlan, 1984)

Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer:

- Presencia de demencia (déficit en dos o más áreas cognitivas, documentada por test neuropsicológicos) diagnosticada mediante un examen clínico y documentada con el Miniexamen cognoscitivo de Folstein, la Escala de Demencia de Blessed u otras similares, y confirmada con test neuropsicológicos.
- Curso progresivo de la enfermedad: empeoramiento o deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- Ausencia de trastornos de la conciencia
- Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años.
- Ausencia de otras enfermedades sistémicas u otras enfermedades cerebrales que expliquen la demencia.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable se sustenta o es apoyado por:

- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia).
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales
- Antecedentes familiares de demencia o trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica
- Pruebas complementarias:
 - Líquido cefalorraquídeo (LCR) sin alteraciones
 - Atrofia cerebral en la tomografía computarizada (TAC), objetivándose progresión de la misma en una observación seriada.
 - Electroencefalograma (EEG) normal o con alteraciones inespecíficas.

Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable tras excluir otras causas de demencia:

- Mesetas en la progresión de la enfermedad.
- Otras alteraciones neurológicas, especialmente en los que se hallan en fases avanzadas, hipertoniá, mioclonías o alteración de la marcha.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- Convulsiones en fase avanzada de la enfermedad.
- TAC cerebral normal para la edad del paciente. Es decir, normalmente no vemos nada significativo en el TAC para la edad del paciente, pero si se hace una observación seriada (como vemos arriba) entonces sí que podemos ver la progresión de la enfermedad.

Aspectos clínicos que convierten el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable en incierto o improbable:

- Instauración muy brusca o muy rápida
- Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesias, alteración de la sensibilidad o de los dos campos visuales o incoordinación en fases tempranas de la evolución.
- Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy precoces de la enfermedad.

Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible:

- Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable".
- Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia.
- En investigación, cuando se produce un deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva:

- Criterios clínicos de "enfermedad de Alzheimer probable".
- Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.

Entonces, para el diagnóstico definido o definitivo se necesita la confirmación histopatológica (péptidos alterados, vistos anteriormente, y pruebas médicas), mientras que el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable puede realizarse si existe una demencia de inicio insidioso y progresivo en ausencia de otras enfermedades sistémicas o cerebrales que puedan explicar el trastorno cognitivo. Si existen otras enfermedades que

pueden explicar el deterioro, como la sífilis o infartos cerebrales, pero la enfermedad de Alzheimer se considera la principal responsable, el diagnóstico será de enfermedad de Alzheimer posible.

Ante la sospecha de enfermedad, se deben realizar distintas pruebas complementarias (exploración física, incluyendo el examen neurológico completo, estudio neuropsicológico, analítica y prueba de neuroimagen) para ayudar a objetivar el deterioro cognitivo y descartar causas potencialmente tratables (Molinuevo et al., 2008).

Si leemos este cuadro y seguidamente leemos el DSM-5 (APA, 2014), que podremos ver a continuación en un cuadro, vemos que éste se ha inspirado en el grupo NINCDS-ADRDA (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, y Stadlan, 1984) para elaborar sus criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Además, añadiremos los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) en un cuadro comparativo:

Cuadro nº 10

Demencia de tipo Alzheimer según el DSM-5 y la CIE-10 (Antequera et al., 2014, pp. 766).

Criterios diagnósticos según el DSM-5		Criterios diagnósticos según la CIE-10
Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer		Demencia en la enfermedad de Alzheimer
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Inicio insidioso y progresión gradual en uno o más dominios cognitivos (dos o más si es un trastorno neurocognitivo mayor).</p> <p>C) Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible.</p> <p>Nota de codificación:</p> <p>294.11 Con alteración del comportamiento.</p> <p>294.10 Sin alteración del comportamiento.</p> <p>331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer.</p> <p>D) La alteración nos explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.</p>		<p>Criterios generales:</p> <p>A) Se cumplen los criterios generales (G1-G4).</p> <p>B) No existen pruebas de otra posible causa de demencia, de un trastorno sistémico o de abuso de alcohol o sustancias.</p> <p>Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz:</p> <p>1. Cumple con los criterios generales de demencia en la enfermedad de Alzheimer (G1-G4) y el inicio es antes de los 65 años.</p> <p>2. Requiere al menos una de las siguientes circunstancias:</p> <p>a) Inicio y progresión relativamente rápidos.</p> <p>b) Además, del deterioro de la memoria, debe haber afasia, agrafia, alexia, acalculia o apraxia.</p> <p>Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío:</p>
Para el trastorno neurocognitivo mayor	Para el trastorno neurocognitivo leve	
<p>Enfermedad de Alzheimer probable, se cumple 1 o 2:</p> <p>1. Evidencia de una mutación genética en los antecedentes familiares o en</p>	<p>Enfermedad de Alzheimer probable:</p> <p>1. Evidencia de una mutación genética en los antecedentes familiares o en pruebas</p>	

<p>pruebas genéticas.</p> <p>2. Declive de la memoria y el aprendizaje, y al menos de otro dominio cognitivo. Declive cognitivo progresivo, gradual y constante. No hay evidencia de una etiología mixta.</p> <p>Enfermedad de Alzheimer posible: No se cumplen 1 y 2.</p>	<p>genéticas.</p> <p>Enfermedad de Alzheimer posible:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se cumple el criterio 1 de enfermedad de Alzheimer probable. 2. Declive de la memoria y el aprendizaje. Declive cognitivo progresivo, gradual y constante. No hay evidencia de una etiología mixta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple con los criterios generales de demencia en enfermedad de Alzheimer (G1-G4) y el inicio es a los 65 o más años. 2. Requiere al menos una de las siguientes circunstancias: <ol style="list-style-type: none"> a) Inicio y progresión muy lentos y graduales. b) Predominio de deterioro de la memoria (G1.1) sobre el deterioro intelectual (G1.2). <p>Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demencias con rasgos atípicos, o que cumplen con algunos criterios de ambos tipos (precoz y tardío), o son demencias mixtas vascular y de Alzheimer. 2. Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.
---	---	---

En cuanto a la evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta el fallecimiento, vemos que la media se sitúa entre los 5 y 10 años, lo cual depende de muchos factores distintos (Fernández et al., 2007), entre ellos el comienzo presenil (antes de los 65 años) y los *Factores de riesgo* explicados anteriormente.

9.2. Perfil neuropsicológico

Tal y como se ha comentado anteriormente, el síntoma cognitivo inicial en la enfermedad de Alzheimer (que posteriormente causará la demencia tipo Alzheimer) típica es la pérdida de memoria episódica: la mayoría de los pacientes presentan dificultad para aprender y retener nueva información en las fases prodrómicas de la enfermedad. Esto sucede a causa de la afectación en las fases iniciales de la corteza entorrinal y del hipocampo, áreas anatómicas que están relacionadas con la memoria episódica (Jack, Petersen, Xu, O'Brien, Smith, Ivnik, Boeve, Tangalos y Kokmen, 2000).

La orientación temporal se pierde de forma precoz como consecuencia de la afectación de la memoria episódica y por eso las referencias contextuales y eventuales que nos sitúan en una fecha determinada quedan afectadas también. Asimismo, comienzan a aparecer las primeras dificultades para recordar datos de memoria episódica autobiográfica, por tanto, al paciente le cuesta recordar eventos que han tenido lugar en su trayectoria vital reciente, en cambio, otros subtipos de memoria tales como la procedimental y la semántica se mantienen preservadas en las fases muy iniciales de la enfermedad (Westmacott, Black, Freedman y Moscovitch, 2003).

Memoria episódica verbal y visual	Lenguaje / Memoria semántica	Movimientos, funciones ejecutivas, percepción visual y lectoescritura
<ul style="list-style-type: none"> •Corteza entorrinal •Hipocampo •Orientación temporal y espacial afectadas •Memoria episódica autobiográfica reciente afectada •“Gradiente temporal en la afectación de la memoria remota” 	<ul style="list-style-type: none"> •Zonas corticales lóbulo temporal lateral •Anomia o alteración denominación nombres comunes •Comprensión y el lenguaje escrito preservado •Fluidez verbal con consigna semántica y dificultades en la ejecución de pruebas que implican asociaciones semánticas no verbales 	<ul style="list-style-type: none"> •Zonas de asociación temporoparietales •Vías occipitotemporales y occipitoparietales •Apraxias constructiva e ideomotora por imitación --> de vestir •Trastornos percepción visual compleja •Funciones ejecutivas: anosognosia --> conducta social e inhibición impulsos alteradas •Alteraciones lectoescritura

FIGURA 16. Síntomas principales en la enfermedad de Alzheimer. Elaboración propia en base a Westmacott, Black, Freedman y Moscovitch, 2003; Molinuevo et al., 2008, p.657.

Por el contrario, el recuerdo de eventos más remotos de su vida permanece intacto hasta las fases moderadas de la enfermedad. Este fenómeno se denomina “gradiente temporal en la afectación de la memoria remota”: si hay una retención deficitaria de la información, es lógico que su evocación posterior sea más complicada (Molinuevo et al., 2008).

Normalmente, las alteraciones anatomopatológicas de la EA afectan a ambos hemisferios cerebrales, por lo que la memoria episódica se encuentra afectada tanto para el material verbal (hemisferio izquierdo) como para el visual (hemisferio derecho). Por ello, la evaluación de la memoria episódica para ambos materiales es de gran importancia para el diagnóstico diferencial con otras entidades, en especial con la degeneración lobular frontotemporal (Thompson, Stopford, Snowden y Neary, 2005).

Los déficits visuoespaciales no son relevantes en los pacientes con EA inicial, sin embargo, es habitual que los familiares de los pacientes refieran cierta dificultad para orientarse por algunas calles, incluso cuando la exploración neuropsicológica no objetiva déficits visuoespaciales o de percepción visual compleja. Es importante saber que en fases muy iniciales esta ligera desorientación puede estar claramente influida por el déficit de memoria: puede ser que la persona olvide el nombre de algunas calles principales o que no recuerde hacia dónde se dirigía o para qué, más que una dificultad clara para orientarse en la ejecución del plan visuoespacial que le permitiría alcanzar el destino (McMonagle, Deering, Berliner y Kertesz, 2006).

La segunda área cognitiva afectada, en la mayoría de los pacientes, después de la memoria episódica, es la del lenguaje y la memoria semántica (alteraciones en zonas corticales del lóbulo temporal lateral), que causan anomia o alteración de la denominación de nombres comunes. Sin embargo, otros aspectos del lenguaje como la comprensión y el

lenguaje escrito, permanecen más preservados hasta fases más avanzadas de la enfermedad. En cuanto a la memoria semántica, los pacientes presentan alteraciones en la fluidez verbal con consigna semántica y dificultades en la ejecución de pruebas que implican asociaciones semánticas no verbales, como por ejemplo en el Test de emparejamiento semántico de imágenes (Martínez, 2015; Molinuevo et al., 2008) (véase anexo I).

Según va avanzando la demencia tipo Alzheimer, se afectan áreas de asociación temporoparietales y aparecen la apraxia, los trastornos de la percepción visual compleja, que dificultan la identificación de objetos, así como su organización e identificación en el espacio a causa de la afectación de vías occipitotemporales y occipitoparietales, y las alteraciones de la lectoescritura (Molinuevo et al., 2008).

Cabe decir, que en formas atípicas de la EA con afectación precoz de las áreas occipitales (denominada EA occipital o posterior), las alteraciones de la percepción visual están presentes en los estadios iniciales y son más graves que en la forma típica (Molinuevo et al., 2008).

En cuanto a la apraxia, debemos saber que es la dificultad para realizar movimientos en ausencia de un déficit motor primario. La apraxia constructiva y la ideomotora de imitación de gestos son las más representativas en la EA en fase inicial y moderada, mientras que la apraxia de vestir, que implica dificultades para realizar los actos motores para vestirse, aparece en fases más tardías de la enfermedad (Molinuevo et al., 2008).

En relación a la alteración de las funciones cognitivas frontales (funciones ejecutivas), se ha descubierto que varía según la forma predominante de afectación patológica de la enfermedad, pero lo más común es que aparezca anosognosia en la mayoría de los enfermos (40-75%) de forma temprana aunque fluctúa en los primeros estadios y se mantiene constante en fases tardías, y esa pérdida de percepción y conocimiento de los primeros síntomas de déficits cognitivos se ha relacionado con la disfunción frontal de estos pacientes (Arroyo-Anlló y Gil, 2007).

En cambio, otros síntomas de disfunción frontal, especialmente los relacionados con alteraciones de la conducta social y de la inhibición de impulsos, no aparecen hasta fases moderadas y avanzadas de la enfermedad (Molinuevo et al., 2008). Además, cabe decir que también se da una alteración de la personalidad (Arroyo-Anlló y Gil, 2007).

Las alteraciones en las funciones ejecutivas o “los trastornos cognitivos ejecutivos”, como la alteración de la flexibilidad cognitiva o la pérdida de la capacidad de abstracción o planificación, aparecen de forma muy temprana en un subgrupo de pacientes con afectación precoz de áreas anteriores, también denominada: EA frontal o anterior (Molinuevo et al., 2008).

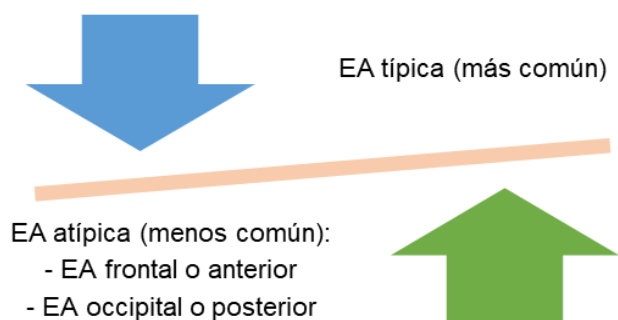


FIGURA 17. *Enfermedad de Alzheimer típica y atípica.* Elaboración propia en base a Molinuevo et al., 2008.

Por último, cabe decir que la demencia de tipo Alzheimer (DTA) se clasifica en precoz cuando sucede antes de los 65 años, y tardía, si aparece después (representan el 90% de los casos, según López y López, 2016), cada una de ellas presenta varias formas, explicadas en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 11

La enfermedad de Alzheimer precoz y tardía (Elaboración propia según Rodríguez y Mirón, 2017, p.54).

Forma precoz de la DTA	Forma tardía de la DTA
Esporádica: con posible relación o combinación con factores vasculares. Es la más frecuente de los casos precoces.	Esporádica: la más frecuente de todas. Podría definirse como la forma típica.
Familiar: autosómica dominante, con mutación del gen de la presenilina 1, rápida evolución y síntomas muy graves.	Familiar: no hereditaria, sino predisposición genética con las mutaciones de varios genes localizados en los cromosomas 1, 10, 12, 21, y el polimorfismo de la apolipoproteína E (ApoE) del cromosoma 19.

10. La demencia con cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy es una enfermedad neurodegenerativa de tipo subcortical, de inicio subagudo y curso evolutivo fluctuante con un pronóstico vital, en general, peor que el de la EA, en la que se ha descrito una alteración importante en el sistema dopaminérgico y colinérgico, responsables de los síntomas extrapiramidales y cognitivos, respectivamente. Cabe decir, que esta demencia presenta muchos puntos en común con la enfermedad de Parkinson (Savva y Brayne, 2010; Molinuevo et al., 2008, Jiménez, 2011).

10.1. Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

La demencia con cuerpos de Lewy se caracteriza clínicamente por un conjunto de síntomas cognitivos, motores y psiquiátricos.

El perfil cognitivo comprende déficits corticales y subcorticales caracterizados principalmente por alteraciones atencionales, ejecutivas y visuoespaciales. (Calderon, Perry, Erzinclioglu, Berrios, Dening y Hodges, 2001).

Un dato clínico útil para el diagnóstico diferencial con respecto a la EA es el carácter fluctuante del cuadro cognitivo y del grado de consciencia, con periodos de lucidez relativa combinados con períodos de trastorno cognitivo grave caracterizados por confusión, somnolencia y a veces incluso verdadero estupor, de hecho, aunque esta fluctuación ocurre en todos los tipos de demencia, es mucho más frecuente en la demencia con cuerpos de Lewy. Además, en la demencia con cuerpos de Lewy existe un trastorno de conducta del sueño en fase de movimientos oculares rápidos en la fase REM del sueño como manifestación clínica frecuente (consiste en la presencia de sueños vívidos y a veces aterradores durante esta fase del sueño, acompañados por una marcada actividad motora, por lo que no se produce la característica atonía muscular propia de la fase REM), también síntomas disautonómicos en fases iniciales como la incontinencia urinaria, hipotensión ortostática y síncope, y la hipersensibilidad a neurolepticos por lo que el paciente sufre diversos efectos secundarios como un aumento de la rigidez, inmovilidad, confusión sedación, mayor fluctuación o caídas (Jiménez, 2011; Byrne, Lennox, Lowe y Godwin-Austern, 1989).

A nivel motor, los afectos presentan signos extrapiramidales (que son el síntoma más característico de esta demencia aunque por lo general son menos graves que en la enfermedad de Parkinson) principalmente: un parkinsonismo rígido-ácinetico simétrico con una mayor tendencia axial, lo que causa una gran inestabilidad postural y amimia facial, presentes en las fases iniciales en más del 50% de los casos y en general en más del 80% de los casos, y además pueden darse mioclonías espontáneas y reflejas (Molinuevo et al., 2008; Jiménez, 2011).

Los trastornos neuropsiquiátricos son muy comunes, en un 80% de los casos se dan. Pudiendo estar presentes en los estadios tempranos de la enfermedad. Entre ellos, el que suele aparecer más a menudo son las alucinaciones visuales de carácter vívido, consistentes en personas y animales, y los delirios que se presentan como ideas de perjuicio, y delirios paranoides más estructurados, autorreferenciales o de suplantación. La respuesta afectiva en relación a las alucinaciones varía desde la indiferencia al entretenimiento o el miedo (Ballard, Holmes, McKeith, Neill, O'Brien, Cairns, Lantos, Perry, Ince y Perry, 1999; McKeith Ballard y Harrison, 1995).

Otra sintomatología psiquiátrica bastante común son los síntomas depresivos, la apatía y la ansiedad.

Tal y como se ha explicado anteriormente en el presente trabajo, el diagnóstico de las demencias es clínico, por tanto, el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy también lo es, por eso, se han establecido varios criterios diagnósticos para esta enfermedad, siendo en la actualidad los más utilizados y consensuados los elaborados por McKeith, Galasko, Kosaka, Perry, Dickso, Hansen, Salmon, Lowe, Mirra, Byrne, Lennox, Quinn, Edwardson, Ince, Bergeron, Burns, Miller, Lovestone, Collerton, Jansen, Ballard, De Vos, Wilcock, Jellinger, Perry y Lennox (1996):

Cuadro nº 12

Criterios diagnósticos de demencia con cuerpos de Lewy (Consortium on Dementia with Lewy bodies) (Elaboración propia en base a McKeith et al. 1996, pp.1113-1124, Gil y Martín 2006, p. 177; Molinuevo et al., 2008, p.661).

1. Síntoma central (esencial para el diagnóstico de posible o probable DCL): demencia definida como deterioro cognitivo progresivo de suficiente intensidad como para interferir con la actividad social y laboral, con trastorno de la memoria, atención, funciones ejecutivas y tareas visuoespaciales.
2. Síntomas cardinales (son necesarios dos de los siguientes rasgos para realizar el diagnóstico de DCL probable y uno para caso posible):
 - Fluctuación cognitiva con variaciones notables en el nivel de conciencia o alerta y de atención.
 - Alucinaciones visuales recurrentes, bien estructuradas, que se perciben con gran detalle
 - Parkinsonismo espontáneo
3. Síntomas sugestivos que han demostrado ser significativamente más frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy que en otras demencias (si uno o más de éstos está presente junto a uno o más de los síntomas cardinales, se puede realizar un diagnóstico de probable DCL. En ausencia de síntomas cardinales,

uno o más de estos síntomas sugestivos son suficientes para el diagnóstico de DCL posible):

- Trastorno de conducta del sueño REM
- Hipersensibilidad a los neurolépticos
- Recaptación disminuida del transportador de dopamina en los ganglios basales demostrada por SPECT o PET.

4. Síntomas que apoyan el diagnóstico (frecuentes pero con una baja especificidad diagnóstica):

- Caídas repetidas y síncope
- Pérdida de consciencia transitoria
- Disfunción autonómica grave (hipotensión ortostática, incontinencia urinaria, etc.)
- Alucinaciones en otras modalidades que no son las visuales
- Ilusiones y delirios sistematizados
- Depresión
- Relativa preservación de las estructuras del lóbulo temporal medial en la TC/RM craneal
- Hipoperfusión generalizada en SPECT/PET de predominio occipital

5. El diagnóstico es menos probable en presencia de:

- Historias de ictus
- Trastorno cerebral o sistémico que interfiera desde un punto de vista cognitivo
- Parkinsonismo por primera vez en un estadio de demencia avanzada.

Es decir, para diferenciar entre demencia con cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson, debemos mirar cuándo se manifiesta el trastorno cognitivo: si se manifiesta durante el primer año de la aparición de los síntomas motores se trata de la demencia con cuerpos de Lewy, y si por el contrario, se inicia de forma tardía, es decir, posteriormente a la aparición de los síntomas motores, entonces se trata de la enfermedad de Parkinson con demencia, además de que en ésta última, se dan temblores en reposo y en la demencia con cuerpos de Lewy no (Molinuevo et al., 2008). Es decir, en la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia debe manifestarse antes o simultáneamente con el cuadro extrapiramidal (Jiménez, 2011).

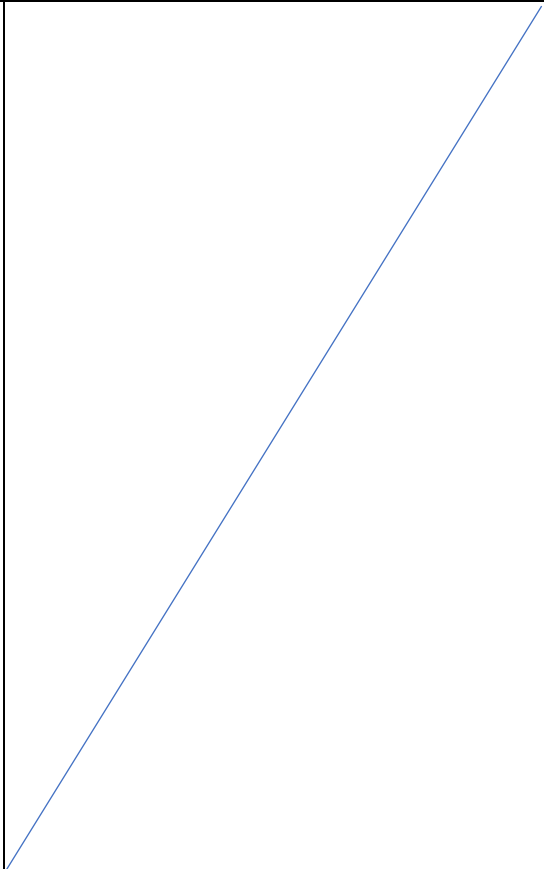
En resumen, la demencia con cuerpos de Lewy se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo asociado a cognición y alerta fluctuantes, alucinaciones visuales, alucinaciones no visuales o delirios sistematizados y parkinsonismo, con mayor frecuencia de pérdida transitoria de conciencia y síncope y tendencia a caídas repetidas. La rigidez y

bradicinesia son los signos más comunes, sin embargo, el temblor en reposo es infrecuente (Jiménez, 2011; Gil y Matías, 2006; Molinuevo et al., 2008).

Si leemos este cuadro y seguidamente leemos el DSM-5 (APA, 2014), que podremos ver a continuación en un cuadro, vemos que éste se ha inspirado en el grupo NINCDS-ADRDA (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, y Stadlan, 1984) para elaborar sus criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy. Además, podemos ver que esta enfermedad no está incluida en los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992):

Cuadro nº 13

Demencia con cuerpos de Lewy según la DSM-5 y la CIE-10 (Antequera et al., 2014, pp. 768).

Criterios diagnósticos según el DSM-5	Criterios diagnósticos según la CIE-10
Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy	
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Inicio insidioso y progresión gradual.</p> <p>C) Se cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.</p> <p>1. Características diagnósticas esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cognición fluctuante con variaciones de la atención y el estado de alerta. b) Alucinaciones visuales recurrentes. c) Características espontáneas de parkinsonismo, de inicio posterior al deterioro cognitivo. <p>2. Características diagnósticas sugestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trastorno del comportamiento del sueño REM. b) Sensibilidad neuroléptica grave. <p>D) La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.</p> <p>Nota de codificación:</p>	

294. 11 Con alteración del comportamiento. 294. 10 Sin alteración del comportamiento. 331. 83 Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy.		/
Trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpo de Lewy	Trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy	
Dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales.	Una característica esencial o una o más características sugestivas.	

En cuanto a la edad de inicio de los síntomas, es entorno a los 75 años normalmente (entre los 50 y 80 años en general), siendo la demencia el síntoma más frecuente al inicio y seguido del parkinsonismo y los síntomas neuropsiquiátricos. Por último, cabe decir que la supervivencia media de los enfermos de este tipo de demencia es de algo menos de 10 años, similar a los pacientes con EA, aunque parece que la demencia con cuerpos de Lewy se produce una más rápida progresión de los síntomas en los dos primeros años después del inicio de los síntomas.

10.2. Perfil neuropsicológico

Tal y como hemos visto anteriormente, muchas veces se debe hacer un diagnóstico diferencial entre la demencia con cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson con demencia (o demencia asociada a la enfermedad de Parkinson), ya que muchas veces los síntomas son tan parecidos que incluso hay más heterogeneidad clínica entre los pacientes de una misma entidad que entre estas dos entidades.

Pero también, puede haber casos en los que necesitemos hacer un diagnóstico diferencial entre la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia de tipo Alzheimer:

Cuadro nº 14

Diagnóstico diferencial entre la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia de tipo Alzheimer (Elaboración propia en base a Jiménez, 2011, pp. 23; Molinuevo et al., 2008, pp.660).

Diagnóstico diferencial		
	Demencia con cuerpos de Lewy	Demencia de tipo Alzheimer
Trastornos de denominación	Menos graves	Más graves
Memoria episódica afectada	Menos graves	Más graves
Trastornos atencionales	Más marcados	Menos marcados
Apraxia constructiva	Más marcada	Menos marcada
Alteraciones de la coordinación visuomotora	Más marcada	Menos marcada
Fluidez verbal fonética	Más marcada	Menos marcada
Memoria de trabajo afectada	Más marcada	Menos marcada
Debido a: Afectación anatómica diferencial	Degeneración de la corteza posterior y frontoestriatal más afectados	Hipocampo y corteza temporal lateral más afectados
Progresión síntomas en los dos primeros años del inicio de éstos	Más rápida	Más lenta

En el caso de la demencia con cuerpos de Lewy acompañada de lesiones de EA, el perfil neuropsicológico refleja una superposición de ambas entidades: cuando un paciente diagnosticado de demencia con cuerpos de Lewy presenta déficits significativos del lenguaje, principalmente de denominación y alteración de la memoria episódica, es indicativo de una afectación temporal cortical y medial que podría sugerir un cuadro degenerativo mixto de lesiones de EA asociadas (Aarsland, Ballard, y Halliday, 2004; Tiraboschi, Salmon, Hansen, Hofstetter, Thal, y Corey-Bloom, 2006).

En el anexo número II podemos ver el caso de una demencia con cuerpos de Lewy: el caso de Núria de 88 años y en el anexo III veremos el informe médico forense correspondiente elaborado por el Dr. Cuquerella.

11. La demencia frontotemporal

Aunque hay varios tipos de demencias frontotemporales, a grandes rasgos, se trata de una enfermedad neurodegenerativa primaria de origen desconocido (caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad con alteraciones conductuales y sociales y/o por una alteración temprana y progresiva del lenguaje y las funciones ejecutivas, con relativa preservación de la memoria y las capacidades visuoespaciales en los estadios iniciales, pero eso no quiere decir que no haya una pérdida de memoria, de hecho, la hay instaurándose gradual y continuamente, aunque la alteración es menor que en el resto de áreas afectadas (Gil y Martín, 2006; Molinuevo et al., 2008).

La demencia frontotemporal constituye alrededor de un 10% de los casos de demencia degenerativa primaria, y se considera la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años (Neary, Snowden y Mann, 2005).

11.1. Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

Clásicamente estos pacientes eran considerados dementes en la enfermedad de Pick, tal y como considera la CIE-10 (OMS, 1992) que después veremos, pero posteriormente comenzó a señalarse hasta la actualidad que la enfermedad de Pick forma parte de un amplio grupo de entidades donde predominan las lesiones de localización frontotemporal, pero con variedades clinicopatológicas diferentes.

Este tipo de demencia suele iniciarse entorno a los 60 años en forma de trastornos conductuales (desinhibición, apatía, conductas de tipo obsesivo-compulsivo, o una mezcla de todas ellas) y alteración del lenguaje.

Clínicamente se distinguen:

La variante frontal (75%) donde predominan al inicio de la enfermedad los cambios conductuales (desinhibición, apatía, etc.) y las alteraciones atencionales y en las funciones ejecutivas.

La afasia primaria progresiva, en la que predomina el trastorno de lenguaje, que a su vez éste puede ser de dos tipos: en forma de afasia progresiva no fluyente (15%) cuando destaca la dificultad de generar un lenguaje gramaticalmente correcto, o bien con predominio de la pérdida del significado de las palabras, comprensión de órdenes y anomia, como cuadro característico de la variante temporal o demencia semántica (10%). No obstante, con la progresión de la enfermedad, el paciente suele presentar sintomatología de ambos tipos.

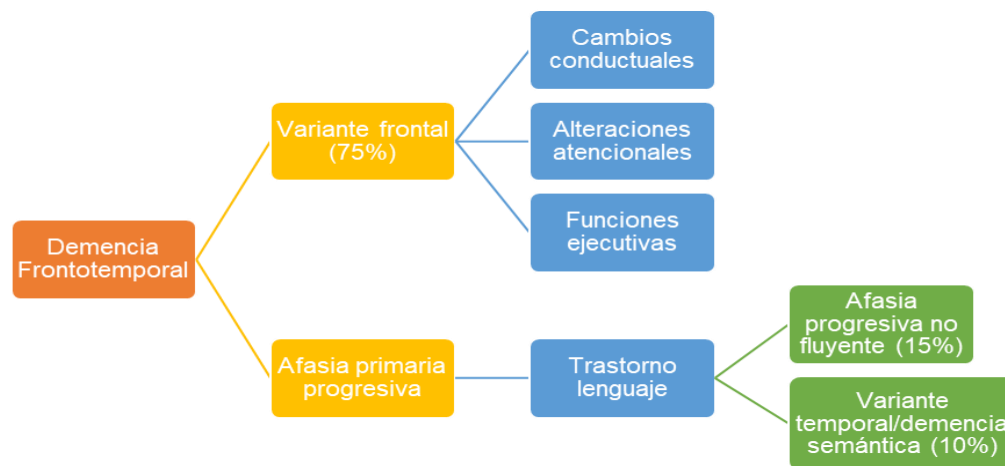


FIGURA 18. La demencia frontotemporal y subtipos. Elaboración propia en base a Molinuevo et al., 2008, pp. 662.

En resumen, esta demencia está caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que acompañado de alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y lenguaje desproporcionado en relación con el defecto de memoria (Gil y Martín, 2006).

Tal y como se ha explicado anteriormente en el presente trabajo, el diagnóstico de las demencias es clínico, por tanto, el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy también lo es, por eso, se han establecido varios criterios diagnósticos para esta enfermedad, siendo en la actualidad los más utilizados y consensuados los elaborados por la Sociedad Española de Neurología (Neary, Snowden, Gustafson, Passant, Stuss, Black, Freedman, Kertesz, Robert, Albert, Boone, Miller, Cummings y Benson, 1998), en España, para los dos tipos de demencias frontotemporales que hemos nombrado anteriormente:

Cuadro nº 15

Criterios diagnósticos de degeneración lobular frontotemporal (Neary et al., 1998, pp. 1546-1554, según la traducción al castellano del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Neurología).

Criterios para el diagnóstico clínico de la demencia frontotemporal (variante frontal)

1. Criterios esenciales:

- a. Inicio insidioso y progresión gradual
- b. Trastorno precoz de la conducta social de relación interpersonal
- c. Alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal
- d. Anosognosia precoz

2. Manifestaciones que apoyan el diagnóstico:

- a. Comienzo antes de los 65 años
- b. Agrupación familiar de demencia o antecedente de un trastorno similar en un familiar de primer grado.
- c. Trastorno de la conducta: deterioro en el cuidado y el aseo personales, inflexibilidad y rigidez mental, distraibilidad e impersistencia, conducta hiperoral y cambios en la conducta alimentaria, conducta estereotipada y perseverativa, conducta de utilización.
- d. Alteraciones del habla y del lenguaje: alteraciones en la faceta expresiva (pérdida de espontaneidad y concreción del lenguaje, habla entrecortada), lenguaje estereotipado, ecolalia, perseveración, mutismo tardío.
- e. Signos físicos: reflejos de desinhibición cortical, incontinencia urinaria, acinesia, rigidez, temblor, presión arterial baja y lábil, parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones (enfermedad de la neurona motora).
- f. Pruebas complementarias:
 - Exploración neuropsicológica: alteración intensa en las pruebas exploratorias de las funciones frontales, en ausencia de trastorno

notable de la memoria, el lenguaje y la percepción espacial.

- Electroencefalograma (EEG) normal en estadios con demencia evidente.
- Pruebas de neuroimagen cerebral (estructural y/o funcional): anormalidad de predominio frontal y/o temporal anterior.

3. Aspectos que excluyen el diagnóstico

a. Aspectos clínicos: inicio brusco, episodios intercurrentes de deterioro agudo, traumatismo craneal previo próximo al inicio de las manifestaciones, trastorno de memoria intenso en fases iniciales de demencia, desorientación espacial, logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento, mioclonías, debilidad de tipo corticospinal, ataxia cerebelosa, coreoatetosis.

b. Pruebas complementarias:

- Neuroimagen cerebral: alteraciones de localización predominantemente posrolándica en las pruebas de neuroimagen estructural o funcional, o lesiones cerebrales multifocales en la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM).
- Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral de una alteración inflamatoria o metabólica, como, por ejemplo, esclerosis múltiple, sífilis, SIDA o encefalitis herpética.

4. Datos de exclusión relativa:

- c. Alcoholismo crónico
- d. Hipertensión arterial de larga evolución
- e. Antecedentes personales de enfermedad vascular (ej: angina de pecho o claudicación intermitente).

Criterios para el diagnóstico clínico de la demencia semántica (afasia semántica con agnosia asociativa)

El trastorno semántico (dificultad para comprender el significado de palabras y/o la identidad de objetos) es la alteración más destacada al comienzo y durante toda la enfermedad. Otras funciones cognitivas, incluida la memoria autobiográfica, permanecen indemnes o relativamente

preservadas.

1. Criterios esenciales

a. Inicio insidioso y progresión gradual

b. Trastorno del lenguaje caracterizado por:

- Habla espontánea fluente pero progresivamente empobrecida de contenido
- Pérdida del significado de las palabras, evidenciada por una alteración en la capacidad de denominar y comprender.
- Parafasias semánticas

y/o

c. Trastorno de la percepción caracterizado por:

- Prosopagnosia: alteración del reconocimiento de la identidad de rostros conocidos y/o
- Agnosia asociativa: alteración del reconocimiento de la identidad de objetos.

d. La copia de un dibujo y las pruebas de asociación de elementos basadas en datos de percepción permanecen normales.

e. Repetición normal de palabras aisladas.

f. Lectura y escritura al dictado normales (de las palabras que se leen y escriben según las normas estándar del idioma).

2. Manifestaciones que apoyan el diagnóstico:

a. Aspectos que apoyan el diagnóstico de una degeneración frontotemporal: inicio antes de los 65 años, antecedentes de trastorno similar en familiar de primer grado y enfermedad de neurona motora (en una minoría de pacientes), con parálisis bulbar, debilidad, adelgazamiento muscular y fasciculaciones.

b. Habla y lenguaje: logorrea, uso idiosincrático de las palabras, ausencia de parafasias fonémicas, dislexia y disgrafía superficial (en palabras irregulares de idioma no español cuya pronunciación no se corresponde con la de sus sílabas).

- c. Conducta: pérdida de interés y de empatía (sintonía afectiva) con las demás personas, disminución del interés por el entorno, tacañería o avaricia.
- d. Signos físicos: ausencia/aparición tardía de reflejos de desinhibición cortical, acinesia, hipertonia, temblor.
- e. Pruebas complementarias:
 - Neuropsicología:
 - o Deterioro semántico intenso, evidenciado por deficiencias en la comprensión de palabras y en la denominación y/o el reconocimiento de objetos y rostros.
 - o Fonología y sintaxis, procesamiento perceptivo elemental, habilidades espaciales y memoria episódica conservados.
 - EEG: normal
 - Neuroimagen cerebral (estructural y/o funcional): anormalidad (simétrica o asimétrica) que predomina en la región temporal anterior.

3. Aspectos que excluyen el diagnóstico:

- a. Aspectos clínicos: inicio brusco, episodios intercurrentes de deterioro agudo, traumatismo craneal previo próximo al inicio de las manifestaciones, trastorno de memoria intenso en fases iniciales de la demencia, desorientación espacial, logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento, mioclonías, debilidad de tipo corticospinal, ataxia cerebelosa, coreoatetosis.
- b. Pruebas complementarias:
 - Neuroimagen cerebral: la deficiencia estructural o funcional predomina en la región retrorrolándica o lesiones multifocales en la TC o en la RM.
 - Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral de una alteración inflamatoria o metabólica, como, por ejemplo, esclerosis múltiple, sífilis, SIDA o encefalitis herpética.

4. Datos de exclusión relativa:

- c. Alcoholismo crónico
- d. Hipertensión arterial de larga evolución
- e. Antecedentes personales de enfermedad vascular (ej: angina de pecho o claudicación intermitente).

Criterios para el diagnóstico clínico de la afasia no fluente progresiva

Inicialmente y a lo largo de la evolución destaca una alteración del lenguaje expresivo, manteniéndose normales o relativamente preservadas las demás funciones cognitivas.

1. Criterios esenciales:

- a. Inicio insidioso y progresión gradual.
- b. Habla espontánea no fluente y al menos una de las siguientes alteraciones: agramatismo, parafasias fonémicas, anomia

2. Manifestaciones que apoyan el diagnóstico:

- a. Aspectos que apoyan el diagnóstico de una degeneración frontotemporal: inicio antes de los 65 años, antecedentes de trastorno similar en familiar de primer grado, enfermedad de neurona motora (en una minoría de pacientes), con parálisis bulbar, debilidad, adelgazamiento muscular y fasciculaciones.
- b. Habla y lenguaje; tartamudez o apraxia oral, alteración en la capacidad para repetir, alexia, agrafia, comprensión de palabras normal en estadios iniciales, mutismo en fase avanzada.
- c. Conducta: conducta social apropiada en fases iniciales, alteraciones conductuales similares a las observadas en la demencia frontotemporal, en fases avanzadas.
- d. Signos físicos: aparición tardía de reflejos de desinhibición cortical contralaterales, acinesia, rigidez y temblor.

e. Pruebas complementarias:

- Neuropsicología: afasia no fluente, en ausencia de amnesia intensa y de trastorno de la percepción espacial.
- EEG: normal o enlentecimiento ligero asimétrico.
- Neuroimagen cerebral (estructural y/o funcional); anormalidad asimétrica que predomina en el hemisferio dominante (generalmente el izquierdo).

3. Aspectos que excluyen el diagnóstico:

a. Aspectos clínicos: inicio brusco, episodios intercurrentes de deterioro agudo, traumatismo craneal previo próximo al inicio de las manifestaciones, trastorno de memoria intenso en fases iniciales de la demencia, desorientación espacial, logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento, mioclonías, debilidad de tipo corticospinal, ataxia cerebelosa, coreoatetosis.

b. Pruebas complementarias:

- Neuroimagen cerebral: la deficiencia estructural o funcional predomina en la región retrorrolándica o lesiones multifocales en la TAC o en la RM.
- Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral de una alteración inflamatoria o metabólica, como, por ejemplo, esclerosis múltiple, sífilis, SIDA o encefalitis herpética.

4. Datos de exclusión relativa:

c. Alcoholismo crónico

d. Hipertensión arterial de larga evolución

e. Antecedentes personales de enfermedad vascular (ej: angina de pecho o claudicación intermitente).

Si leemos este cuadro y seguidamente leemos el DSM-5 (APA, 2014), que podremos ver a continuación en un cuadro, vemos que éste se ha inspirado en Neary et al. (1998) para elaborar sus criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve. Además, podemos ver que esta enfermedad no está incluida en los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992):

Cuadro nº 16

Demencia frontotemporal según el DSM-5 y la CIE-10 (Antequera et al., 2014, pp. 765).

Criterios diagnósticos según el DSM-5	Criterios diagnósticos según la CIE-10
Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve	Demencia en la enfermedad de Pick (sólo es parte del grupo más amplio de la degeneración frontotemporal)
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Inicio insidioso y progresión gradual.</p> <p>C) Aparece 1 o 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variante de comportamiento. Tres o más de estos síntomas conductuales: desinhibición; apatía, inercia; pérdida de simpatía o empatía, comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista; hiperoralidad y cambios dietéticos. Hay declive en la cognición social o funciones ejecutivas. 2. Variante de lenguaje. Declive en la habilidad para usar el lenguaje, ya sea producción, elección de las palabras, denominación, gramática o comprensión. 	<p>A) Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4).</p> <p>B) Inicio lento, con deterioro progresivo.</p> <p>C) Predominio de afectación frontal por la presencia de dos o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Embotamiento afectivo. 2. Pérdida de las normas de educación. 3. Desinhibición.

<p>D) Ausencia relativa de declive de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.</p> <p>E) La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.</p> <p>Nota de codificación:</p> <p>294.11 Con alteración del comportamiento.</p> <p>249.10 Sin alteración del comportamiento.</p> <p>331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal.</p>		<p>4. Apatía o inquietud.</p> <p>5. Afasia.</p> <p>D) En estadios tempranos, la memoria y funciones del lóbulo parietal están relativamente conservadas.</p>
<p>Trastorno neurocognitivo frontotemporal probable</p>	<p>Trastorno neurocognitivo frontotemporal posible</p>	
<p>Se cumple 1 o 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia de una mutación genética en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas. 2. Neuroimagen que evidencia afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal. 	<p>No se cumplen 1 y 2.</p>	

En cuanto a la duración de la enfermedad oscila habitualmente entre los 3 y los 8 años, con una media de 5 años. En un 10% de los casos, los síntomas cognitivo-conductuales se acompaña de un cuadro de afectación de la neurona motora, simulando una esclerosis lateral amiotrófica (Molinuevo et al., 2008).

11.2. Perfil neuropsicológico

De forma global, la degeneración lobular frontotemporal se caracteriza por una pérdida progresiva de funciones cognitivas relacionadas con la degeneración de los lóbulos temporales y frontales, en especial del lenguaje, de la memoria de fijación y de la conducta social.

La asimetría cerebral inicial del proceso degenerativo, junto con la relativa preservación de zonas del lóbulo temporal medial, resultan aspectos clave para el diagnóstico diferencial neuropsicológico con la enfermedad de Alzheimer. De hecho, el diagnóstico diferencial entre la demencia frontotemporal y la demencia tipo Alzheimer podría representarse en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 17

Diagnóstico diferencial de la demencia frontotemporal y la demencia tipo Alzheimer
(Rodríguez y Mirón, 2017, p.55).

	Demencia frontotemporal	Demencia tipo Alzheimer
Síntomas más tempranos	Alteración de la personalidad, conducta "frontal"	Alteraciones de la memoria, desorientación
<i>Insight</i>	Pérdida total	Defectuoso
Estado de ánimo	Desinterés	Ansiedad
Atención	Defectuosa	Fluctuante
Memoria	Ligeros trastornos, mejora con claves	Amnesia franca, no mejora con claves
Funciones visuoespaciales	Preservadas	Muy defectuosas
Lenguaje	Estereotipado; ecolalia, mutismo	Anomia, circunloquios, afasia
Funciones motoras	Perseveración	Apraxia
Signos neurológicos	Incontinencia, reflejos involutivos	Mioclonías, crisis
EEG	Normal	Lento
SPECT-PET	Frontotemporal	Parietofrontal
TC-RM	Frontotemporal	Difusa

12. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson

Tal y como indica su nombre, esta demencia aparece en el curso evolutivo de la enfermedad de Parkinson. El 20-30% de los pacientes con enfermedad de Parkinson desarrolla demencia al cabo de 5 años (Rodríguez y Mirón, 2017).

12.1. Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

La enfermedad de Parkinson se asocia a menudo con déficits cognitivos, aunque al principio resultan clínicamente poco significativos, por lo que pueden pasar desapercibidos, y no afectan a las actividades de la vida diaria complejas de los pacientes.

El empeoramiento progresivo de las funciones ejecutivas frontales, junto con la afectación de la memoria, y en especial de la memoria de retención, que se traduce en una pérdida del recuerdo de hechos recientes, pueden alertar de la presencia de demencia en un paciente con enfermedad de Parkinson.

Otra característica de los enfermos con enfermedad de Parkinson que desarrollan demencia es la pérdida de consciencia de enfermedad sobre el déficit cognitivo o sobre las dificultades reales que éste supone. También es frecuente la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas muy similares a las observadas en la demencia con cuerpos de Lewy. De hecho, según Owen, James, Leigh, Summers, Marsden, Quinn, Lange y Robbins (1992), clínicamente, puede ser indistinguible de la demencia con cuerpos de Lewy o puede presentarse como una demencia de predominio subcortical, caracterizada principalmente por disfunción ejecutiva, aunque es cierto que la afectación de otras funciones cognitivas diferentes a las ejecutivas indica que la base anatómica del trastorno cognitivo puede haberse generalizado a otras áreas cerebrales más allá del circuito frontoestriatal.

Pero, tal y como hemos explicado anteriormente, para diferenciar entre demencia con cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson, debemos mirar cuándo se manifiesta el trastorno cognitivo: si se manifiesta durante el primer año de la aparición de los síntomas motores se trata de la demencia con cuerpos de Lewy, y si por el contrario, se inicia de forma tardía, es decir, posteriormente a la aparición de los síntomas motores, entonces se trata de la enfermedad de Parkinson con demencia, además de que en ésta última, se dan temblores en reposo y en la demencia con cuerpos de Lewy no (Molinuevo et al., 2008).

Tal y como se ha explicado anteriormente en el presente trabajo, el diagnóstico de las demencias es clínico, por tanto, el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy también lo es, por eso, se han establecido varios criterios diagnósticos para esta enfermedad, siendo en la actualidad los más utilizados y consensuados los

elaborados por la APA (2014) en el DSM-5, que veremos a continuación en un cuadro comparativa con la CIE-10 (OMS, 1992):

Cuadro nº 18

Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson según el DSM-5 y la CIE-10
(Antequera et al., 2014, pp. 771).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson	Demencia en la enfermedad de Parkinson
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Existe enfermedad de Parkinson establecida.</p> <p>C) Inicio insidioso y progresión rápida.</p> <p>D) El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a otra afección médica ni se explica mejor por otro trastorno mental.</p> <p>Nota de codificación:</p> <p>294.11 Con alteración del comportamiento.</p> <p>294. 10 Sin alteración del comportamiento.</p> <p>331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad de Parkinson.</p>	<p>A) Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4).</p> <p>B) Diagnóstico de enfermedad de Parkinson establecido.</p> <p>C) Ninguna de las alteraciones cognitivas es atribuible a la medicación antiparkinsoniana.</p> <p>D) No hay pruebas por la historia, exploración física o investigación especiales de otra posible causa de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, un trastorno sistémico o abuso de alcohol o drogas.</p> <p>Si los criterios también se cumplen para la demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, debe utilizarse esa categoría en combinación con la de enfermedad de Parkinson.</p>

12.2. Perfil neuropsicológico

La enfermedad de Parkinson pertenece a las demencias subcorticales, tal y como se ha visto anteriormente. Las funciones cognitivas afectadas en esta enfermedad son

las que mantienen relación con los circuitos cerebrales frontobasales, es decir: las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, atención y velocidad visomotora (Owen, 2004), aunque el trastorno neurocognitivo principal en esta demencia es el de funciones ejecutivas (dificultades en planificación, adaptación a situaciones novedosas, inhibición de la respuesta automática, capacidad de mantener la concentración y de mantener la atención), los otros déficits cognitivos podrían ser secundarios a ese (Bosboom, Stoffers y Wolters, 2004).

Además, el déficit frontal sería el responsable de la alteración de la memoria inmediata y de la memoria de trabajo, pero aunque los problemas de memoria suelen ser una queja cognitiva frecuente en estos pacientes, en la gran mayoría de ellos el problema de memoria es secundario a trastornos de atención y a la alteración de la memoria de trabajo (dificultades en la fijación o memoria a corto plazo, es decir, la retención de nueva información).

Asimismo, la lentitud de los procesos mentales podría influir igualmente en su capacidad mnésica. Sin embargo, la capacidad para retener la información fijada anteriormente o memoria a largo plazo suele ser normal en pacientes con enfermedad de Parkinson sin demencia (Molinuevo et al., 2008).

Por último, se han descrito trastornos visoespaciales y en menor medida dificultades del lenguaje, principalmente lentitud en la evocación de nombres propios y comunes, que explicarían las dificultades de expresión en algunos pacientes con enfermedad de Parkinson (Molinuevo et al., 2008).

El resto de demencias hemos añadido en el anexo XXVI los criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-10 (OMS, 1992).

13. Situación legal y civil de los pacientes con demencia

En esta segunda parte del presente trabajo, veremos una parte más criminológica que tiene que ver con la situación legal y civil de los pacientes dementes.

Una vez hemos leído las anteriores páginas de este trabajo, podemos inferir que las personas que padecen demencia son sujetos más vulnerables y más incapaces de poder cuidar de sí mismos y de sus bienes, a la vez que son más propensos a ser víctimas de delitos, entre ellos padecer abusos o maltrato de cualquier tipo por parte de cualquier persona, incluso por parte de los cuidadores a causa de la gran situación de estrés a la que se enfrentan, tal y como hemos indicado anteriormente.

Para poder adentrarnos en este tema, primero debemos conocer algunos conceptos, por ello, comenzaremos a definir la capacidad jurídica y la capacidad de obrar.

La capacidad jurídica es la aptitud de toda persona, por el simple hecho de serlo, para ser titular de derechos y obligaciones y sujeto de relaciones jurídicas. Ésta es una cualidad esencial del ser humano y de su dignidad ya que la tienen todas las personas en condiciones de igualdad, desde el momento del nacimiento y durante toda la vida (art.29,30 y 32 del Código Civil español). Sin embargo, este concepto no comporta la capacidad para ejercer estos derechos de los que la persona es titular y asumir las obligaciones que le pertocan, ya que tal posibilidad solo se reconoce a quienes reúnen las cualidades necesarias para gobernarse por sí mismos y se identifica con la llamada capacidad de obrar (Martínez, 2017; Tarragona, 2019).

Entonces la capacidad de obrar es la aptitud para realizar actos con eficacia jurídica, para ejercer derechos y asumir obligaciones, y no es igual para todos ya que la mayor o menor amplitud de la capacidad de obrar depende de la situación en la que el individuo se halle en sociedad, esto es, su estado civil (Martínez, 2017; Tarragona, 2019).

Por tanto, puede darse el caso en que una persona tenga plena capacidad jurídica pero no tenga capacidad de obrar, como podría ser un niño de 6 años (menor de edad). Si alguien no tuviera capacidad de obrar, otra persona la tendrá, de tal forma que ninguna persona física quede desamparada en el ejercicio de la capacidad de obrar si por ella misma no se vale (Tarragona, 2019).

Entonces, la capacidad jurídica, es decir, la aptitud genérica para ser titular de derechos, no exige que la persona tenga uso de razón ni un determinado grado de madurez, ni tampoco una inteligencia y una voluntad plenamente desarrolladas, en cambio, la capacidad de obrar está vinculada a unas determinadas condiciones de capacidad personal ya que es lógico que el ordenamiento jurídico requiera plena capacidad de entender y querer realizar actos jurídicos eficaces, es decir, que quien

los realice tenga suficiente grado de desarrollo y madurez intelectual para comprenderlos (Frolík, 2010).

Se presume que esa madurez se alcanza con la mayoría de edad, y por eso, en España, desde los 18 años una persona tiene plena capacidad de obrar y por tanto de realizar todos o casi todos los actos jurídicos (art. 322 del Código Civil).

No obstante, en la práctica puede ocurrir que la capacidad natural de la persona mayor de edad esté disminuida por una enfermedad que afecte sus facultades cognitivas y volitivas. Esta situación se produce en personas que padecen afecciones neurodegenerativas o cualquier otra demencia que conlleve un deterioro cognitivo y trastornos de conducta que restrinjan progresivamente su capacidad natural (Martínez, 2017).

Los pacientes con este tipo de enfermedades tienen plena capacidad de obrar y por tanto, podrían realizar todo tipo de contratos, como vender sus propiedades, hipotecar bienes inmuebles, arrendarlos, donar parte de su patrimonio, hacer testamento, contraer matrimonio, reconocer hijos o realizar operaciones bancarias, entre muchos otros actos. Sin embargo, es evidente que por culpa de su enfermedad actúan con una voluntad viciada, al tener las facultades intelectuales y la capacidad de discernimiento mermadas (Frolík, 2010).

13.1. La incapacitación del enfermo demente

La incapacitación es la constatación oficial de la falta de capacidad natural, derivada de una enfermedad o deficiencia, que impide a quien la padece regir su persona y sus bienes con plenas facultades (art.200 CC), en este caso hablaremos de la incapacitación de una persona que padece demencia, concretamente.

Implica una restricción de la capacidad de obrar plena atribuida legalmente a todo mayor de edad y, en consecuencia, supone una limitación en el ejercicio de sus derechos, por tanto, el Derecho exige hacerla con las debidas garantías. Estas garantías se concretan en el hecho de que la incapacitación solo puede ser declarada por sentencia judicial, tras el procedimiento correspondiente y en virtud de las causas señaladas en la ley (art.199 CC), por tanto, sin un pronunciamiento del juez que así lo declare (resolución judicial), la persona tendrá su capacidad de obrar absolutamente intacta y será capaz para la vida del derecho, independientemente de que sufra alguna enfermedad o deficiencia que merme su intelecto y/o voluntad, y por ende, su capacidad natural. Por tanto, la capacidad es la regla general, y la incapacitación es la excepción (Martínez, 2017; Moya y Barbero, 2005b).

Algo que Frolík (2010) deja muy claro es que la intervención judicial es decisiva, porque la incapacitación es un hecho estrictamente jurídico y no médico, aunque refiere que los facultativos deben valorar e informar sobre cómo una determinada

enfermedad o demencia afecta a la salud del enfermo y a su capacidad de entendimiento y voluntad. Su informe es clave para que el juez tome una decisión y debe hacerse en sede judicial, pero sólo este último tiene la potestad para declarar la incapacitación y sus efectos en la situación jurídica personal y patrimonial del incapacitado.

De hecho, hemos podido asistir a valoraciones de incapacitaciones totales o parciales en el juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia con el magistrado Don Enrique Molina y el médico forense el Dr. Cuquerella para aprender qué tipo de preguntas se le hacen a una persona para llevar a cabo la exploración jurídico-psicológica, los casos que hemos podido ver están plasmados al final del presente Trabajo de Final de Grado (véase los anexos II-XXV). Asimismo, hemos podido asistir a algunos juicios en la Ciudad de la Justicia (véase los anexos XXVII-XXIX) y en la Audiencia Provincial Civil de Barcelona, sección nº 18.

Centrándonos un poco más en lo que debe profundizar y analizar el médico, que a su vez era psicólogo en este caso, vemos que en los casos de incapacitación o nombramiento de representante legal/tutor, el Dr. Cuquerella siempre debía determinar:

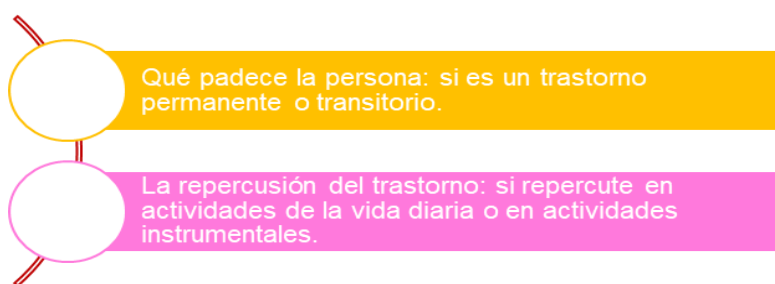


FIGURA 19. *Papel del médico en la valoración jurídico-psicológica del presunto incapaz.* Elaboración propia en base a Cuquerella (2019).

En efecto, aunque tanto en el juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia como en la sección nº 18 de la Audiencia Provincial Civil de Barcelona se tratan estos temas, debemos decir que en cada uno de estos lugares hay objetivos distintos, ya que en el primero se trata de valorar una posible modificación de la capacidad judicial (incapacitación) para un juicio posterior y en el segundo ya se ha dictado sentencia y entonces se pide un recurso con la correspondiente valoración médica, por tanto, las personas que pedirán una u otra cosa serán distintas y hay objetivos distintos, por eso, hemos decidido hacer el siguiente cuadro:

Cuadro nº 19

Objetivos del Juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia y de la Audiencia Provincial Civil de Barcelona, sección nº 18
 (Elaboración propia en base a Fiscalía Provincial de Barcelona y el Letrado de la Administración de Justicia, 2019).

Juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia	Audiencia Provincial Civil de Barcelona, sección nº 18
<p>Para la modificación de la capacidad de una persona con discapacidad de algún tipo debe hacerse primero una exploración jurídico-psicológica y un informe de lo observado y valorado en dicha exploración en sede judicial, tal y como hemos explicado anteriormente.</p> <p>Normalmente esta exploración para la modificación de la capacidad de una persona suele pedirla: la familia que acude a la Fiscalía Provincial de Barcelona (Servicio de protección de las personas con discapacidad y tutelas), la misma Fiscalía Provincial de Barcelona cuando ve una denuncia o ve informes médicos pide una visita con la persona y posteriormente el informe o Servicios sociales alertan a la Fiscalía Provincial de Barcelona.</p> <p>La finalidad o los objetivos de la exploración de casos de tutela o incapacitación siempre son valorar (versión extendida de los explicados anteriormente):</p> <p>A. Enfermedad o deficiencia que padece, con indicación de su pronóstico.</p>	<p>Los objetivos de la exploración de casos de recursos de apelación de tutela o incapacitación que pide la sección nº 18 de Audiencia Provincial Civil de Barcelona o la propia persona valorada como incapaz (normalmente la familia no), siempre son valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tomar decisiones en el ámbito personal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aceptar y seguir los tratamientos médicos y farmacológicos ○ Decidir su ingreso en un centro residencial o sanitario ○ Conformar válidamente una opinión política y ejercer el derecho de sufragio

<p>B. Afectación de dicha enfermedad a las capacidades intelectivas y/o volitivas para gobernar la esfera personal y patrimonial.</p> <p>C. Efectos de la referida enfermedad o deficiencia, en cuanto se refiere a la capacidad del afectado para el adecuado gobierno de su esfera personal y patrimonial, con delimitación de las habilidades funcionales a las que afecta, y referidos principalmente a las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Habilidades de la vida independiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autocuidado: aseo personal, vestirse, comer, desplazamiento, etc. ▪ Instrumentales cotidianas: comprar, preparar la comida, limpiar la casa, telefonar, respuesta ante la necesidad de ayuda, etc. ○ Habilidades económico-jurídico-administrativas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de su situación económica ▪ Capacidad para tomar decisiones de contenido económico: seguimiento efectivo de sus cuentas corrientes, de sus ingresos, gastos, etc. ▪ Capacidad para otorgar poderes a favor de terceros. ▪ Capacidad para realizar disposiciones testamentarias. ▪ Capacidad para el manejo diario de dinero de bolsillo: gastos de uso cotidiano de carácter menor. ▪ Capacidad para el ejercicio de actuaciones burocráticas (ej: 	<p>activo y pasivo</p> <p>- Capacidad para tomar decisiones en el ámbito patrimonial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrar sus rentas y realizar contrataciones de consumo o de mayor entidad
---	--

<p>tramitación de pensiones, presentar denuncia, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Habilidades sobre la salud:<ul style="list-style-type: none">▪ Manejo de medicamentos▪ Seguimiento de pautas alimenticias▪ Autocuidado: cuidado de heridas, úlceras, etc.▪ Consentimiento del tratamiento○ Habilidades para el transporte y manejo de armas:<ul style="list-style-type: none">▪ Capacidad para la conducción de vehículos▪ Capacidad para el uso de armas○ Habilidades en relación con el propio procedimiento:<ul style="list-style-type: none">▪ Alcance del conocimiento sobre el objeto del procedimiento▪ Alcance del conocimiento sobre sus consecuencias○ Capacidad contractual:<ul style="list-style-type: none">▪ Alcance del conocimiento y comprensión de determinados actos, como préstamos, donaciones, cualesquiera actos de disposición patrimonial compleja.▪ Capacidad de entender sus derechos y obligaciones frente a un contrato de compraventa o alquiler de inmuebles.▪ Capacidad de entender o ejercer sus derechos y obligaciones frente a contratos de compraventa de bienes muebles, contratos laborales, etc.	
---	--

13.2. Motivación de la incapacitación

Tal y como se ha indicado anteriormente, la incapacidad deriva de una enfermedad o deficiencia, que impide a quien la padece gobernarse por sí mismo y regir sus bienes con plenas facultades (art.200 CC), y vemos que la norma no se refiere expresamente a ninguna enfermedad concreta. De hecho, tal y como manifiesta Martínez (2017), la expresión enfermedades o deficiencias permite incluir cualquier tipo de anomalía, enfermedad, minusvalía, limitación, alteración o disminución de posibilidades y facultades de la persona pero no siempre las enfermedades mentales o físicas son motivo para incapacitar a quien las padece, solo en la medida en que le impidan su autogobierno.

Por otro lado, el legislador exige también en el mismo artículo del Código Civil el carácter persistente de la enfermedad, es decir, que la capacidad de autogobierno quede afectada de forma más o menos duradera en el tiempo, y esto requiere lo siguiente:



FIGURA 20. Características de la enfermedad causa de incapacitación. Elaboración propia en base a Martínez, 2012, p.161.

Pero cabe decir, que lo decisivo a la hora de declarar la incapacitación es el hecho de que la enfermedad o deficiencia afecte a su comportamiento respecto de su persona y bienes, es decir, que impida a la persona gobernarse por sí misma, más que el hecho de que sea persistente en el tiempo (Martínez, 2017). En cualquier caso, la demencia cumple con todo esto.

13.3. Procedimiento de incapacitación

Hemos dicho que la incapacitación solo puede ser declarada por sentencia judicial tras el procedimiento correspondiente, pues bien, aunque ya hemos dado unas pinceladas, vamos a ver en qué consiste este proceso más concretamente. Actualmente el procedimiento de incapacitación en España está regulado en los artículos 756 al 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LECiv).

En primer lugar, el inicio del proceso judicial tiene lugar a solicitud de las personas legitimadas para promover la declaración de incapacidad o proceso de incapacitación (art.757.1 LECiv) que son:

El presunto incapaz	Los familiares más próximos del presunto incapaz
<ul style="list-style-type: none">•Puede ser que el propio enfermo quiera y pueda, si sus condiciones de salud se lo permiten, ser incapacitado, en cuyo caso la ley permite que él mismo inicie el procedimiento para promover su propia incapacitación.	<ul style="list-style-type: none">•Puede tratarse de su cónyuge o pareja de hecho, sus descendientes, sus ascendientes o sus hermanos.

FIGURA 21. ¿Quién inicia el proceso judicial?. Elaboración propia en base a Martínez, 2017, pp.162.

Sin embargo, también pueden no promover este proceso ya que no están obligados a ello. En el caso de que nadie inicie dicho proceso, deberá hacerlo el Ministerio Fiscal (art.757.2 LECiv).

Cuadro nº 20

Art. 757 LECiv.: Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad (Elaboración propia en base a la LECiv, 2000).

3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Cuadro nº 21

Art. 757 LECiv.: Medidas cautelares (Elaboración propia en base a la LECiv, 2000).

1. Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y

pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación.

2. El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior. Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

Un ejemplo de medida cautelar sería el nombramiento de un defensor judicial, es decir, el encargado de representar, asistir y proteger al incapacitado de forma inmediata. Se trata de una figura provisional y subsidiaria que aparece cuando no exista ningún tutor o curador, cuya finalidad es servir de complemento o sustituir la falta de capacidad de gestión de la propia persona y su patrimonio. Por tanto, una persona que está siendo evaluada todavía no tiene un tutor legal, pero después de esa evaluación y hasta el día del juicio oral, se puede nombrar a un defensor judicial provisionalmente (Tarragona, 2019; Cuquerella, 2019).

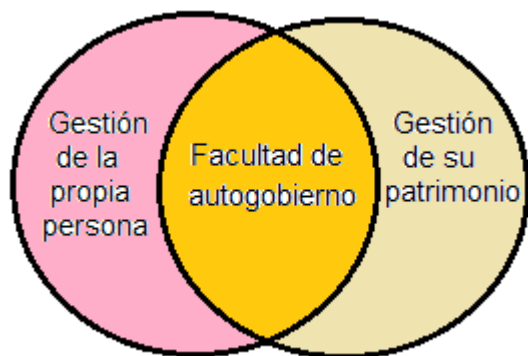


FIGURA 22. Facultad de autogobierno del presunto incapaz. Elaboración propia en base a Tarragona, 2019; Cuquerella, 2019.

En cualquier caso, tanto el defensor judicial como el tutor o el curador, son instituciones que siempre tienen una finalidad protectora sobre el incapaz o incapacitado (art.215 CC).

Una vez iniciado el proceso, se debe hacer la valoración jurídico-psicológica, llevada a cabo por un médico y un magistrado del Juzgado de Primera Instancia. El magistrado redactará un auto conforme lo que él observe y siempre teniendo en cuenta la opinión del facultativo sobre la imposición de unas medidas cautelares hasta el día del juicio oral, y por su lado, éste último emitirá un informe médico forense (véase los anexos III y XV) en el cual se expondrá su valoración sobre si la demencia es causa suficiente o no para restringir la capacidad de obrar y de

autogobierno de la persona, que posteriormente deberá poner en manos del juez que se encargue del juicio oral y de la sentencia de incapacitación (Martínez, 2017). Este juez deberá basarse, por tanto, en todas las pruebas practicadas, y especialmente en el dictamen pericial médico, ya que sin él no podrá decidir sobre la incapacitación (art.759.1 LECiv). Asimismo, para formar su decisión, deberá oír a los parientes más próximos del enfermo, aunque es cierto que sus opiniones en ningún caso son vinculantes, ya que la decisión del juez siempre es discrecional dentro de los márgenes de la legalidad.

Ante todo, el juez debe escuchar y examinar por sí mismo al presunto incapaz, por eso éste deberá ir al juicio oral para poder tener un contacto directo con él, para dar garantía al proceso, y este trámite nunca puede sustituirse por otro medio de prueba, aunque a veces por la delicada salud del enfermo, se practica fuera del tribunal y es el propio juez quien lo visita personalmente en su domicilio, residencia o centro donde se encuentre y allí lo examina. En este caso ya no se trata de un simple reconocimiento judicial, sino que se trata de una prueba directa, legal, autónoma y obligada, junto con las que suministren las partes, compone el material probatorio suficiente para basar la decisión judicial (Martínez, 2017).

Finalmente, tras la práctica de las pruebas y las preceptivas audiencias, el tribunal debe valorar si la demencia incide en el comportamiento del presunto incapaz respecto de su persona y bienes y tras esa valoración dictará sentencia y se pronunciará sobre si procede o no la incapacitación.

13.4. La sentencia de incapacitación

La misma sentencia que decreta la incapacitación también tiene que determinar el régimen de representación o asistencia al que deba quedar sometido el incapacitado: una tutela (total o parcial) o una curatela según el grado de incapacidad. Asimismo, si se ha solicitado en la demanda, la sentencia se pronunciaría también sobre el nombramiento de la persona o personas que hayan de representar al incapaz y velar por él.

La limitación de la capacidad del enfermo exige que esa capacidad sea sustituida o completada por un tutor o un curador, en atención a la mayor o menor limitación de la facultad de autogobierno, el juez decide implementar:

Una tutela: es la más habitual en las demencias. En la incapacitación total o absoluta siempre procede. Abarca tanto el ámbito personal (art.269 CC) como el patrimonial (art.270 CC) de la persona incapacitada, por tanto, el tutor representa a la persona en su vida jurídica y ejercita los derechos y obligaciones que no puede ejercitar por sí mismo (art.267 CC).

La tutela será absoluta si el tutor abarca todos los ítems mencionados en el cuadro anterior denominado “Juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia” y parcial, si solamente abarca algunos de los ítems, por ejemplo, podría darse el caso en que el juez decidiese que una persona debe ser representada en todos los ítems que tengan que ver con la esfera personal (tutela de la persona) o los ítems que tengan que ver con la esfera patrimonial (tutela de los bienes o curatela), tal y como indica Frolik (2010). También, en la sección nº 18 de la Audiencia Provincial Civil de Barcelona hemos visto algún caso en que la persona era representada por su tutor excepto en todas las áreas excepto para el sufragio activo y pasivo, y por tanto el enfermo podía realizar por sí mismo actos jurídicos aunque asistido por un tutor. El tutor tiene importantes funciones de protección que siempre deben ejercerse en beneficio del tutelado y bajo el control de la autoridad judicial (art.216.1 CC).

Aun teniendo una tutela absoluta, el tutor que represente al incapacitado no puede realizar todo tipo de actos en su nombre sino que necesita una autorización judicial, precisamente su actuación está limitada para proteger al incapacitado y su patrimonio. Es el caso de un internamiento no voluntario (art.763 LECiv) y otros actos de contenido patrimonial de cierta relevancia como los actos de disposición (enajenación o gravamen de bienes inmuebles) y actos de administración extraordinaria (por ejemplo, dar y tomar dinero a préstamo), según el art.273 CC.

En cuanto a quién debe ser el tutor del incapaz, el juez elegirá siempre en beneficio del tutelado y deben ser personas idóneas o hábiles para ser tutoras, en cualquier caso el magistrado no tiene plena libertad para nombrar el tutor sino que siempre deberá recurrir al art.234 CC que establece un orden de personas preferidas para el desempeño de la tutela:



FIGURA 23. *¿Quién debe ser el tutor del incapaz?*. Elaboración propia en base a Martínez, 2017, p-169.

Aunque cabe decir que a veces el juez puede elegir a una entidad pública para hacerse cargo de la tutela del incapacitado (art.239 bis CC), en caso de comprobar la imposibilidad de designar un tutor entre alguna de las personas previstas legalmente (porque no tenga parientes ni conocidos o porque estén inhabilitados para la tutela, no quieran asumirla y aleguen alguna razón legal) o si la persona con la capacidad modificada judicialmente se encuentra en situación de desamparo (si queda privada de la asistencia necesaria por el tutor o por carecer del mismo). En

algunos de los casos que se pueden ver en los anexos, vemos que ocurre esta situación.

Aquí debemos hacer un inciso, y es que tal y como acabamos de ver, para el nombramiento de tutor se prefiere en primer lugar a la persona designada por el propio tutelado cuando aun no haya sido incapacitado, como nos indica el art.234.1 CC, su voluntad tiene importancia decisiva y es muy valorada por el legislador por delante de cualquier otra consideración. Esta facultad de decidir quién ocupa el cargo del tutor se denomina: delación voluntaria de la tutela o autotutela (Molina, 2019).

La curatela: es menos común en la demencia y es más limitada en su alcance. En este caso, no suple la capacidad de obrar del incapacitado, sino que la complementa ya que el curador no es su representante. El curador presta su consentimiento a determinados actos fijados por el juez, fundamentalmente de carácter patrimonial. Esta figura suele aplicarse cuando el grado de incapacitación es leve.

De hecho, la ley (art.287 CC) impone este régimen cuando el grado de discernimiento del declarado incapacitado no impida su autogobierno de modo absoluto. En general, se aplica para los pródigos básicamente, por tanto, el curador controla sólo la parte patrimonial del supuesto incapaz.

En cuanto a la sentencia como tal, aunque se pronuncia en el ámbito limitado de un proceso privado, sufre efectos frente a todos (eficacia *erga omnes*), dado que la nueva situación jurídica que supone la incapacitación tiene interés jurídico, por eso, la ley exige su inscripción en el Registro Civil (Tarragona, 2019).

¿Cuánto tiempo dura la incapacidad?

Esta sería una pregunta que podríamos formularnos, y la respuesta es que los efectos de la sentencia de incapacitación persisten mientras otra sentencia posterior no los modifique o los extinga (art.761.1 LECiv).

La sentencia desprende una limitación indefinida de la capacidad de obrar, pero eso no significa que sea una limitación definitiva, ya que siempre puede ocurrir la reintegración de la capacidad o la modificación de su alcance por las nuevas circunstancias, en el caso de la demencia, la salud física del enfermo suele agravarse por la edad y la vulnerabilidad a la que el paciente se enfrenta y su salud mental también, por tanto, las medidas adoptadas en un principio pueden no ser suficientes para su protección, por ejemplo, el paciente puede pasar de una incapacitación parcial y terminar con una incapacitación total (Martínez, 2017).

El nuevo procedimiento para modificar o dejar sin efecto la sentencia de incapacitación anterior puede ser promovido por las mismas personas que estaban legitimadas para iniciar el primer procedimiento: el propio incapacitado, sus familiares y el Ministerio Fiscal, y además pro las que tuvieran un cargo tutelar o bajo

su guarda al incapacitado (art.761.2 LECiv). De hecho, este procedimiento correspondería a lo que vemos en el cuadro anterior, la parte denominada “Audiencia Provincial Civil de Barcelona, sección nº 18”.

14. El maltrato a las personas mayores

14.1. Epidemiología del maltrato a las personas mayores

El maltrato a las personas mayores se ha convertido en una realidad cada vez más evidente, de hecho, ya es un problema importante de salud pública tal y como ha reconocido la OMS (2018), y ha registrado datos de 2017 en que 1 de cada 6 personas mayores de 60 años o más sufrieron algún tipo de maltrato. Además, el maltrato no es un hecho aislado, sino que según las investigaciones, existe una recurrencia de un 80% (O'Malley, Everitt, O'Malley, Campion, 1983; Zúñiga-Santamaría et al., 2010, Tabueña, 2012).

Cabe decir que el maltrato a personas mayores se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico, asimismo puede darse tanto en instituciones públicas o privadas como en el domicilio.

El reconocimiento público de esta clase de maltrato conlleva a que la violencia física deja espacio a otros tipos de violencia más sutil (silenciada, menos evidente, pero que no excluye dolor o sufrimiento), lo cual obliga a revisar la actuación de todas las instituciones y administraciones para hacer frente con la máxima eficacia a esta problemática (Generalitat de Catalunya, 2007).

Los estudios sobre la sospecha de casos de maltrato obtienen prevalencias de un 12% de la población de personas mayores (de 65 años o más) afectadas por malos tratos y se cree que solo un 20% de estos casos son denunciados.

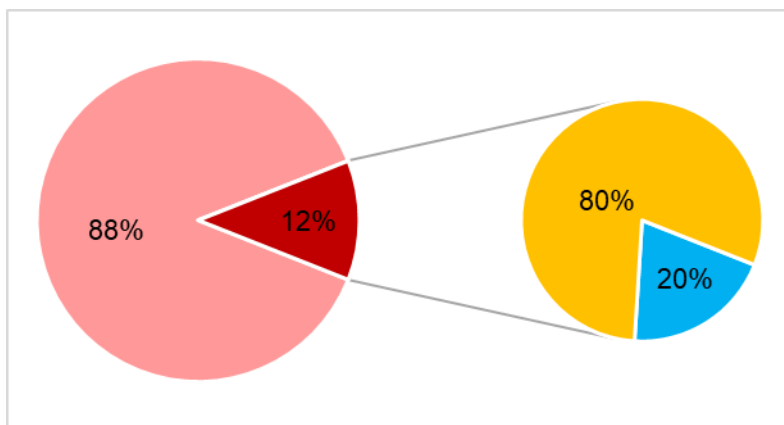


FIGURA 24. Casos de maltrato denunciado. Generalitat de Catalunya, 2007, p.7.

Por tanto, el 80% no denunciado sería lo que Yuly (2017) denomina “el maltrato invisible”.

En cuanto a la incidencia de los tipos de maltrato, vemos que la negligencia es el más elevado (55%) seguido por la violencia física (15%) y la explotación económica (12%), pero de los tipos de maltrato hablaremos más adelante.

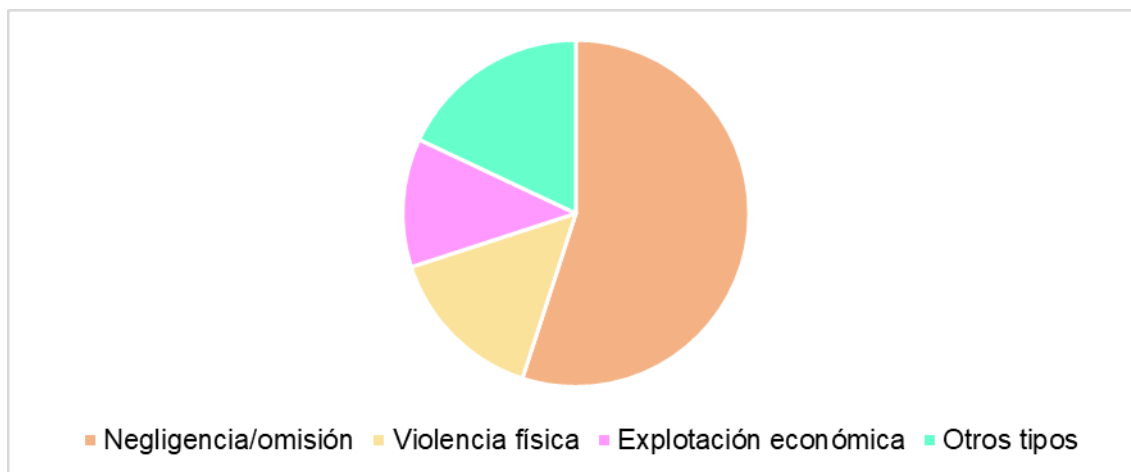


FIGURA 25. Prevalencia de los tipos de maltrato en ancianos. Generalitat de Catalunya, 2007, p.7.

14.2. Definición del maltrato a personas mayores, tipologías y respuesta legal

Existen muchas definiciones y matices distintos en función de los diferentes autores, pero en este trabajo presentaremos la definición de consenso en España, que es la descrita por 1ª Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, Almería (1995, citado en Kessel, Marín, Maturana, Castañeda, Pageo y Larrión, 1996, pp.368):

El maltrato a las personas mayores constituye cualquier acto u omisión (o “descuido, según Krug, Dahlberg, Mercy y Zwi, 2003) que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

Además, es una acción única o repetida (tal y como se ha dicho anteriormente) o la falta de la respuesta apropiada, que se da dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona mayor (Yuste y Bruguera, 2005; OMS, 2006).

Las tipologías específicas de maltrato a la gente mayor son concretamente diez:

El maltrato físico: se trata del uso de la fuerza física que puede dar lugar a lesiones corporales, dolor físico o perjuicio. El abuso físico puede incluir pero no limitarse a aquellos actos de violencia como ataques (con o son un objeto material), golpes, empujones, sacudidas, bofetadas, patadas, pinchazos y quemaduras. Asimismo, la administración incorrecta de fármacos, la obstrucción o limitación de movimientos corporales (restricción física), la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier

tipo son ejemplos de abuso físico (Krug et al., 2003; Moya y Barbero, 2005a; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005, Tabueña, 2012; Goikoetxea, Moro, y Martínez, 2017; Lázaro del Nogal, Fernández, Serrano, Santiago, Villavicencio y Martín, 2018). En el presente trabajo podemos ver el caso de la señora María de 84 años (véase el anexo XXX).

El maltrato psicológico o emocional: consiste en infligir angustia, dolor emocional, pena, sentimiento de indignidad, estrés, miedo o aflicción empleando actos verbales o conducta no verbal como amenazas, insultos, intimidación, humillación, aislamiento del círculo social y de la familia, ridiculización, infantilización, deshumanización (no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades) privación de seguridad y/o afecto y de las actividades habituales, invalidación, objetificación, etc. (Moya y Barbero, 2005a; Krug et al., 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005; Yuly, 2017; Tabueña, 2012; Vizcaíno, 2019; Lázaro del Nogal et al., 2018).

Abuso sexual: se trata de un comportamiento (gestos, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual consumado o no, no consentido, de cualquier tipo con una persona mayor o incapaz de dar su consentimiento, que incluye tocamientos, acoso sexual, violaciones, desnudar o fotografiar a la persona por razones pornográficas, etc. este tipo de maltrato también podría considerarse un subtipo del maltrato físico (Moya y Barbero, 2005a; Krug et al., 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005; Vizcaíno, 2019; Tabueña, 2012, Lázaro del Nogal et al., 2018).

Maltrato/explotación financiero o económico (Moya y Barbero, 2005a; Krug, 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005; Vizcaíno, 2019; Tabueña, 2012; Goikoetxea et al., 2017; Lázaro del Nogal et al., 2018): es el uso ilegal o fraudulento de fondos, propiedades o posesiones de la persona mayor. Se incluye el cobro de cheques sin la autorización o permiso, falsificar la firma de un anciano, malversar dinero o posesiones de la persona, coaccionar con engaños a una persona mayor para que firme un documento y el uso indebido de poder de un tutor de los bienes de una persona mayor. Podemos ver el caso de Isabel, una mujer de 81 años con deterioro cognitivo leve-moderado, que sufre un delito de estafa (art.248 Código Penal) y/o falsedad documental (art.390 CP) por la firma de un contrato de compra-venta de un local (véase el anexo XXVII y XXVIII).

Negligencia o abandono (Moya y Barbero, 2005a; Krug, 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005; Vizcaíno, 2019; Tabueña, 2012; Lázaro

del Nogal, 2018): consiste en el rechazo, negación o equivocación para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de la persona mayor, también es el no-cumplimiento de cualquiera de las obligaciones en verso a una persona mayor, ya sea de forma voluntaria (activa) o involuntaria (pasiva) por parte de la persona que de forma implícita o acordada sea responsable de ella. Por ejemplo: no pagar los servicios necesarios para el mantenimiento de la casa o no asegurar la prestación de servicios domiciliarios, no aportar recursos económicos en general si la persona lo necesita, mosicion de las necesidades básicas como alimento, agua, alojamiento, higiene personal, ropa, atención sanitaria, tratamiento médico, confort, seguridad personal, promoción de su salud, etc.

Cabe matizar que cuando esta situación se da en el ámbito institucional, hablamos de negligencia, mientras que cuando se da en el ámbito familiar, hablamos de abandono. Podemos ver un ejemplo de abandono en el señor José de 87 años (véase el anexo XXX), un paciente que llegó al Hospital Universitari Sagrat Cor-Grupo Quirón el 29 de octubre del 2018 en un estado deplorable, pero por suerte el hospital pudo contactar finalmente con su sobrino. En este caso, hicimos una valoración general y después le pasamos una Escala de Barthel y un Cuestionario del Estado Mental Pfeiffer.

Vulneración o violación de los derechos: es la falta de respeto a los derechos de libertad personal y de autonomía respecto a la toma de decisiones, las opiniones y los valores de la persona y la explotación del anciano (Krug, 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005).

Autonegligencia o autoabandono: se trata del comportamiento no consciente de la persona mayor que amenaza su propia salud y/o seguridad. Generalmente se manifiesta por una negación a autoproporcionarse un adecuado alimento, agua, vestimenta, seguridad, higiene personal y medicación (si está indicada). Se excluyen las situaciones en las cuales el anciano competente toma decisiones voluntarias que amenacen su salud o seguridad para llamar la atención (Krug, 2003; Generalitat de Catalunya, 2007; Yuste y Bruguera, 2005).

Maltrato social: es la discriminación de un grupo de población que reúne características comunes cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas u otros, en este caso se trata de ancianos con demencia (Generalitat de Catalunya, 2007).

Maltrato institucional, tal y como refiere la Generalitat de Catalunya (2007) y corroborado por Gómez, Hernández, Carrasco, García y Nicolás (2016), es:

Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la

seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.

Según la Generalitat de Catalunya (2007), en el ámbito institucional las cifras de incidencia de maltrato de los cuidadores a los ancianos serían las siguientes:

El 45% de los cuidadores reconoce haber tenido alguna conducta maltratante hacia la persona mayor, un 35% ha sido testigo de abusos físicos y un 80% de maltrato psicológico. Además, un 10% admite haber cometido algún acto de violencia física y otro 40%, haber maltratado verbalmente a alguna persona interna.

En general, teniendo en cuenta el maltrato en entornos comunitarios y el maltrato en entornos institucionales y las tipologías comentadas anteriormente, la OMS (2019b) ha elaborado un cuadro con los siguientes datos:

Cuadro nº 22
Revisiones sistemáticas y metaanálisis. (OMS, 2019b)

	Maltrato a personas mayores en entornos comunitarios	Maltrato a personas mayores en entornos institucionales	
Tipo de maltrato	Notificado por personas mayores	Notificado por personas mayores y sus representantes	Notificado por trabajadores
Prevalencia general	15.7%	No hay suficientes datos	64,2%, o dos de cada tres trabajadores
Maltrato psicológico	11.6%	33.4%	32.5%
Maltrato físico	2.6%	14.1%	9.3%
Abuso financiero	6.8%	13.8%	No hay suficientes datos
Negligencia	4.2%	11.6%	12.0%
Abuso sexual	0.9%	1.9%	0.7%

Por último, veremos la respuesta legal que se da ante los tipos de maltrato que acabamos de ver y además el maltrato de tipo autonegligencia:

Cuadro nº 23

Respuesta legal ante varios tipos de maltrato (Elaboración propia en base a Yuste y Bruguera, 2005).

Maltrato	Respuesta legal
Físico	Delito de violencia doméstica (art.173.2 CP) Delito de lesiones (art.147.1 CP)
Sexual	Delito de agresión sexual (art.178 CP) Delito de abuso sexual (art.181 CP)
Emocional	Delito de coacciones (art.172 CP) Delito de maltrato emocional (art.173.1 CP) Delito de amenazas (art.169 CP)
Económico	Delito de apropiación indebida Delito de estafa Delito de uso de un anciano para la prostitución (art.188.1 CP) Tutela (art.215 CC) Curatela (art.215 CC) Defensor judicial (art.215 CC)
Negligencia/abandono	Delito de abandono de personas incapacitadas (art.229 CP) Delito de denegación de asistencia sanitaria (art.196 CP) Tutela (art.215 CC) Defensor judicial (art.215 CC)
Autonegligencia	Acogimiento (art.173 bis CC) Tutela (art.215 CC)

14.3. Factores de riesgo e indicadores del maltrato

Los factores de riesgo para el maltrato a ancianos se dividen principalmente en cuatro vertientes:

Cuadro nº 24

Factores de riesgo en el maltrato a personas mayores (Elaboración propia en base a Yuste y Bruguera, 2005; Moya y Barbero, 2005b; Generalitat de Catalunya, 2007; p.10-11; ONU, 2019b; Krug, Dahlberg, Mercy y Zwi, 2003; Pastor, Ruano, Ferrándiz y Castillo-López, 2011; Adams, 2017; Valls, 2018).

Asociados al perfil la víctima	Asociados al perfil del cuidador/a
<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro funcional (necesidad de terceros para hacer actividades de la vida diaria) y conductual. - Incontinencia - Mala salud física y mental de la víctima. - Toma más de cuatro fármacos al día. - El sexo de la víctima (mujer) y el hecho de compartir vivienda con el agresor o cuidador. - Mujeres mayores de 75 años. - Estado civil: viuda. - Vulnerabilidad emocional y psicológica (por ejemplo, pacientes dementes) y fragilidad. - Reducción de la capacidad intelectual. - Alteraciones de la conducta. - Analfabetismo o baja escolaridad. - Aislamiento social. - Historia previa de violencia familiar. - Ingresos económicos bajos: inferiores a 6.000 euros al año. - En el último año ha sido visitada oír un médico, una enfermera o un 	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo/a de la víctima, pareja o cuidador/a. - Relación afectiva previa con la víctima - Tiene múltiples responsabilidades. - Cansancio. - Trastornos mentales y abuso del alcohol y las sustancias psicotrópicas. - Problemas de autoestima. - Presenta conflictividad con la persona mayor. - Aislamiento social o familiar del cuidador/a. - Problemas económicos, dificultades laborales o dependencia económica de la víctima. - Estrés o crisis vital. - Cuidador/a único/a, inmaduro/a o aislado/a. - Experiencia familiar de malos tratos. - Más de 8-9 años cuidando a la persona mayor. - Falta de preparación o habilidades

trabajador social.	para cuidar, dificultades de comprensión de la enfermedad. - Cuidar a otras personas. - Situación personal de salud.
Estructurales o socioculturales	Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza o falta de recursos para pagar los cuidados. - Discriminación por la edad. - Imágenes estereotipadas sobre que las personas mayores son frágiles, débiles, dependientes y son una carga. - Invisibilidad del maltrato. - El debilitamiento de los vínculos entre las generaciones de una misma familia. - Los sistemas sucesorios que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias potencian viejos conflictos - La migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se han ocupado de cuidar a las personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal está mal formado y remunerado, y soporta una carga de trabajo excesiva. - Estructura física de la institución no adaptada a la gente mayor. - Falta de recursos. - Falta de controles. - Los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores no son adecuados. - El entorno físico es deficiente. - Las normas de funcionamiento son inadecuadas: favorecen más los intereses del centro institucional que los de los residentes.

En cuanto al perfil de la víctima, cabe decir que el 80% son mujeres y el 20% son hombres, porque además debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes. (Generalitat de Catalunya, 2007; Valls, 2018).

Asimismo, si bien los varones de edad corren el mismo riesgo de sufrir malos tratos que las mujeres, en algunas culturas en las que las mujeres tienen una condición social inferior, las mujeres de edad tienen mayor riesgo de negligencia y abuso económico cuando enviudan, también corren un mayor riesgo de sufrir formas más persistentes y graves de maltrato y lesiones (OMS, 2019b).

Y sobre el perfil del agresor debemos señalar que en un 50% de los casos es el/la cuidador/a principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades. Entre estas personas, un 85% es del entorno familiar (en el 60 % de los casos son hijos/as, y en un 25% el/la cónyuge y un 15% es un familiar o cuidador/a externo). En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años. El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres. (Generalitat de Catalunya, 2007).

Por último, atendiendo a la ONU (2019b) y corroborado por Tabueña (2012), veremos los indicadores de maltrato hacia las personas mayores en cuatro tipos de maltrato más “clásicos” o visibles en el anciano y también indicadores relacionados con el cuidador:

Cuadro nº 25

Indicadores de maltrato a las personas mayores (Krug et al., 2003, pp.151)

Indicadores relacionados con la persona de edad				Indicadores relacionados con el cuidador
Físicos	Conductuales y emocionales	Sexuales	Económicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresiones físicas • Caídas y lesiones no explicadas • Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechoso • Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización • Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos • Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad • Signos de atención inadecuada o de poca higiene • Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir • Actitud de temor, confusión o resignación • Pasividad, retraimiento o mayor depresión • Indefensión, desesperanza o ansiedad • Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental • Renuencia a conversar abiertamente • La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal • La persona mayor es dejada de lado por los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresión sexual • Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona • Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación • Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas • Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales • Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad • Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad • Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a “nuevos amigos o parientes” • Falta de una propiedad • La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales • Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito • Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitírselas • Problemas de salud física o mental sin tratamiento • El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador parece cansado o estresado • El cuidador parece muy preocupado o indiferente • El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia • El cuidador se comporta agresivamente • El cuidador trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana • El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros • El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola • El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo • El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un periodo prolongado

15. Parte práctica

En el presente trabajo hemos añadido una parte práctica para poder complementar nuestra formación en conceptos teóricos y para poder ver cómo se evalúa a las personas dementes o de avanzada edad, por lo menos.

El objetivo de esta parte práctica es corroborar o desmentir si realmente padecer demencia afecta al estado mental de la persona y si provoca que los pacientes sean más vulnerables o manipulables. En mi caso, la hipótesis de la que partía al iniciar este trabajo es que sí lo es y que sería un factor de riesgo para ser víctima de delitos como la estafa y el maltrato.

Asimismo, he querido ver y aprender al lado de profesionales cuál es el proceso legal que debe seguir el demente y su familia cuando éste ya no puede valerse por sí mismo ni autogobernarse, aprovechando al máximo el prácticum en el Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya con el Dr.Cuquerella como tutor.

En cuanto a la metodología de la parte práctica, tal y como hemos comentado anteriormente, hemos podido asistir durante algunos meses a valoraciones de incapacitaciones totales o parciales, en el juzgado nº 58 de Primera Instancia de la Ciudad de la Justicia con el magistrado Don Enrique Molina y el médico forense el Dr.Cuquerella para aprender qué tipo de preguntas se le hacen a una persona para llevar a cabo la exploración jurídico-psicológica (véase los anexos II-XXV). Asimismo, hemos podido asistir a algunos juicios en la Ciudad de la Justicia (véase los anexos XXVII-XXIX) con temas relacionados con el maltrato económico y estafas a los ancianos con algún tipo de deterioro cognitivo.

He podido confirmar mi hipótesis y he podido observar también que aunque al paciente se le hacen preguntas para comprobar el estado de su memoria, durante la exploración jurídico-psicológica muchas veces aparecen otros problemas que éste sufre, como un deterioro de las funciones ejecutivas (al preguntarle sobre cómo haría una tortilla de patatas o cómo volvería a su casa) y un deterioro en la conducta (por ejemplo, si se levantaban varias veces de la silla) o un deterioro en el estado de ánimo, siendo éste a veces lábil durante el rato que duraba la evaluación.

Además, hemos podido hacer prácticas voluntarias durante unos meses en el Hospital Universitari Sagrat Cor-Grupo Quirón con el Dr.Seguí como tutor, y entre muchas rotaciones hemos podido estar en el departamento de geriatría con el equipo de UFISS, formado por un doctor (en este caso la doctora Valls), por una enfermera y por una trabajadora social, por ello hemos podido ver un caso de maltrato físico y psicológico a una paciente llamada Maria de 84 años que llegó al hospital el 17 de octubre de 2018 y el caso de José, comentado anteriormente, se

trata de un hombre de 87 años que llega en un estado deplorable y que sufre abandono o negligencia por parte de su familia.

Asimismo, cabe decir, que en el hospital pudimos hacer una valoración general (“full de valoración d’infermeria-UFISS”) y seguidamente pudimos pasar la Escala de Barthel y un Cuestionario del Estado Mental Pfeiffer a algunos de los pacientes que atendíamos en planta y que había sospecha de algún tipo de deterioro cognitivo (ver anexo XXXI y XXXII).

También hemos podido pasar un par de veces el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30 y MEC-35), para comprobar también esa sospecha, pero esta vez en el departamento de psiquiatría del mismo hospital (véase el anexo XXXIII).

Veremos un poco más detalladamente cada uno de estos tres tests:

La escala de Barthel (o BDV) es un instrumento que se utiliza para la valoración funcional de un paciente neurológico ya sea en hospitales o en centros de rehabilitación. Asimismo, se utiliza para la valoración de los pacientes que solicitan el acceso a las ayudas a la dependencia o una plaza en una residencia pública. La escala mide la capacidad de una persona para realizar nueve actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia. La escala también se conoce como Índice de Discapacidad de Maryland (De la Rosa, 2018; Sanitas, 2019; Servicio Andaluz de Salud, 2019a).

Las diez ABVD que se valoran principalmente podemos agruparlas en:



FIGURA 26. Diez actividades básicas de la vida diaria de la escala de Barthel. Elaboración propia en base a De la Rosa, 2018, p.7.

Cada una de estas acciones se evalúa con una puntuación de diez, cinco o cero, en función del grado de ayuda que necesite (ninguna, alguna o toda). La suma de las puntuaciones obtenidas determinará el grado de dependencia, por tanto: si es inferior a 20 la persona está considerada como totalmente dependiente, si se sitúa entre 40 y 55 es moderadamente dependiente, si es mayor de 60 se le considera con una dependencia leve y si es de 100 será totalmente independiente (95 en el caso de que necesite el uso de una silla de ruedas) (Sanitas, 2019).

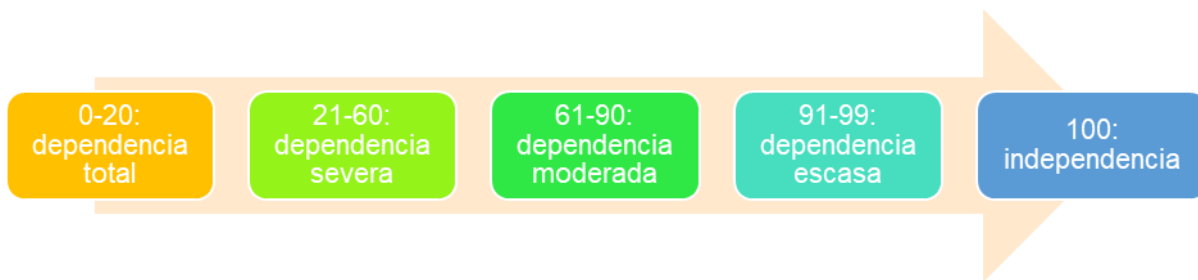


FIGURA 27. Interpretación del resultado obtenido en la escala de Barthel por el paciente. Elaboración propia en base al Servicio Andaluz de Salud, 2019a, p.1.

En el caso de Isabel de 81 años (anexo XXVII) tenía un resultado de 100 puntos en la escala de Barthel en mayo de 2016, por tanto, vemos que en ese momento era una señora independiente. En cambio, en el caso de José de 87 años (véase el anexo XXXI), obtuvo una puntuación de 75 (real de 50), por tanto, tenía un grado de dependencia entre moderado y severo. Por último, el caso de Concepción de 86 años (véase el anexo XXXII), indica que con la puntuación de 25 que obtuvo en esta escala, tendría un grado de dependencia severa.

En cuanto al test de Pfeiffer, se trata de un *screening* para saber ante la duda, si existe algún tipo de deterioro cognitivo. Es el test más sencillo de los tres, se trata de un cuestionario con 10 ítems o preguntas donde sólo se registran los errores cometidos en las contestaciones.

El punto de corte está en tres o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de cuatro o más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo y un valor superior a 7 manifiesta una severidad en el problema (Servicio Andaluz de Salud, 2019b; Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, 2019).

En resumen, las puntuaciones se valorarían de la siguiente forma:



FIGURA 28. Interpretación del resultado obtenido en el cuestionario de Pfeiffer por el paciente. Elaboración propia en base a la Hoja de valoración de enfermería-UFISS del hospital Sagrat Cor-Grupo Quirón.

En el caso de José (87 años) obtuvo una puntuación de 5, por tanto, tendría un deterioro cognitivo moderado (estado bastante avanzado), y esto añadido a que está en un estado de dependencia moderada-severa podría conllevar a un estado de

dependencia absoluta con el paso del tiempo si el deterioro cognitivo avanza. En cambio, en el caso de Concepción (86 años) obtuvo una puntuación de 10, por tanto, se trataría de un posible deterioro cognitivo severo.

Por último, pudimos pasar el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30 y MEC-35). Este test también es un *screening* que nos sirve como cribado ante la duda de la posible existencia de un deterioro cognitivo en el paciente (Vinyoles, Vila, Argimon, Espinàs, Abos, Limón, 2002). Este test evalúa las siguientes áreas principalmente:



FIGURA 29. Áreas del MEC-30 y MEC-35. Elaboración propia en base a Vinyoles, 2003.

Las puntuaciones de este test se valorarían de la siguiente manera (Institut Català de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2019):

La puntuación máxima es de 35 puntos.

Según el Institut Català de Salut (2019), las puntuaciones obtenidas se valorarían así:

Cuadro nº 26

Puntuaciones obtenidas en el MEC-30 Y mec-35 (Elaboración propia en base al Institut Català de Salut, 2019)

Valores normales	30-35 puntos.
Sugiere deterioro cognoscitivo	> 65 años: < 24 puntos (24-29= borderline). ≤ 65 años: < 28 puntos.

En el caso de Margarita con 69 años (véase el anexo XXXIII) obtuvo una puntuación de 31, por tanto, estaría dentro de los valores normales.

Conclusiones

Como conclusión principal, hemos podido confirmar nuestra hipótesis inicial: la demencia no es “sólo” un problema en la memoria de la persona, sino que se trata de una enfermedad que afecta al estado mental de la persona, es decir, a muchas más áreas que la cognitiva, y provoca que los pacientes sean más vulnerables y manipulables, de hecho, es un factor de riesgo para ser víctima de delitos como la estafa y el maltrato.

Por tanto, es una enfermedad compleja y por eso hemos visto varios diagnósticos diferenciales. Asimismo, el hecho de ser tan compleja causa una gran heterogeneidad entre pacientes con distinto tipo de demencia o entre pacientes que padecen exactamente el mismo tipo, por eso, el tratamiento farmacológico y psicológico debe ser distinto para cada uno de ellos. Además, hemos visto que el deterioro en la demencia va más allá de un envejecimiento normal o de un deterioro cognitivo leve.

Hemos podido profundizar más sobre este tema, ya que aunque sabemos que la población mundial cada vez envejece más, muchas veces no atendemos o no buscamos información sobre una realidad que nos rodea y que cada vez está más presente.

Algo importante que hemos podido aprender durante los prácticum en Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya y en el Hospital Universitari Sagrat Cor-Grupo Quirón es que es muy importante para los pacientes el hecho de tener una familia y una red de apoyo, intentar conservar las amistades que tenían o hacer nuevas en el centro donde residan ya que eso ayuda al paciente a nivel emocional y psicológico porque al realizar pequeñas tareas podemos hacer que la enfermedad avance más lentamente, y a la vez es fundamental el hecho de que algún familiar le acompañe en la evaluación jurídico-psicológica (siempre que no responda a las preguntas que el hacen el facultativo o el magistrado) o en una evaluación médica (si el paciente debe ir al médico u hospital por alguna razón) para ayudar al profesional a completar información o datos que faltan y a su vez puede confirmar o desmentir información que el profesional considere dudosa.

Por último, podemos decir que hemos aprendido que a veces el deterioro cognitivo aparece por la edad o por enfermedades orgánicas asociadas a la edad y posteriormente aparece un trastorno mental, pero también hay casos, como el de Montserrat (véase el anexo X) en que primero aparece el trastorno mental y si éste es muy grave deriva además en un deterioro cognitivo.

Bibliografía

- Aarsland, D.; Ballard, CG. y Halliday, G. (2004). Are Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies the same entity?. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 17 (3), pp. 137-145.
- Acarín, N. y Acarín, L. (2010). Envejecimiento. En N.Acarín y L.Acarín, *El cerebro del rey*, pp. 283-332.
- Adams, EUY. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), pp. 84-90.
- Aguilar-Navarro, SG.; Reyes-Guerrero, J. y Borgues, G. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud pública de México*, 49 (4), pp.467-474.
- Alonso, P.; Sansó, FJ.; Díaz-Canel, AM.; Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33 (1), pp.1-17.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos. En American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*, pp.129-170. Madrid: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Trastornos neurocognitivos. En American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*, pp.591-643. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Antequera, MM.; Vivancos, L. y Pérez, M. (2014). Trastornos neurocognitivos mayores y leves. En VE.Caballo, IC.Salazar y JA.Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, pp.763-793. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arroyo-Anlló, EM. y Gil, C. (2007). La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42 (3), pp. 181-187.
- Atúnez, C. El naufragio de la memoria. (2012). [Crónicas]. Murcia. RTVE.
- Ballard, C.; Holmes, C.; McKeith, I.; Neill, D.; O'Brien, J.; Cairns, N.; Lantos, P.; Perry, E.; Ince, P. y Perry, P. (1999). Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies: a prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*. 156 (7), pp. 1039-1045.
- Beach, SR.; Schulz, R.; Williamson, GM.; Miller, LS.; Weiner, MF. y Lance, CE. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (2), pp. 255-261.

- Bosboom, J. L. W., Stoffers, D., & Wolters, E. C. (2004). Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson's disease. *Journal of neural transmission*, 111 (10), pp. 1303-1315.
- Bruna, O.; Pelegrín, C.; Bartrés, D.; Gramunt, N.; Subirana, J. y Dergham, A. (2011). Deterioro cognitivo leve. En O.Bruna, MT.Roig, M.Puyuelo, C.Junqué y A.Ruano, *Rehabilitación neuropsicológica: intervención y práctica clínica*, pp. 269-288. Barcelona: Elsevier Masson.
- Burns, A. (2000). The burden of Alzheimer's disease. *International journal of Neuropsychopharmacology*, 3 (1), pp. 31-38.
- Byrne, E.J.; Lennox, G.; Lowe, J. y Godwin-Austern, RB. (1989). Diffuse Lewy body disease: clinical features in 15 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 52 (6), pp. 709-717.
- Cacabelos, P. (2017). Diagnóstico e intervención neurológica en las demencias. En JJ. García y JM.Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas*, pp. 71-76. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Calderon, J.; Perry, R.J.; Erzinclioglu, SW.; Berrios, GE.; Dening, T. y Hodges, JR. (2001). Perception, attention, and working memory are disproportionately impaired in dementia with Lewy bodies compared with Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 70 (2), pp. 157-164.
- Cardona-Arango, D. y Peláez, E. (2015). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Universidad CES*, 28 (2), pp. 335-348.
- Coria, F. (2006). Patología molecular del envejecimiento cerebral. En Alberca y López-Pousa, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 1-10. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Cuadrado, P. (2019). Evolución reciente y proyecciones de la población en España. *Boletín Económico del Banco de España*, 49 (1), pp. 1-40.
- Cullum, CM. y Lacritz, LH. (2010). Evaluación neuropsicológica en la demencia. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 85-105. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Doraiswamy, PM.; Leon, J.; Cummings, JL.; Marin, D.; y Neumann, PJ. (2002). Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57 (3), pp.173-177.
- Fariñas, F.; Gil, P. y Vázquez, R. (2001). Demencia y tabaco. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (Supl 1), pp.19-24.

- Fernández, M.; Blesa, R. y Zarranz, JJ. (2007). Demencias. En JJ.Zarranz, *Neurología*, pp.753-792. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Fernández-López, JA.; Fernandez-Fidalgo, M.; y Cieza, A. (2010). Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF). *Revista española de salud pública*, 84 (2), pp. 169-184.
- Folstein, MF., Folstein, SE., y McHugh, PR. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12 (3), pp. 189-198.
- Frades, B.; Frank, A.; Gangoiti, L.; Genua, MI.; González, MI. y Hueros, A. (2013). Aspectos generales. En B.Frades, A.Frank, *Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España*, pp.9-17. Madrid: Editorial Pwc.
- Fratiglioni, L. y Hui-Xin, W. (2007). Brain Reserve Hypothesis in Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12 (1), pp. 11-22.
- Frolik, LA. (2010). Aspectos legales. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 367-378. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (2019). Cribado de Deterioro Cognitivo-Test de Pfeiffer versión española. Extraído de http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Pfeiffer.pdf el 24 de agosto de 2019.
- Gallagher-Thompson, D.; Lonergan, KH.; Holland, J.; China, D. y Ashford, JW. (2010). Cuidadores familiares que brindan apoyo. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 353-366. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- García, JJ. y Pérez, E. (2017). Evolución del deterioro cognitivo en las demencias. En JJ. García y JM.Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas*, pp. 61-69. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Gavrilov, LA. y Heuveline, P. (2003). Aging of population. *The encyclopedia of population*, 1 (1), pp. 32-37.
- Geda, YE., Negash, S. y Petersen, RC. (2010). Deterioro cognitivo leve. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 173-180. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Generalitat de Catalunya (2007). Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores [monografía en Internet]. Gerona: Generalitat de Catalunya.

- Gil, P. y Martín, J. (2006). Capítulo 17: Demencia. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, *Tratado de Geriátría para residentes*, pp. 173-188. Madrid: International Marketing & Communication, S.A.
- Goikoetxea, M.; Moro, A., y Martínez, N. (2017). Validación de un procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 52 (6), pp. 299-306.
- Gómez, C.; Hernández, JJ., Carrasco, E., García, A., y Nicolás, V. (2016). Factores relacionados con el maltrato no institucional en residencias de personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51 (6), pp. 317-322.
- INE (2014). *Proyección de la Población en España 2014-2064*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2016). *Proyección de la Población 2016-2066*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2018). *Proyecciones de Población 2018*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Institut Català de Salut de la Generalitat de Catalunya (2019). Mini Examen Cognitivo o MEC de Lobo et al. Extraído de <https://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/30/img/MINIEXAMENCOGNITIVOdefoMEC.pdf> el 24 de agosto de 2019.
- Jack, JC.; Petersen, RC.; Xu, Y.; O'Brien, PC.; Smith, GE.; Ivnik, RJ.; Boeve, BF.; Tangalos, EG. y Kokmen, E. (2000). Rates of hippocampal atrophy correlate with change in clinical status in aging and AD. *Neurology*, 55 (4), pp. 484-489.
- Jáuregui, JR. (2017). Envejecimiento de la población. En JJ.García y JM.Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas: aspectos psicosociales*, pp.21-28. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Jiménez, G. (2011). Clínica de la demencia con cuerpos de Lewy y evolución frente a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46 (1), pp. 19-23.
- Juan, D.; Zhou, DHD.; Li, J.; Wang, JYJ.; Gao, C. y Chen, M. (2004). A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European Journal of Neurology*, 11 (4), pp. 277-282.
- Kessel, H., Marín, N., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M., y Larión, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriátría y gerontología*, 31 (6), pp. 367-372.
- Krug, EG.; Dahlberg, LL.; Mercy, JA. y Zwi, AB. (2003). El maltrato de las personas mayores. En Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, pp.134-158. Washington D.C.; Organización Panamericana de la Salud.

- Launer, L.J.; Andersen, K.; Dewey, M.E.; Letenneur, L.; Ott, A.; Amaducci, L.A.; Brayne, C.; Copeland, J.R.M.; Dartigues, J.F.; Kragh-Sorensen, P.; Lobo, A.; Martinez-Lage, J.M.; Stijnen, T. y Hofman, A. (2008). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 52 (1), pp. 78-84.
- Lázaro del Nogal, M.; Fernández, C.; Serrano, P.; Santiago, A.; Villavicencio, P. y Martín, T. (2018). Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario: experiencia de 3 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53 (1), pp. 15-18.
- Lopez, A.D.; Mathers, C.D.; Ezzati, M.; Jamison, D.T. y Murray, C.J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367 (9524), pp. 1747-1757.
- López, R. y López, J.A. (2016). Pronóstico y proceso evolutivo del deterioro cognitivo, Medidas preventivas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51 (Supl 1), pp. 34-43.
- López-Pousa, S. (2006). La demencia: concepto y epidemiología. En Alberca y López-Pousa, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 33-42. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Lough, S.; Kipps, C. M.; Treise, C.; Watson, P.; Blair, J. R. y Hodges, J. R. (2006). Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44 (1), pp. 950-958.
- Martínez, N. (2017). Situación legal de los pacientes con demencia. En J.J. García y J.M. Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas*, pp. 159-175. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Martínez, O.E. (2015). Test de Emparejamiento Semántico de Imágenes: Instrucciones y pautas para el análisis de su ejecución. *Revista Cubana Neurología y Neurocirugía*, 5 (Supl 1): pp. 30-37.
- McKeith, I.G.; Ballard, C.G. y Harrison, R.W. (1995). Neuroleptic sensitivity to risperidone in Lewy body dementia. *The Lancet*. 346 (8976), pp. 699-670.
- McKeith, I.G.; Galasko, D.; Kosaka, K.; Perry, E.K.; Dickson, D.W.; Hansen, L.A.; Salmon, D.P.; Lowe, J.; Mirra, S.S.; Byrne, E.J.; Lennox, G.; Quinn, N.P.; Edwardson, J.A.; Ince, P.G.; Bergeron, C.; Burns, A.; Miller, B.L.; Lovestone, S.; Collerton, D.; Jansen, E.N.H.; Ballard, C.; De Vos, R.A.I.; Wilcock, G.K.; Jellinger, K.A.; Perry, R.H. y Lennox, G. (1996). Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47 (5), pp. 1113-1124.
- McKhann, G.M.; Drachman, D.; Folstein, M.; Katzman, R.; Price, D.; y Stadlan, E.M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group* under the auspices of Department of Health

- and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34 (7), pp. 939-944.
- McKhann, GM.; Knopman, DS.; Chertkow, H.; Hyman, BT.; Jack Jr, CR.; Kawas, CH.; Koroshetz, WJ.; Manly, JJ.; Mayeux, R.; Mohs, RC. Morris, JC.; Rossor, MN.; Scheltens, P.; Carrillo, MC.; Thies, B.; Weintraub, S. y Phelps, CH. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7 (3), pp. 263-269.
- McMonagle, P.; Deering, F.; Berliner, Y. y Kertesz, A. (2006). The cognitive profile of posterior cortical atrophy. *Neurology*, 66 (3), pp. 331-338.
- Mirón, JA.; Alonso, M.; Iglesias, H.; Sáez, L. y Rodríguez, R. (2017). Epidemiología y prevención de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En JJ. García y JM.Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas*, pp.61-69. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Molina, V. (2017). Aspectos psiquiátricos de las demencias. En JJ. García y JM. Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas*, pp. 78-84. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Molinuevo, JL.; Rami, L. y Lladó, A. (2008). Demencias degenerativas. En J.Pascual, *Tratado de Neurología Clínica*, pp. 651-676. Barcelona: Ars Medica.
- Moya, A. y Barbero, J. (2005a). Definición y tipos de malos tratos a personas mayores. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, pp. 22-33. Madrid: MYG.
- Moya, A. y Barbero, J. (2005b). ¿Cómo prevenir los malos tratos?. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, pp. 44-88. Madrid: MYG.
- Munro, C. y Lacritz, LH. (2010). Evaluación neuropsicológica en la demencia. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 85-104. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Naciones Unidas. (2017). *Los casos de demencia se triplicarán para 2050*. Extraído de <https://news.un.org/es/story/2017/12/1423572>. Recuperado el 23 de enero de 2019.
- Neary, D.; Snowden JS.; Gustafson, L.; Passant, U.; Stuss, D.; Black, S.; Freedman, M.; Kertesz, A.; Robert, PH.; Albert, M.; Boone, K.; Miller, BL.; Cummings, J. y Benson, DF. (1998). Frontotemporal lobar degeneration. *Neurology*, 5 (1), pp. 1546-1554.
- Neary, D.; Snowden, J. y Mann, D. (2005). Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology*, 4 (11), pp. 771-780.

- O'Malley, TA.; Everitt, DE.; O'Malley, HC. y Champion, EW. (1983). Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 98 (6), pp. 998-1005.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento: Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico CIE-10*, Madrid. Ed. Méditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Nota descriptiva: Maltrato de ancianos y alcohol. En OMS, *Alcohol + violencia*, pp. 1-10. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Introducción. En OMS, *Demencia: una prioridad de salud pública*, pp. 5-10. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Maltrato de las personas mayores. Extraído de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> el 30 de junio 2019.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019a). Demencia. Extraído de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia> el 24 de febrero 2019.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019b). Maltrato de las personas mayores. Extraído de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> el 12 de julio 2019.
- Owen, A. M. (2004). Cognitive dysfunction in Parkinson's disease: the role of frontostriatal circuitry. *The Neuroscientist*, 10 (6), pp. 525-537.
- Owen, AM.; James M.; Leigh, PN.; Summers, A.; Marsden, CD.; Quinn, NP.; Lange, KW. y Robbins, TW. (1992). Fronto-striatal cognitive deficits at different stages of Parkinson's disease. *Brain*, 115 (6), pp. 1727-1751.
- Pastor, FP., Ruano, MR., Ferrándiz, JF. y Castillo-López, AG. (2011). Alcohol y violencia. *Salud y drogas*, 11 (1), pp. 71-94.
- Peters, R.; Poulter, R.; Warner, J.; Beckett, N.; Burch, L. y Bulpitt, C. (2008). Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC geriatrics*, 8 (1), pp. 36-41.
- Pinto, JA. y Ramos, P. (2007). Deterioro cognitivo y demencias. en JA. Pinto y P.Ramos, *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores*, pp. 28-47. Madrid: Salud Madrid.
- Pinto, JA. y Ramos, P. (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. *Promoción de la Salud. Personas mayores*.

- Plarrumaní, A. (2008). *Implicación de los genes MAPT y PGRN en la degeneración lobar frontotemporal: mecanismos patogénicos y expresión fenotípica*. Memoria para optar al título de Medicina. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Rábano, A. El naufragio de la memoria. (2012). [Crónicas]. Murcia. RTVE.
- Risley, KP.; Snowdon, DA.; Desrosiers, MF. y Markesberry, WR. (2003). Healthy aging and dementia: findings from de Nun Study. *Ann Intern Med*, 139 (1), pp. 450-454.
- Robles, A. (2008). Demencias no degenerativas. En J.Pascual, *Tratado de Neurología Clínica*, pp. 671-719. Barcelona: Ars Medica.
- Robles, A.; Del Ser, T.; Alom, J.; y Pena-Casanova, J. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 17 (1), pp. 17-32.
- Rodrigo, J.; Martínez, A.; Fernández, AP.; Serrano, J.; Bentura, ML.; Moreno, E.; Aparicio, M.; Martínez-Murillo, R. y Regidor, J. (2007). Características neuropatológicas y moleculares de la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de geriatría y gerontología*, 42 (2), pp. 103-110.
- Rodrigues, AM. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, 1 (18), pp. 1-9.
- Rodríguez, M. y Sánchez, JL. (2004). *Reserva cognitiva y demencia*. Anales de psicología, 2 (1), pp. 175-186.
- Rodríguez, R. y Mirón, JA. (2017). Definición y clasificación de las demencias. En JJ.García y JM.Criado, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas: aspectos psicosociales*, pp.21-28. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Rusanen, M.; Kivipelto, M. y Quesenberry, CP. (2011). Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of internal medicine*, 171 (4), pp. 333-339.
- Saavedra, C. (2011). Envejecimiento y demencias. *Revista de Estadística y Sociedad*, 49 (1), pp. 24-25
- Sánchez de Machado, LM. (2004). Efecto del aislamiento social, el déficit de afrontamiento de pérdidas personales, la apatía y el bloqueo de la percepción n enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (6), pp. 371-380.
- Sanitas (2019). Placas neuríticas. Extraído de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/placas-neuriticas.html> el 20 de mayo de 2019.
- Sanitas (2019). ¿Para qué sirve la escala BDV/Barthel?. Extraído de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de->

salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/escala-barthel.html el 1 de septiembre de 2019.

- Sanz, A. (2017). *Proyecciones demográficas a medio y largo plazo: Envejecimiento intenso de la población, consecuencias generales*. En las Jornadas: Los Servicios Sociales para las personas mayores ante el resto del envejecimiento de la población española. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Savva, GM. y Brayne, C. (2010). Epidemiología y repercusión de la demencia. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 17-38. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Servicio Andaluz de Salud (2019a). Autonomía para las actividades de la vida diaria- Barthel. Extraído de <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf> el 23 de agosto de 2019.
- Servicio Andaluz de Salud (2019b). Cribado de deterioro cognitivo-Test de Pfeiffer versión española. Extraído de https://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_pfeiffer_version_espanola.pdf el 24 de agosto de 2019.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), pp. 9-21.
- Servicio Canario de la Salud (2011). Demencias. En Gobierno de Canarias, *Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, pp.73-90. Gran Canarias: Gobierno de Canarias.
- Snowdon DA.; Greiner, LH.; Mortimer, JA.; Riley, KP.; Greiner, PA. y Markesberry WR. (1997). Brain infarction and the clinical expresión of Alzheimer disease. The Nun Study. *JAMA*, 278 (2), pp. 813-817.
- Snowdon, DA. (2005). Early life linguistic ability, late life cognitive function, and neuropathology: findings from the Nun Study. *Neurobiol Aging*, 26 (3), pp. 341-347.
- Socarrás, ACR. y Torres, KB. (2007). Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11 (4 Suppl 1).
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., y Howard, R. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and ageing*, 34 (2), pp. 152-156.
- Tabueña, M. (2012). Conferencia "*Els maltractaments a les persones grans, una realitat social de primer ordre en la nostra societat*". En Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família, DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials.

- Tartaglino, MF. y Stefani, D. (2012). Trastornos Psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Boletín de Psicología*, 106 (1), pp.6 5-79.
- Tennant, A. (1995). Quality of life--a measure too far?. *Annals of the rheumatic diseases*, 54 (6), pp. 439-440.
- The WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument. *Quality of life Research*, 2 (2), pp. 153-159.
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9 (1), pp.150-162.
- Thompson, JC.; Stopford, CL.; Snowden, JS. y Neary, D. (2005). Qualitative neuropsychological performance characteristics in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76 (7), pp. 920-927.
- Tiraboschi, P.; Salmon, DP.; Hansen, LA; Hofstetter, RC.; Thal, LJ. y Corey-Bloom, J. (2006). What best differentiates Lewy body from Alzheimer's disease in early-stage dementia?. *Brain*, 129 (3), pp. 729-735.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), pp. 61-71.
- Valenzuela, MJ. (2008). Brain reserve and the prevention of dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21 (1), pp.296-302.
- Valenzuela, MJ., y Perminder, S. (2006). Brain reserve and cognitive decline: a non-parametric systematic review. *Medicine* 36 (1), pp.1065-1073.
- Viloria, A. (2011). La enfermedad de Alzheimer antes de la demencia, beneficios del diagnóstico precoz. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (Supl 1), pp. 47-54.
- Vinyoles, E.; Vila, J.; Argimon, JM.; Espinàs, J.; Abos, T. y Limón, E. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30 (1), pp. 5-13.
- Weiner, MF. (2010). Trastornos cognitivos como procesos psicobiológicos. En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 137-154. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Weiner, MF.; Garrett, R. y Bret. ME. (2010)- Evaluación y diagnóstico neuropsiquiátrico. En En MF. Weiner y AM. Lipton, *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, pp. 39-70. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

- Westmacott, R.; Black, SE.; Freedman, M. y Moscovitch, M. (2003). The contribution of autobiographical significance to semantic memory: evidence from Alzheimer's disease, semantic dementia, and amnesia. *Neuropsychologia*, 42 (1), pp. 25-48.
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17 (4), pp. 385-387.
- Zhu, CW.; Scarmeas, N.; Torgan, R.; Albert, M.; Brandt, J.; Blacker, D.; Sano, M. y Stern, Y. (2006). Clinical characteristics and longitudinal changes of informal cost of Alzheimer's disease in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (10), pp. 1596-1602.
- Zúñiga-Santamaría, T., Sosa-Ortiz, AL., Alonso-Vilatela, ME., Acosta-Castillo, I., y Casas-Martínez, ML. (2010). Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Persona y Bioética*, 14 (1), pp. 56-66.

Entrevistas

- Cuquerella, À. (2019). Entrevista a À.Cuquerella, médico forense del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.
- Molina, E. (2019). Entrevista a E.Molina, magistrado del juzgado de Primera Instancia nº 58 de la Ciudad de la Justicia de Barcelona.
- Tarragona, E. (2019). Entrevista a E.Tarragona, doctora en Derecho y docente en la Universitat Abat Oliba CEU.
- Valls, PG. (2018). Entrevista a PG.Valls, médico especializada en geriatría y perteneciente a la UFISS del Hospital Universitari Sagrat Cor-Grupo Quirón.

Apuntes

- De la Rosa, P. (2018). *Apuntes de la asignatura Metodología de la Intervención Social*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Matías-Guiu, J. (2016). *Apuntes de la asignatura de máster Envel·liment i demències*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Anexos

Anexo I

Se presentan varias láminas con dos imágenes cada una. Estas imágenes pueden representar diferentes tipos de cosas, ya sea animales, objetos, vegetales, personas, u otros. En unos casos ambas imágenes podrían agruparse dentro de un mismo tipo de cosas, por ejemplo, utensilios de cocina, mientras que en otros casos, cada imagen muestra alguna cosa de un tipo diferente al de la otra imagen, por ejemplo, un objeto y un animal.



Anexo II

CASO NÚRIA

Mujer de 88 años. En su caso se pide una incapacidad total y nombramiento de tutor. Diagnosticada de: demencia por cuerpos de Lewy (patrón en el cerebro determinado, se caracteriza por alucinaciones visuales y auditivas: hipnagógicas (al despertar) o hipnopómpicas (por la noche) a raíz de la demencia, de hecho, estos son los síntomas principales por los cuales se acaba diagnosticando la demencia.

Medicación psiquiátrica: quetiapina (0-0-1). Tiene alucinaciones visuales por la noche (de hecho, en la residencia afirman que por las noches se muestra agresiva y tienen que atarla) y no muestra ninguna crítica de sus alucinaciones, no afirma ni niega tenerlas pero prefiere no hablar de ello, no responde demasiado cuando se le pregunta sobre ellas.

Exploración psicopatológica-judicial:

Se le explica por qué está aquí.

- Sabe su nombre completo
- Sabe quién le acompaña: su hija
- Orientación espacial: sabe dónde estamos: en Barcelona, pero le preguntamos “estem a prop o lluny d’Hospitalet?” y responde “no gaire lluny”, es decir, no lo sabe pero utiliza este recurso para hacer frases ambiguas.
- No sabe cuántos años tiene: “no estic segura: 60”
- Desorientación temporal: no sabe qué día es, dice que es 24 de abril de 1930 (día en que nació), y seguidamente dice: “estic en un treball, però estic fixa i menjo i dormo allà”.
- Se le pregunta “dónde trabaja” y no lo sabe.
- Un tiempo más tarde dice que ahora no trabaja y que antes no era fija, admite que está jubilada. Es decir, hay momentos en que recuerda algunas cosas y luego las vuelve a olvidar. Explica que antes trabajaba como tejedora en una empresa de la cual recuerda el nombre, pero no sabe cuándo se jubiló.
- Sabe que cobra una pensión pero no sabe cuánto dinero.
- No sabe dónde vivía exactamente antes de ir a la residencia (sabe la calle pero no el número ni la puerta). Primero estuvo en un centro sociosanitario.
- Dice que vive con su hija, pero está en una residencia en realidad.
- Dice que está casada, pero en realidad es viuda.
- Sabe el nombre de su marido y el primer apellido, pero no recuerda el segundo apellido.
- Dice que nadie le ha explicado por qué está aquí

- Controla los esfínteres durante el día y por la noche lleva pañal.
- No sabe quién es Pedro Sánchez
- No sabe quién es Carles Puigdemont, pero dice “aquest nom em sona, el meu cognom és Montdenom i rima”.
- No sabe su DNI ni su teléfono fijo.
- Admite que “cada cop em falla més la memoria”.
- No sabe cuánto vale 1 L de leche ni se hace una idea
- Preserva el esquema corporal: sabe que tiene 20 dedos en todo el cuerpo.
- Se el hacen 3 movimientos con las manos, y ella no es capaz de repetirlos correctamente, aunque lo intenta.



Su hija explica que su madre ha llegado a pegar a la cuidadora que tenían antes en casa o a lanzarle objetos si no le gustaba la mujer o algo que hacía.

Anexo III



JUTJAT PRIMERA INSTÀNCIA BARCELONA
MESURES CAUTELARS

INFORME MEDICO FORENSE

Barcelona, mil dinou..

El metge forense Dr. ÀNGEL CUQUERELLA FUENTES, d'acord amb el manament de la magistrada del Jutjat referenciat a dalt, emet informe en relació a l'exploració de la Sra. ... de 88 anys, amb el següent resultat:

1. MOTIU DE LA VISITA

Deteriorament cognitiu moderat per demència de cossos de Lewy, pluripatologia somàtica.

2. EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA

Ve amb cadira de rodes.

Sap nom i cognoms. Sap que ve amb la seva filla, amb noms i cognoms.

Es mostra espontània en la conversa. Escolta. Mostra sordesa. Sap que li falla la memòria. No entén el motiu de la visita, però "no vol un tutor".

Se li explica qui som i què fem aquí.

Sap on va néixer, on està ara mateix. Sap dia, me si any de quan va néixer. No sap edat que té.

Conscient però desorientada en temps, espai i persona. Diu que "ara està treballant" però no sap especificar-ho ni donar detalls, i després diu "que està jubilada". No sap el que cobra.

Diu que va a comprar però "amb ajut d'ela seva filla". Diu anar sola també. Sap sumar. No reconeix el nom i cognoms de polítics de primera línia.

Diu que "viu amb la seva filla" i sap el carrer.

Sap que té una filla només. Sap que és vídua, i recorda el nom i primer cognom del marit.

Té un riure molt superficial.

Nega saber què fa aquí ni qui som els entrevistador.

Nega saber què fa aquí ni qui som els entrevistador.

No recorda any de jubilació. No recorda número de DNI del fill de casa. No sap quan val un litre de llet. Sap dits del cos.

Sembla que amb la quetiapina té al·lucinacions nocturnes, i amb els canvis darrers (anar a una residència). Té control parcials dels esfínters, però va amb compresa nocturna, Demana per anar al lavabo.

Ha estat tres mesos al sociosanitari i amb el nou canvi a la residència, s'ha adaptat una mica més.

3. CONCLUSIONS MEDICOLEGALS

3.1 La Sra. ... pateix un.

3.2 Aquest.

3.3 La Sra. ...

És tot el que vull manifestar, en compliment d'allò ordenat

Anexo IV

CASO RAQUEL

Mujer de 83 años diagnosticada de una posible psicosis no especificada y de trastorno bipolar desde los 23 años diagnosticada. Además, presenta deterioro cognitivo asociado.

- Recuerda su nombre completo
- Recuerda su edad
- Recuerda su fecha de nacimiento
- No recuerda el nombre completo de sus padres y se pone a llorar.
- No recuerda la fecha actual: dice que aún no hemos llegado al 1999.
- No reconoce tener ninguna enfermedad, dice que su hija se lo inventa. Y que ella trabaja en casa y hace cosas que “no podría fer si estigués sonada”.
- Asegura que “estic molt bé sola, no necessito a ningú”.
- Dice que nunca se olvida de tomarse la medicación
- Dice no haber sido ingresada en psiquiatría nunca (lo cual es cierto), pero sabemos que ha tenido delirios y alucinaciones auditivas por otros informes, aunque ahora los niega.
- La medicación que toma: para el dolor, la tiroides y una benzodiacepina (admite ser una persona nerviosa). No toma antipsicóticos.
- Niega ser una persona sensible (aunque la hemos visto llorar fácilmente) pero luego admite que lo es porque el Dr. Cuquerella confronta “vostè plora”.
- Ha dejado de coger tren o autobuses porque dice que “s’atabalaba”.
- Tiene trastorno conductual.
- 3 intentos autolíticos
- Sí sabe sumar: $12 + 27 = 39$
- Sí sabe restar: $39 - 12 = 27$
- No comprende: “Resta 10€ - 3’90€, como has hecho antes con la resta” y ella responde “uy com abans... (como cuando iba al colegio), fa molts anys d’això”, por tanto, no sigue la conversación.
- No sabe cuánto podría valer su piso pero sí sabe el precio de un alquiler.
- No sabe el precio de las cosas, siempre tiene excusas “yo esto no lo compro, esto no lo hago...”
- Explica con alguna dificultad cómo hacer una tortilla de patatas con cebolla.

PROBLEMA de nominalización:

- No sabe cómo se llama la persona que hace un testamento pero sí sabe el nombre de otros oficios.

- No sabe denominar “médico de cabecera”, sólo dice “médico” a todo.

Sufrió maltrato físico y abusos sexuales por parte de su padre, que tenía una enfermedad mental.

FALLOS DE MEMORIA:

Dice que nadie le ha explicado quienes somos y donde estamos y qué viene a hacer aquí, pero se lo hemos explicado hacía 10 minutos. Además, se le ha explicado que el Dr.Cuquerella es médico, y después de 5 minutos se le pregunta y ella responde “ahh, vostè és metge?”.

Tampoco recuerda su DNI y admite tener problemas de memoria.

DIFICULTADES de categorización:

- Se le pregunta “¿qué tienen en común un león y una jirafa?” y no sabe. El Dr.Cuquerella dice “viuen a la Sabana, això és una semblança o una diferencia?” y ella no sabe responder.

Anexo V

CASO ANA

Mujer de 82 años diagnosticada de demencia de alzhéimer con deterioro cognitivo moderado, se pone muy nerviosa y agresiva en la sala de espera.

Observación: poco aseada, olor fuerte. Debía venir la semana pasada pero no vino porque el marido no la quiso traer y la Guardia Urbana y servicios sociales la han tenido que traer.

- Vive con su marido desde hace muchos años y tienen una mala relación. Dice llevarse bien con él, pero en realidad discuten mucho y se gritan mucho, según los vecinos.

PROBLEMAS DE MEMORIA:

- No sabe su edad
- No sabe cuándo nació ni dónde
- No es capaz de retener la pregunta que se le formula durante 10 segundos, y contestar. No sabe qué le acaban de preguntar.
- No sabe dónde vive y si estamos en Barcelona o no (desorientación).
- No sabe si es de día o de noche, intuye que es de día pero no sabe razonarlo ni justificar su respuesta. Tampoco ve la relación entre sol-día, luna-noche.
- No sabe qué día es, ni el mes, ni el año.
- No recuerda nada biográfico (dónde vivía, si tenían un taller de coches...). Pero si se le mencionan sitios conocidos los reconoce pero NO habla espontáneamente de ellos.
- Siempre tiene una excusa, siempre dice “es que estoy aturdida”.
- No sabe quién gobierna ni quien es Pedro Sánchez.
- No sabe quiénes somos ni para qué ha venido, aunque se le ha explicado hace 5 minutos.
- No sabe quién la ha traído hasta aquí no cómo ha venido.
- No sabe qué cenó ayer.
- Dificultades evidentes de aritmética (sumar, restar...).
- Conserva el sentido del humor.
- Serios problemas para expresarse, no sabe decir ni una frase (posible afasia de Broca).
- No quiere tomarse la medicación y se cae bastante.
- No tiene ningún tipo de espontaneidad ni iniciativa.

Anexo VI

Fuimos a una residencia de ancianos y visitamos a Elga, una mujer de 80 años de origen alemán con ceguera severa que va en silla de ruedas (deterioro físico claro) y con deterioro cognitivo moderado, estado de ánimo deprimido y rasgos paranoides. En su caso, la Fundación tiene la asistencia, pero No la tutela, y eso es lo que buscan.

Carácter rígido. Su tono de voz es bajo, se la ve distímica y con anhedonia, dice que en la residencia “no tiene nada que hacer”, no hace ninguna actividad. Le cuesta mucho hablar, contesta con monosílabos.

- Sabe dónde nació
- Sabe cuándo nació
- Hace 1 años que no puede andar y va en silla de ruedas
- Hace 11 años que no ve, dice que no le dijeron qué tipo de enfermedad visual tenía.
- No puede andar y dice que necesita ayuda para todo, pero no solo a causa de su ceguera.
- Siempre pide ir al lavabo, nunca va sola.
- Tiene incontinencia urinaria: lleva pañales.
- Se toma las pastillas cada día porque prefiere no discutir.
- No se entretiene de ninguna forma, tampoco le apetece.
- No se relaciona con nadie ni quiere salir al jardín ni a la calle, sólo se relaciona con el personal.
- Siempre se niega a todo cuando no conoce el espacio (ej: ir al médico) y se pone agresiva, y le cuesta mucho el contacto con la gente (rasgos esquizoides). Según la trabajadora social “si dice que no es que no, y no colabora” (actitud pasivo-agresiva).
- Es una persona culta y comprende.
- Dice que si habla nadie la contesta, será por su carácter rígido seguramente. Aunque preguntando a las cuidadoras, aseguran que no es cierto.
- Dice que no tiene ningún problema psicológico o psiquiátrico: “siempre he sido normalita”.
- Dice que es confiada en la gente pero luego cree que alguien podría hacerle daño o perjudicar pero no dice quién porque no quiere hablar del tema.
- Dice que le dan pastillas pero no sabe de qué.
- Dice que come bien (normorexia).
- Dice que va al baño bien pero no cada día.
- Duerme bien pero con pastillas.
- No la viene a ver a nadie, sus familiares murieron.

- Es soltera y sin hijos. Siempre cuidó de su madre.
- Le ayudan a vestirse y a comer y a ir al baño, a todo en general.
- Habla sola y habla a una tal "Rosemary" que sólo existe en su imaginario → ideación delirante.

Anexo VII

CASO FÉLIX

Varón de 64 años, diagnosticado de demencia vascular.

Está llorando, está muy nervioso. Viene en silla de ruedas (lleva 1 año en silla de ruedas) y acompañado de una educadora social muy cariñosa.

- No relaciona su pérdida de memoria con el hecho de que fuese una asistenta social a su casa y lo llevara a una residencia porque no podía estar solo o hacer cosas solo.
- Sabe su nombre
- Sabe dónde vive: en una residencia
- No recuerda para qué ha venido
- Reconoce sus problemas de memoria y que necesita un tutor
- No sabe qué día es hoy
- No sabe restar (no sabe su edad) pero sí el día que nació. Ni sumar: $17 + 23 = 43$ dice, pero se aproxima.
- Sabe que estamos en Barcelona (se orienta).
- Sabe nombres y apellidos de los padres
- Sabe que no tiene hijos
- Ahora no trabaja, pero recuerda dónde trabajó y en qué calle, etc.
- Pero no sabe dónde está su residencia ni cuánto tiempo lleva allí.
- Admite que toma medicinas pero se las dan porque si no se olvida.
- No sabe si tiene alguna enfermedad mental
- Sabe quién es Puigdemont pero cree que sigue siendo presidente (se aproxima).
- Sí sabe quién gobierna: Pedro Sánchez.
- Cree que no podría volverse solo a la residencia.
- No sabe por qué está aquí, aunque el magistrado se lo ha explicado antes
- No sabría parar un taxi

PROBLEMAS DE NOMINALIZACIÓN: “¿cómo se llama el sitio donde paran los taxis?” no sabe cómo (parada de taxis).

No sabe cómo se llama la residencia donde está.

- No está desorientado: sabe que en invierno hace frío y sabe que estamos en invierno.
- Sabe que la capital de Italia es Roma y la de Francia es París.
- Le cuesta explicar/expresarse (posible afasia): no explica espontáneamente cómo hacer una tortilla, aunque sabe los elementos.
- Tiene mucho sentido del humor.

Anexo VIII

CASO ANTONIA

Mujer de 64 años, diagnosticada de deterioro cognitivo. Viene en silla de ruedas.

- Sabe su nombre
- Sabe los nombres de sus hijos
- No sabe su edad
- No sabe qué día nació, pero sí dónde.
- Sabe que vive en Cataluña y Barcelona y la dirección de su casa.
- Recuerda los nombres completos de sus padres y fallecieron.
- Dice que no tiene ninguna enfermedad
- Sabe que es viuda
- Sabe que cobra una pensión de viudedad pero no sabe cuánto cobra
- No lleva sus cuentas, sus hijos le ayudan
- No recuerda si estamos a ras del suelo o si ha subido o bajado escaleras para venir
- Sabe que usamos el euro pero no sabe cuántos céntimos tiene el euro
- No sabe si alguien le ha dicho por qué está aquí, pero hace escasos minutos el magistrado se lo ha explicado.
- Admite que no puede hacer nada sola en su casa
- Admite que se confunde con las cosas y que no tiene memoria y por eso no puede hacer tareas domésticas. Ej: pondría camisas con pantalones en el armario.
- No sabría ir de aquí a su casa
- Sabe que un taxi es más caro que el bus
- Sí se desplaza en casa y se viste con ayuda, tampoco va sola al baño.
- Va con pañal, si se defeca encima no se cambia hasta que su hija se da cuenta y la cambia.
- Dice que no recuerda las cosas porque se le olvidan.
- Dice que aunque no tiene ninguna enfermedad, toma pastillas “porque me las dan, será por gusto”.

Anexo IX

CASO ROSARIO

Mujer de 83 años, diagnosticada de demencia mixta: vascular y de tipo alzhéimer. Además, presenta afasia de Broca moderada: le cuesta expresarse. Viene acompañada de su hija y su nieto.

- No recuerda su nombre completo
- Recuerda el nombre de su hija, pero no el de su nieto.
- Reconoce que tiene problemas de memoria
- Sabe qué hora es
- Reconoce que necesita ayuda para todo
- No sabe la edad que tiene (ej: dice que nació en 1936 y que entonces debe tener 60 años).
- Recuerda el día que nació
- No recuerda si le ha dicho al magistrado qué día nació (se lo ha dicho 3 veces seguidas y no se acuerda).
- No sabe qué día es hoy
- Sabe que sus padres fallecieron, sabe los apellidos de su padre pero de su madre no.
- Repite reiteradamente que nació en Sevilla, el día que nació y que su apellido "tiene h intercalada".
- No sabe la edad de su hija ni de sus nietos.
- Sabe la dirección de su casa actual
- No sabe cuánto valen las cosas, ej: dice que el pan vale 0'06€.
- No sabe cuánto vale un piso ni en euros ni en pesetas
- Se confunde "17 + 23", ella responde: "eso no es sumar", aunque asegura que sabe sumar un poco, cosas fáciles.
- "No sé quiénes sois, acabo de entrar aquí y os acabo de ver".
- Dice que no tiene enfermedades pero que va al médico por la artrosis → CONTRADICCIÓN.
- Recuerda cosas de cuando ella era pequeña.

DESCARRILAMIENTO:

Dice cosas que nadie le pregunta: "le digo una cosa: nunca me han operado".

El magistrado le pregunta si vota y ella dice "claro que sí, yo voto cada año y me gusta".

- Dice "creo que la papeleta la cojo yo sola", no recuerda si lo hace o no.
- Le vuelven a preguntar quién la ha acompañado (sin el nieto y la hija delante) y responde "mi hija".

CIRCUNLOQUIOS:

Para decir algo, porque no le sale y lo que hace es dar vueltas “bueno, aquello...”, tiene mala función ejecutiva (parte prefrontal: organizar, planificar...). No puede expresar el pensamiento a través de la palabra y para decir “mercado” dice “aquel sitio donde...” → esto es diferente al problema de NOMINALIZACIÓN/denominación, donde hay una palabra que está en la punta de la lengua.

Anexo X

CASO MONTSERRAT

Mujer de 60 años. Diagnosticada de trastorno por depresión mayor, TOC y deterioro cognitivo, asociado a las enfermedades que tiene. Tiene un 67% de discapacidad.

Admite que necesita ayuda y lo agradece.

Estado de ánimo: deprimida, sin ganas de hacer nada (anhedonia, abulia). Conserva el sentido del humor.

Andar lento y rígido, le cuesta. Tono de voz bajo y habla lentamente.

- Sabe su nombre
- Sabe quién la acompaña, dice que es su tutora
- Sabe que tiene enfermedades pero no sabe cuántas
- Admite que tiene problemas de memoria y admite las enfermedades mentales cuando se le dicen.
- No recuerda haber tenido ingresos en ninguna planta psiquiátrica, pero lo cierto es que sí ha tenido.
- No recuerda tener rituales (cuáles hace), pero sí dice que tiene. Cuando el Dr. Cuquerella le pone ejemplos sí dice que tiene rituales de comprobación al cerrar la puerta varias veces desde que tiene uso de razón.
- Sabe cuándo nació
- Sabe dónde estamos (Barcelona)
- Sabe que vive en una residencia y dónde está, y sabe dónde vivía antes de la residencia. Recuerda que tiene hermanos.
- No recuerda cómo llegó a la residencia ni cuánto tiempo lleva.
- Sabe que su padre murió y que su madre está en una residencia.
- Sabe los nombres completos de su padre y su madre.
- Sabe que va a ver a su madre cada lunes, acompañada.
- Dice que no podría volver sola a la residencia, tampoco sabría venir hasta aquí desde la residencia y dice que ni siquiera se orientaría con un mapa → problema de ORIENTACIÓN.
- Sabe que cobra una pensión de orfandad “y nada más”, dice.
- No puede hacer nada sola, dice que ni siquiera ir a comprar.
- Sabe sumar, aunque con dificultad, dice que: $24 + 36 = 70$ (se aproxima), y $12 + 17 = 29$ (lo dice bien).
- Le cuesta restar, no sabe: $29 - 17$, ni relaciona que es exactamente la misma operación que antes.
- Le cuesta restar hacia atrás de 7 en 7, se equivoca en seguida pasa del 66 al 29.
- Le cuesta recordar, reaccionar y tomar decisiones.

Anexo XI

CASO ISIDRA

Este es un caso de nombramiento de un defensor judicial o tutor, también.

Se trata de una mujer de 61 años con deterioro cognitivo leve-moderado, viene acompañada de su hijo.

- Sabe su nombre completo
- No sabe bien el nombre de su hija completo
- Sabe el nombre de su marido viudo (memoria a largo plazo mejor conservada que a corto plazo).
- Admite que recuerda mejor “lo viejo que lo nuevo”.
- Se le olvida todo lo que le han explicado hace 10 segundos, como por ejemplo por qué está aquí.
- Sabe qué día nació, mes y año
- Sabe dónde nació
- Sabe el nombre completo de sus padres fallecidos
- Sabe el nombre completo de sus hermanos
- Orientación espacial: sabe dónde estamos
- Orientación temporal parcial: sabe en qué mes y año estamos pero no el día.
- Dice que “de números estoy fatal”, no sabe: $19 + 37$, ni tampoco: $10 - 6'70 = 2'50$ “lo digo por encima”.
- No recuerda que le hemos vuelto a explicar qué hace aquí y quiénes somos.
- No sabe quién es Pedro Sánchez
- No sabe quién es el presidente del gobierno
- No sabe quién es el presidente de la Generalitat
- No sabe quién es el Papa

Exploración psicopatológica:

Ha estado un mes y medio en el hospital desde el 10 de febrero, por causa médicas. Padece poliomielitis. Hace un año tuvo un ictus. Además, tiene artrosis en las manos y dolores en la L3, L4 y L5. Acude al centro sociosanitario Dolors Areu por las mañanas.

- Medicación: dice que toma 9 pastillas diarias, entre ellas lorazepam, diazepam y escitalopram.

Dice que a veces se le olvidan las cosas “pero no estoy loca, si leo me acuerdo de lo que he leído”.

Tiene estudios básicos: graduado escolar.

Últimamente refiere sentirse más ansiosa o nerviosa que antes: duerme “fatal” y en el hospital toma una tila y un diazepam para dormir, pero duerme entre 8 y 10 horas en total.

Olvida todo lo que acaba de contar “me caí en mi casa y me rompí el fémur” y en 10 segundos lo repite de nuevo pero ahora dice que es la tibia o el fémur, que no lo sabe seguro.

Se nota “baja de moral” anímicamente, por eso toma escitalopram. Y asegura que no se nota más violenta o agresiva.

Una vez se le explica por qué ha venido y se le dice que necesita un tutor, dice que quiere que sea su hijo. Ella confía en darle su tutela a su hijo porque si fuera por ella “me gastarí todo el dinero en ropa de las gitanas”, y hace tiempo no malgastaba.

Anosognosia: dice que mentalmente ella está bien pero físicamente no, y sabe que no es normal que con 61 años su hijo tenga su tutela pero no achaca a ninguna enfermedad el hecho de que gaste mucho, pero finalmente admite que cambió desde que le dio el ictus en el centro del cerebro y que la pierna derecha se le “quedó floja” y hace rehabilitación.

Anexo XII

CASO PILAR

Se trata de una mujer de 90 años con deterioro cognitivo moderado-grave. Tiene una demencia de tipo mixta: alzhéimer y párkinson, y con afasia.

No responde a las preguntas. Su tono de voz es bajo y viene enfadada, según el acompañante lleva 3 días enfadada y si diciendo que no a todo lo que se le propone.

- No sabe quién le acompaña (un hombre que conoce desde hace 10 años, amigo de su marido).
- No sabe responder a las preguntas: “¿cuántos años tienes?” y dice “me llamo Pilar” y al repetirle la pregunta dice “10 y 10”.
- No sabe qué día nació, ni mes ni año, y responde “había nacido, 10 años con mi madre”.
- Sabe el nombre completo de sus padres
- No sabe dónde vive
- Sabe cuántos dedos tiene en cada mano pero se le olvida lo que acaba de decir.
- Admite que “de memoria estoy mal”.

Padece una afasia de expresión y comprensión: se atrabanca y no sabe arrancar la frase, tampoco dice bien las palabras y al preguntarle responde cosas sin sentido “2 y 2...”. Es imposible entablar una conversación.

Anexo XIII

CASO JOSÉ MARÍA

Varón de 74 años. Diagnosticado de demencia senil tipo alzhéimer de inicio tardío y deterioro cognitivo moderado + un trastorno depresivo asociado a su patología de base. Fue visitado por un neurólogo hace 4 años, quien lo diagnostica. Viene para tomar urgentemente medidas cautelares personales y patrimoniales: nombramiento de defensor judicial y posteriormente un tutor. Su mujer, con la cual lleva casado más de 50 años, y sus dos hijas (de 49 y 47 años), quieren seguir cuidando de él como han hecho hasta ahora, pero creen que es necesario que se modifique su capacidad jurídica de obrar ante este agravamiento de los síntomas y de su conducta, que amenaza con poner en riesgo permanente su patrimonio, y le hace ser susceptible de pérdidas patrimoniales importantes.

ANAMNESIS:

No tiene antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer.

En enero de 2019 su mujer da el poder para pleitos a su abogado y procuradores para no tener que ir a juicios. Ella pide ser su tutora.

José María está jubilado desde los 63 años, calcula rápido y mentalmente, y espontáneamente dice "hace 11 años". Refiere que él no quería jubilarse, que le hubiera gustado seguir trabajando.

Tiene 3 licenciaturas: ingeniería química, ingeniería industrial y farmacia.

Trabajó en una farmacéutica como farmacéutico y después en la central administrativa de esa farmacéutica.

Mantiene las actividades de la vida diaria (AVD) bien.

El abogado de la mujer de José María redacta (en febrero de 2019):

Paciente con problema de pérdida progresiva de la memoria, cada vez menos activo socialmente, totalmente inconsciente de sus déficits, con desánimo, con dificultades de orientación en su propio piso en algunas ocasiones, y que en las últimas semanas ha comenzado a presentar algunas conductas de riesgo: en fecha reciente abrió la ventana del piso para lanzarse por ella, siendo detenido a tiempo; ha ido dando muestras de una gran agresividad, habiéndole lanzado unas tijeras a su esposa, a quien también ha propinado empujones; está muy irritable y profiere gritos cuando se le lleva al contraria, cosa que nunca antes había hecho, se ha convertido en un mentiroso compulsivo para hacer y justificar lo que quiere hacer, conducta que tampoco había mostrado hasta ahora.

En cuanto a la medicación, no deja que nadie le diga lo que se tiene que tomar, grita y dice que él es farmacéutico y nadie le tiene que decir nada, pero toma mal o no

toma la medicación que tiene prescrita, lo que agrava sus síntomas. En los últimos meses además ha sufrido diversas caídas. Últimamente muestra obsesión con regalar cosas, dar dinero a desconocidos, e incluso ha manifestado que quería regalar un piso de su propiedad.

Según el neurólogo, al hacerle una Resonancia Magnética Cerebral (RMC) presentaba desde hace 3 años (2015) una situación de atrofia global con lesiones hipóxico-isquémicas difusas en sustancia blanca, con un marcado hipometabolismo parietal bilateral sugestivo de un proceso neurodegenerativo posterior observado a través de un PET Cerebral en 2016, en la exploración que le hizo hace 2 años, diagnosticándole una demencia senil tipo Alzheimer de inicio tardío en estadio GDS 4, es decir, que corresponde a una demencia moderada + un trastorno depresivo asociado a su patología de base.

A pesar de que el diagnóstico es de hace unos 4 años, hasta ahora los síntomas habían sido manejables por la familia: pérdida de memoria, desorientación en ocasiones, algún problema físico, alguna caída, insomnio algunas noches, etc. pero desde hace pocas semanas ha comenzado a debutar con síntomas como intento de autolisis, descontrol en la medicación, agresividad con su entorno, etc., hasta el punto de que ya no puede gobernar por sí solo su persona y su patrimonio, pues últimamente ha empezado a mostrar conductas de pérdida de control con su dinero, regalándolo a extraños, o incluso prometiendo a desconocidos que les iba a regalar alguno de sus pisos.

José María todavía tiene cierta actividad social, ayudando en su parroquia algunos días de la semana. Una de sus funciones consistía en llevar la comunión a una persona mayor, que tiene problemas de movilidad. La cuidadora de esta persona, ha estado intentando convencer a José María para que le compre un piso, lo que llegó a oídos del párroco que se personó en la casa de José María e impidió que se produjera ningún acto perjudicial para él.

José María había realizado tradicionalmente críticas de ópera, como gran aficionado y entendido. Realizar una crítica le ocupaba no más de 2-3 horas. En la actualidad, y no siendo consciente del avance de la enfermedad, intenta continuar con esta actividad, no consiguiendo realizarlas hasta al cabo de varios días.

Se trata de una enfermedad degenerativa, que en las últimas semanas ha experimentado un agravamiento de conductas importante, y que va a suponer un riesgo exponencial en un periodo breve si no se le pone remedio, y aunque aparentemente pueda parecer que es capaz de realizar pequeños actos de administración de dinero, en realidad ha perdido la noción de su valor e importancia, como demuestra el hecho de que pretende disponer de importantes sumas,

regalándolas a personas que no conoce, e incluso de donar propiedades a desconocidos.

Debe señalarse que la situación actual de Don José María es incompatible con la autodefensa de los derechos que enlazan con su enfermedad y que pudieran corresponderle. Ello es así porque no tiene conciencia de enfermedad que padece, lo que impide, a su vez, que se trate adecuadamente, y no asume su desorden.

Exploración psicológica-judicial:

- Sabe su nombre completo
- Sabe el nombre completo de la esposa
- Sabe el nombre completo de las dos hijas
- Tiene sentido del humor
- Se le explica por qué está aquí y lo recuerda, pero no recuerda quién es el médico forense, no sabe quién es exactamente
- Sabe qué edad tiene
- Sabe cuándo nació
- Orientación espacial preservada: sabe que estamos en Barcelona. Además, dice que hubiera podido llegar solo porque se mueve por Barcelona solo en autobús y taxi o andando por la calle y se orienta.
- Admite que hace un año se desorientó una vez por la calle pero nunca más le volvió a ocurrir.
- Sabría preguntar cómo ir al aeropuerto “no em fa cap vergonya” (si se pierde, lo admite).
- Explica las líneas de metro
- Sabe dónde vivía antes y sabe dónde vive ahora, desde hace 16-17 años que se mudó
- Orientación temporal preservada: sabe qué día, mes y año es
- Sabe los nombres completos de los padres
- Sabe que sus padres fallecieron
- Cree que no necesita un tutor legal
- Recuerda qué cenó por la noche el día anterior
- No recuerda la matrícula de su coche, que vendió hace 2 años.
- Admite que le falla un poco la memoria a veces, ej: “a veces olvido donde está la cartera”
- Sabe de qué trabajan sus hijas
- Sabe quién es el presidente del gobierno
- Sane que el presidente de Cataluña no es Puigdemont y cree que puede ser Quim Torra cuando se le menciona el nombre.

- Explica que recibe una pensión de más de 4.000 € cada mes pero que su mujer lleva la contabilidad de la casa.
- Sabe que su neurólogo le ha declarado un principio de Alzheimer.
- Sabe decir correcta y rápidamente su número de teléfono del revés y de forma normal
- Lo mismo ocurre con su DNI
- Se le dicen una serie de números, se espera unos segundos y después él los repite correctamente todos (excepto uno), por ejemplo: 8-3-1-5 → 5-1-3-8, 7-2-3-8-1 → 1-8-3-1-7, 5-9-2-4-8 → 8-4-2-9-5.
- Sabe sumar y restar: $12 + 37 = 49$ y $49 - 37 = 12$, calcula ambas operaciones con rapidez y correctamente y se da cuenta de la relación entre ambas.
- Sabe la formulación química del monóxido de carbono y del dióxido de carbono, de memoria.
- Sabe la formulación química del óxido nitroso y del ácido nítrico, de memoria.
- Sabe el significado de dichos y refranes

Toma medicación psiquiátrica: Lorazepam (0-0-1), Donepezilo 10 mg (0-0-1), "Cymbalta" (duloxetina) 30 mg (0-1-0), citalopram 20 mg (1-0-0) y risperidona solución ½-0-0.

Sabe que su consuegro tiene Alzheimer avanzado y dice "barbaridades".

Conclusión: José María se encuentra bien, aunque con alguna dificultad leve, puede dar algún poder a alguien, nombrarlo.

Anexo XIV

CASO 18 ADELINA

Mujer de 87 años. Diagnosticada de: deterioro cognitivo moderado avanzado o en fase inicial grave y afectación de las capacidades intelectivas y/o volitivas para gobernar su esfera personal y patrimonial. Además, hay sospecha de una posible discapacidad intelectual, y tiene sordera grave. Viene en silla de ruedas.

En su caso, se pedían medidas cautelares previas (art.727): adopción de la medida cautelar de defensor judicial en el ámbito personal, económico y patrimonial. Se solicita la modificación de la capacidad.

- Domicilio: en una residencia, centro de día y en un casal desde el 17 de marzo de 2015.

Relación de causalidad: la situación de deterioro e incluso discapacidad de Adelina está afectando a su patrimonio. El hecho de que Adelina no sepa explicar el destino del dinero que reintegra de forma constante de su cuenta corriente enciende la alarma de un más que posible espolio o aprovechamiento. Ante esta circunstancia, consideramos idónea la figura del defensor judicial, con la finalidad de poner fin a la situación descrita y salvaguardar los intereses de Adelina, en este caso podría serlo una Fundación, que gestiona y dirige la residencia, centro de día y hogar, ya que su sobrina afirma no poder hacerse cargo de su tía.

Adelina se encuentra en una situación de vulnerabilidad (posible abuso económico). Es viuda y no tuvo hijos. Solo tiene el soporte de una sobrina suya (hija de un hermano suyo), la cual también cuida de dos personas dependientes más (su marido y su madre).

Por parte de su sobrina y también del personal del centro, hay sospecha de un posible abuso económico de una vecina y la hija de ésta, las cuales vienen a visitar a Adelina a menudo al centro. En los últimos meses, el capital que tenía en su cuenta corriente, ha disminuido considerablemente. La sobrina de Adelina y la trabajadora social del centro han constatado una serie de reintegros de cantidades elevadas en pocos días.

Exploración psicopatológica-judicial:

El magistrado le explica quiénes somos cada uno de nosotros y por qué está aquí: en el edificio de civil de la Ciudad de la Justicia, al Juzgado de 1ª Instancia, nº 58. Y después le pregunta:

- Sabe su nombre
- Viene acompañada de dos sobrinas suyas y lo sabe.
- Sabe el nombre de sus sobrinas pero no sus apellidos

- No sabe cuántos hermanos tiene (dice que tiene 5) y dice que todos viven → NO es cierto, confunde hermanos con sobrinos.
- Dice que “a veces necesito un tutor y a veces no”
- Siempre que se la llama por su nombre, ella responde diciendo su nombre completo
- Sabe el año que nació, pero no el día ni el mes, y dice “acabada la guerra, nací yo” → no es cierto
- Sabe que nació en Barcelona
- Sabe que sus padres murieron
- No sabe el nombre de sus padres
- Sabe exactamente dónde vivía antes de irse a la residencia
- Desorientación temporal: no sabe qué día es y dice que el mes es febrero (falso) y el año es “el 26” (falso) y además añade: “creo que esto ya os lo he dicho antes” (falso, es a primera vez que se le pregunta).
- Le preguntamos: “¿sabes quienes somos nosotros?” y responde “para ver si estamos bien de la cabeza: estamos bien o estamos mal”. Se le vuelve a explicar quienes somos.
- “¿Alguien le ha explicado por qué está aquí?” y responde “pues sí y no”.
- No sabe sumar: $12 + 15 = 7$
- Cuando se le pregunta quién es el señor que tiene delante (el Dr. Cuquerella) ella responde “es un señor haciendo su trabajo y sus cosas”.
- Se le pregunta de nuevo si sabe quiénes somos, y no lo sabe.

Tiene un habla espontánea, y de repente dice “estoy cogiendo higos”.

Según sus sobrinas, desde hace 1 año – 1 año y medio se ha agravado mucho, pero hace 3 años comenzaron a ver que “algo no funcionaba”.

Según nos cuentan sus sobrinas, lleva pañal porque tiene incontinencia de todo tipo y no pide ir al lavabo. Además, explican que en la residencia a veces se muestra agresiva y la tienen que atar por las noches para dormir.

En su día a día no hace nada: mira la televisión sin “enterarse” de nada, a veces incluso la mira cuando está apagada.

Dos veces a la semana, una mujer la saca de la residencia y pasean.

JUTJAT PRIMERA INSTÀNCIA BARCELONA
MESURES CAUTELARS

INFORME MEDICO FORENSE

Barcelona, cinc de març de dos mil dinou.

El metge forense Dr. ÀNGEL CUQUERELLA FUENTES, d'acord amb el manament de la magistrada del Jutjat referenciat a dalt, emet informe en relació a l'exploració de la Sra. A... de 87 anys, amb el següent resultat:

1. MOTIU DE LA VISITA

Deteriorament cognitiu moderat associat a demència de tipus Alzheimer. Possible "abús econòmic per part de veïna". Pluripatologia somàtica, amb vulnerabilitat.

2. EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA (...)

Pacient que acut en cadira de rodes.

Se li explica qui som i si necessita tutor. Diu que "alguns cop sí, i algun cop, no".

En relació a les facultats cognitives superiors, està conscient però desorientada en temps, espai i lloc. Sap que ha vingut amb dues nebodes. No sap mes ni any en el que estem. En relació a la memòria explícita, sap nom i cognoms. Ve amb dues nebodes. Sap noms però no sap cognoms de les nebodes. No sap de qui son filles aquestes nebodes. Sap que tenia un germà mort, però s'equivoca en els anys que fa. No sap el nombre de germans que té. Sap edat que té. Sap que va néixer al 1932 "un cop acabada la guerra". Sap dia de naixement, no mes. Sap que va néixer a Barcelona, i que els pares eren murcians. Sap que els pares van morir, però no recorda noms ni cognoms. Sap on viu ara (carrer) però ara està a una residència des de fa tres anys i desconeix nom de la residència. No sap sumar nombres senzills.

S'entrebanca parlant amb freqüència, amb quequeig. No sap explicar les coses, amb dèficit de funcions executives. Fa un discurs sense idees directives, amb circumstancialitat.

Duu bolquers, però ara no fa "cap activitat" a la residència on hi és. Sembla que mostra certa agressivitat. No connecta amb ambient de cap manera.

Les nebodes diuen que hi ha alguna cuidadora que ve a la residència a ajudar-la, però que "han tingut problemes amb la persona que fins ara cuidava la seva tia, a nivell econòmic".

3. CONCLUSIONS MEDICOLEGALS

3.1 La Sra. A ... pateix un deteriorament cognitiu moderat secundari a una demència de tipus Alzheimer.

3.2 Aquest procés (demència) està en un grau moderat, i és irreversible, progressiu, irreversible i amb tendència cap a l'escurçament de l'expectativa vital a mig termini.

3.3 La Sra. A... no és capaç ni autònoma per a les activitats de la vida diària, i per tant tampoc per a activitats de tipus instrumental (gestió de la llar, pensió o possibles bens immobiliaris), per la qual cosa necessita ajut les 24 hores en règim d'ingrés a centre sociosanitari.

És tot el que vull manifestar, en compliment d'allò ordenat

Anexo XVI

CASO ROSA

Mujer de 91 años. En su caso se pide implementar una medida cautelar: nombramiento de defensor judicial. En este caso está diagnosticada de: alzhéimer y deterioro cognitivo muy grave, va en silla de ruedas.

Medicación psiquiátrica: Lorazepam (0-0-1).

Desde 2009 vive en una residencia. La acompaña una cuidadora de la residencia.

Vemos que está en un estado muy avanzado de deterioro cognitivo, tanto es así que no dice ninguna palabra, tiene una mirada perdida y fija y no responde ante ningún estímulo ni atiende a ninguna indicación sencilla, como por ejemplo “¿me escucha? Cierre los ojos” (el magistrado). Aun así, lleva a cabo alguna conducta oposicionista cuando no quiere hacer algo, como por ejemplo que le corten el pelo.

La cuidadora explica que Rosa lleva pañal y que no se vale por sí misma, que incluso le dan la comida, que debe ser dieta líquida, semilíquida o blanda para evitar atragantamientos o asfixia.

Anexo XVII

CASO NÚRIA

Mujer de 88 años. En su caso se pide una incapacidad total y nombramiento de tutor. Diagnosticada de: demencia por cuerpos de Lewy (patrón en el cerebro determinado, se caracteriza por alucinaciones visuales y auditivas: hipnagógicas (al despertar) o hipnopómpicas (por la noche) a raíz de la demencia, de hecho, estos son los síntomas principales por los cuales se acaba diagnosticando la demencia.

Medicación psiquiátrica: quetiapina (0-0-1). Tiene alucinaciones visuales por la noche (de hecho, en la residencia afirman que por las noches se muestra agresiva y tienen que atarla) y no muestra ninguna crítica de sus alucinaciones, no afirma ni niega tenerlas pero prefiere no hablar de ello, no responde demasiado cuando se le pregunta sobre ellas.

Exploración psicopatológica-judicial:

Se le explica por qué está aquí.

- Sabe su nombre completo
- Sabe quién le acompaña: su hija
- Orientación espacial: sabe dónde estamos: en Barcelona, pero le preguntamos “estem a prop o lluny d’Hospitalet?” y responde “no gaire lluny”, es decir, no lo sabe pero utiliza este recurso para hacer frases ambiguas.
- No sabe cuántos años tiene: “no estic segura: 60”
- Desorientación temporal: no sabe qué día es, dice que es 24 de abril de 1930 (día en que nació), y seguidamente dice: “estic en un treball, però estic fixa i menjo i dormo allà”.
- Se le pregunta “dónde trabaja” y no lo sabe.
- Un tiempo más tarde dice que ahora no trabaja y que antes no era fija, admite que está jubilada. Es decir, hay momentos en que recuerda algunas cosas y luego las vuelve a olvidar. Explica que antes trabajaba como tejedora en una empresa de la cual recuerda el nombre, pero no sabe cuándo se jubiló.
- Sabe que cobra una pensión pero no sabe cuánto dinero.
- No sabe dónde vivía exactamente antes de ir a la residencia (sabe la calle pero no el número ni la puerta). Primero estuvo en un centro sociosanitario.
- Dice que vive con su hija, pero está en una residencia en realidad.
- Dice que está casada, pero en realidad es viuda.
- Sabe el nombre de su marido y el primer apellido, pero no recuerda el segundo apellido.
- Dice que nadie le ha explicado por qué está aquí

- Controla los esfínteres durante el día y por la noche lleva pañal.
- No sabe quién es Pedro Sánchez
- No sabe quién es Carles Puigdemont, pero dice “aquest nom em sona, el meu cognom és Montdenom i rima”.
- No sabe su DNI ni su teléfono fijo.
- Admite que “cada cop em falla més la memoria”.
- No sabe cuánto vale 1 L de leche ni se hace una idea
- Preserva el esquema corporal: sabe que tiene 20 dedos en todo el cuerpo.
- Se el hacen 3 movimientos con las manos, y ella no es capaz de repetirlos correctamente, aunque lo intenta.



Su hija explica que su madre ha llegado a pegar a la cuidadora que tenían antes en casa o a lanzarle objetos si no le gustaba la mujer o algo que hacía.

Anexo XVIII

CASO ALFONSA

Mujer de 83 años. En su caso se pide una incapacidad total y nombramiento de tutor. Diagnosticada de: trastorno mixto de ansiedad y depresión y deterioro cognitivo moderado.

Exploración psicopatológica-judicial:

Se le explica quiénes somos y qué hace aquí. Se pone muy nerviosa y llora (neurosis), dice “a mí me han traído aquí engañada”.

- No recuerda quiénes somos ni por qué ha venido. Responde: “no recuerdo nada, en qué lío me he metido” y llora.
- Sabe su nombre completo
- Sabe quién le acompaña: su hermana.
- Sabe el nombre completo de su hermana
- Sabe el nombre completo de su sobrina
- Orientación personal preservada: sabe el día, mes y año en que nació.
- Sabe dónde nació
- No sabe la calle dónde vive, pero sabe que vive en Barcelona.
- Memoria episódica conservada: sí recuerda dónde vivía antes y la calle y número exactos.
- Vive con su hermana (con ceguera moderada desde hace unos 4 años).
- Sabe el nombre completo de su madre pero no sabe ni el nombre ni apellidos de su padre.
- Desorientación espacial: dice que estamos en la planta 2, que ha tenido que subir escaleras, pero no es cierto: estamos en la planta 0.
- Desorientación temporal: no sabe en qué día, mes ni año estamos. De hecho, se le pregunta por el año y asegura que no hemos llegado todavía al 1995.
- La hija explica: la hermana de Alfonsa se encarga de la compra porque a ella se le olvidan las cosas.
- No sabe restar adecuadamente, aunque se aproxima: $22 - 7 = 14$.

Alfonsa se quedó viuda hace 4 años. Cobra una pensión de viudedad por marido militar. Nunca tuvo hijos.

Durante su día a día va por las mañanas al centro de día y reconoce que no sale mucho y que si lo hace nunca es sola, siempre acompañada. Su hija explica que no hace nada en casa, por lo que puede ver ella y comentarle su hermana.

- Recuerda el nombre completo de su marido.
- No sabe quién es el presidente del gobierno: dice que es “Zapatero”.

- No sabe quién es el presidente de Cataluña
- No recuerda quién es el Papa
- Se le pregunta: “¿usted tiene alguna enfermedad?” y responde “no, ninguna”. Seguidamente, se le pregunta: “¿usted toma pastillas?” y responde “pocas, no muchas”. Entonces se le pregunta “entonces, ¿por qué las toma?” y responde “no lo sé” → anosognosia.
- Se le pregunta “¿cuándo es la feria de abril?” y responde: “en mayo”.
- No sabe el significado de frases hechas o dichos.
- No sabe repetir el patrón de movimientos con la mano que se le muestra, aunque lo intenta.

Anexo XIX

CASO 22 – TERESA

Mujer de 87 años. En su caso se pide una incapacidad total y nombramiento de tutor. Diagnosticada de: demencia senil delirante y/o depresiva, con un grado de discapacidad del 94% desde 2015. Necesita el concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria y sí supera el baremo que determina la existencia de dificultades de movilidad.

No responde ante ningún estímulo, no habla, mira hacia el suelo y no atiende a ninguna indicación sencilla. La acompañan sus dos hijos, explican que vive en una residencia y es totalmente dependiente para todo y utiliza pañal todo el día y noche, refieren que hasta hace 3 meses pedía ir al baño y respondía ante su nombre pero que ya ni siquiera puede hacerlo.

Anexo XX

CASO MARÍA

Mujer de 92 años. En su caso se pide una medida cautelar: nombramiento de defensor judicial. Diagnosticada de: trastorno delirante y deterioro cognitivo leve-moderado. En cuanto a enfermedades orgánicas destacables, sufre ceguera parcial (retinosis) y una gran úlcera estomacal. Viene en silla de ruedas y la acompaña su hija.

Anosognosia: no tiene conciencia de su enfermedad.

Sabe que toma medicación, pero no sabe cuál. Su hija nos confirma que toma quetiapina (0-1-1). Conserva el sentido del humor.

En octubre de 2015: a María se le reconoce que no adquiere la puntuación mínima para poder considerarse en situación de dependencia.

En mayo de 2016: María presentó una solicitud de revisión de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, juntamente con los informes médicos que consideró oportunos para fomentar su petición, alegando: empeoramiento de la situación de dependencia.

En junio de 2016: el juez resuelve que María:

- Tiene un grado de discapacidad del 81%, por causas orgánicas.
- No necesita el concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria.
- Sí supera el baremo que determina la existencia de dificultades de movilidad.
- Sí tiene necesidad de ir acompañada por otra persona en sus desplazamientos en transporte colectivo público.

En Vall d'Hebron (fecha de ingreso: 6 de noviembre de 2018): derivada de atención domiciliaria por agitación psicomotriz en domicilio. La familia refiere que desde hace un mes y medio ha presentado alteración del comportamiento en forma de episodios de alucinaciones visuales en los que conversa con personas inexistentes y les cuenta cosas sobre su infancia, ideas delirantes de perjuicio centradas en su hija (miedo a tomarse los alimentos que ésta le proporcionaba porque no quería tomarse la medicación escondida en la comida) y conducta errática de recluimiento en su cuarto, con escasa ingesta oral.

En cuanto al trastorno delirante: no quería que su hija fuera a su casa a cuidar de su marido y de ella, y en relación al deterioro cognitivo: se levantaba por las noches a fregar y hacer cosas, compraba comida y se la tomaba a escondidas en la habitación, no quería salir a comer y tenía conductas agresivas y no le gustaba que su hija le dijese lo que tenía que hacer, además, se inventa que su marido iba mucho al bar (su hija nos confirma que no es cierto).

Su hija asegura que tomándose la medicación, deja que la toquen y va a sitios como la peluquería, sin problemas.

Exploración psicológico-judicial:

- No sabe su nombre completo, de hecho, se inventa que se llama "María Asunción".
- Sabe el año en que nació pero no el día ni el mes.
- Sabe su edad: pero primero dice "63" y después "93".
- Sabe dónde nació
- Sabe que sus padres no viven
- Se le pregunta por el nombre de sus padres
- Se le pregunta por el nombre de sus padres y dice que no lo sabe, pero después se le vuelve a preguntar y los recuerda e intuye el primer apellido correctamente en ambos pero el segundo apellido no.

Cuando no recuerda algo responde "no me acuerdo porque vine de Cantabria cuando era muy pequeña".

- Sabe dónde vive exactamente
- Dice que la acompaña su madre y se ríe. Después dice que es su hija.
- Dice que no sabe quiénes son el juez y el médico forense, se justifica diciendo "ya sois mayorcitos, por eso no os pregunto".
- Se le explica el por qué ha venido ya que dice que no lo sabe y que nadie se lo ha explicado (su hija nos comenta que no es cierto) "no lo sé, háganme lo que quieran".
- Después de un tiempo se le vuelve a preguntar si sabe quiénes son el médico y el magistrado y vuelve a repetir "como nadie me ha dicho nada y los veo a ustedes tan preparados, no he preguntado".
- Desorientación temporal: no sabe qué día, mes o año es. Se le pregunta si hemos llegado al 1995 y responde que no lo recuerda, que seguramente no hayamos llegado.
- Sabe quién es el Papa.
- Se le pregunta por el presidente del gobierno y dice "¿tenemos gobierno en España?".
- No sabe quién es el presidente de la Generalitat.
- No sabe el nombre de ningún partido político y dice "este se ha ido a otro país" (mezcla conceptos).
- Asegura que no lleva pañal y que pide para ir al lavabo, pero ninguna de estas dos cosas es cierta, tal y como confirma su hija.

Anamnesis:

Ha trabajado como dependienta, criada y sirvienta: “he trabajado por lo menos hasta el 90 y tanto (año)”. Cobra una pensión del “retiro” (jubilación) pero se le pregunta cuánto cobra y dice “56 o 57” y se la pregunta de qué moneda y responde “de la moneda normal, la moneda de papel: 50 pesetas” (llega a una conclusión sin sentido).

María refiere que está tranquila “porque me llevarán a una residencia y podré cuidarme yo sola”.

Conclusión: su marido “tapaba” un poco el declive de María, la ayudaba a comprar y a llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y no decía nada a su hija (que es hija única) para no preocuparla, pero al fallecer en febrero de 2019, todo salió a la luz.

Anexo XXI

CASO SEGISMUNDO

Varón de 89 años. En su caso se pide una medida cautelar: nombramiento de tutor legal. Diagnosticado de: pérdida de audición severa, demencia mixta (cortical: alzhéimer + subcortical: problemas vasculares) y deterioro cognitivo grave, en consecuencia, desde 2015. Viene acompañado de su mujer y su hija menor (tiene 5 hijos).

En su caso, tiene un gran patrimonio, y a sus hijos y su mujer les da miedo que alguien pueda aprovecharse de su situación y pueda engañarle ya que él es muy generoso y no tiene problema en dejar pasar a alguien a su casa y ofrecerle dinero y deben estar pendientes de él siempre.

Exploración psicológico-judicial:

- Sabe su nombre y el primer apellido, el segundo apellido no porque responde: “¿el segundo? No tengo dos apellidos”.
- No sabe quién es el médico forense ni el magistrado, ni para qué ha venido.
- No sabe qué edad tiene
- No sabe el nombre de su esposa, pro sabe que es su esposa.
- No sabe que la mujer joven que el acompaña es su hija.
- No recuerda dónde nació.
- No recuerda cuándo nació, ni si pudo nacer en 1992 o en 1929 (fecha real, no le suena).
- No sabe si sus padres viven o no, y pregunta: “¿los padres nuestros?” (“nuestros”, pero no hay nadie más), es decir, dice frases sin sentido. Pero al decirle “¿sabe quién es Nicolás? Responde “es mi padre”, y se le pregunta “¿le suena el nombre de Gertrudis?” y dice “García Fernández” (ahora sí recuerda los apellidos de su madre, los dice rápidamente, pero no dice en ningún momento que sea su madre).
- Clara desorientación personal.
- Desorientación espacial: no sabe dónde estamos.
- Se le pregunta si está jubilado y responde “no estoy jubilado de nada, si hay que trabajar lo hago” (no es cierto).
- No sabe cuántos hijos tiene.

Comprobamos que tiene estados ausentes: mirada perdida e inexpressión facial (hiponimia facial) y mientras hablamos con su hija y su mujer sobre él, no se inmuta. En las pocas veces que ha hablado, vemos que aun conserva el sentido del humor.

Anamnesis:

Antes Segismundo era notario, por ahora vemos que no sabe ningún concepto y los confunde. Se jubiló a los 70 años. Según su hija, comenzó a tener pequeños derrames cerebrales y en la familia comenzaron a darse cuenta de que tenía problemas de memoria. En 2015 una doctora comenzó a ver que “había algo más que los derrames”, según nos comenta la hija. Los familiares nos comentan que notan un empeoramiento muy agudo en este último año. Tiene un gran patrimonio (estatus socioeconómico alto).

Su familia nos comenta que Segismundo no puede llevar a cabo ningún tipo de actividad instrumental ni de la vida diaria solo, ni siquiera pide para ir al lavabo y por eso lleva pañales. Come alimentos solo, pero las comidas “complicadas” (ej: sopa) no, tampoco se ducha solo, en casa de desorienta un poco (va a un cuarto porque cree que es el lavabo, pero al abrir la puerta se da cuenta enseguida de que no lo es), no sale solo a la calle y se desorienta en sitios nuevos, incluso a veces se le olvida su nombre, según explican los familiares.

En cuanto a medicación psiquiátrica, toma memantina (1-0-0), por los síntomas de grado moderado a severo del Alzheimer.

Anexo XXII

CASO TERESA

Mujer, de 86 años. En su caso se pide una medida cautelar: nombramiento de tutor legal. Diagnosticada de: deterioro cognitivo moderado-grave y posible demencia subcortical. Viene en silla de ruedas, aunque intenta levantarse todo el rato. De hecho, a causa de la gravedad del deterioro cognitivo, lleva a cabo conductas que no rige, y podría ser peligroso para ella misma. Es decir, estas conductas son acciones sin finalidad ni sentido, por ejemplo: ordena la chaqueta sobre la mesa durante la exploración, se intenta levantar de la silla de ruedas y camina sin sentido (refieren sus hijos).

- Sabe su nombre completo
- No sabe cuántos años tiene
- Sabe que le acompañan su hijo y su hija y sabe sus nombres, pero no los apellidos, ni siquiera los intuye.
- Dice que tiene 4 hijos (no es cierto, según refieren los hijos)
- Sabe dónde nació.
- Se le vuelve a preguntar dónde nació y admite que no recuerda si lo ha dicho anteriormente o no, que cree que no.
- No sabe en qué día, mes o año nació.
- Clara desorientación personal
- Sabe el nombre de su padre y madre, pero no recuerda los segundos apellidos de ninguno de los dos.
- Asegura que sus padres están vivos, que incluso su madre “vive arriba” (no es cierto).
- Desorientación temporal: no sabe qué día, mes ni año es. Además, vemos que esta desorientación es grave ya que sus hijos nos comentan que a las 3h de la noche cuando vivía en casa se vestía para ir al colegio.
- Desorientación espacial: no sabe dónde estamos.
- Sonríe todo el tiempo durante la exploración.

Anamnesis:

Está viviendo en una residencia desde diciembre de 2017, pero no es consciente (desorientación espacial). Es viuda desde 2018, pero no lo sabe. Por tanto, inferimos que hubo un tiempo en que el marido estaba en casa y ella en la residencia, pero tampoco era muy consciente.

Su familia nos comenta que Teresa no puede llevar a cabo ningún tipo de actividad instrumental ni de la vida diaria sola, ni siquiera pide para ir al lavabo y por eso lleva

pañales. Come alimentos sola, pero las comidas “complicadas” (ej: sopa) no, tampoco se ducha sola ni se viste sola.

Sospechan que desde hace unos 3 años y medio Teresa ha podido sufrir pequeñas embolias (demencia subcortical) y ya comenzó a tener algunos olvidos.

Anexo XXIII

CASO 27 – LLUIS

Varón de 73 años. En su caso de pide una medida cautelar: nombramiento de tutor legal. Grado de discapacidad: 65%. Diagnosticado de: trastorno bipolar tipo I y deterioro cognitivo leve. Viene acompañado de su hijo.

A Lluís le parece bien tener un tutor legal, cree que lo necesita “si algú truqués al meu pis i entrés, jo em sentiría vulnerable”.

Exploración psicológico-judicial:

- Sabe su nombre completo y dice “todo en catalán”.
- Sabe el nombre de su hijo completo, sabe que le acompaña.
- Se le explica el por qué está aquí y quiénes son el magistrado y el médico forense. Después, se le vuelve a preguntar y dice que “sé què faig aquí pel meu fill, que m’ha explicat una mica, però aquí no m’han explicat res” (no es cierto).
- Sabe su edad con ayuda, ya que al principio dice que tiene 72 años.
- Sabe cuándo nació exactamente.
- Sabe que sus padres murieron.
- Sabe el nombre completo de sus padres.
- Orientación personal preservada.
- Sabe que vive en el Centro Residencial Mundet, desde octubre de 2017.
- Orientación espacial: sabe que estamos en Barcelona.
- Sabe el día y mes pero no el año, de hecho, dice que estamos en 1919 y aunque se le pregunta de nuevo dice que no está seguro del año.
- Orientación espacial: sabe que estamos en una planta baja. Además, asegura que no se pierde en sitios conocidos ni desconocidos, que sabe manejarse.
- Orientación temporal parcialmente preservada: sabe que estamos en primavera.
- No sabe sumar correctamente: $17 + 24 = 31$ dice “m’he equivocat, amb això dels números no sóc bo” y se le olvida “m’has dit 27?” (su memoria de trabajo está afectada).
- No resta $41 - 17$ y tampoco sabe memorizar e ir restando números de 7 en 7, por ejemplo: $70 - 7 = 63$, $63 - 7 =$ “em perdón, no sé què dic”. Además, se le pregunta por qué número hemos empezado y dice “pel 77”.
- Sabe quién es el presidente del gobierno.
- No sabe quién es el presidente de Cataluña, después se le vuelve a preguntar y sí que lo recuerda.
- Recuerda lo que cenó ayer por la noche.

- Sabe que con la diabetes no puede tomar azúcar, pero que alguna vez se salta la dieta.
- Sabe el significado de dichos y refranes.

Anamnesis:

Lluis padece anosognosia, es decir, no tiene conciencia de enfermedad y asegura que “em trobo bé de tot, els anàlisis surten correctes”, dice que no tiene ninguna enfermedad pero después afirma que toma medicación para la diabetes y el trastorno bipolar. Dice que a pesar de tener trastorno bipolar, él no lo nota en nada pero sí es cierto que hubo un tiempo en que gastaba mucho dinero y que lo reconoce porque sus hijos se lo decían, pero él no se daba cuenta mientras gastaba el dinero.

Admite que ahora se nota más apático-abúlico, con menos iniciativa o ganas de hacer cosas y con menos energía.

Ha ingresado en unidad psiquiátrica algunas veces pero “de curta durada”. La última vez fue hace unos 3 años por lo menos.

Está separado y su hijo vive con su exmujer y para que no estuviera solo lo llevó al Centro Residencial de Mundet, donde puede entrar y salir (tiene cierta autonomía), pero él admite que nunca va a comprar solo para no equivocarse con el cambio y en el centro residencial come solo, sociabiliza y juega al dominó. Su hijo dice que no cree que su padre pudiera vivir solo en casa, que tiene ciertas dudas.

Toma medicación psiquiátrica: sales de litio (1/2-0-1), olanzapina (0-0-1), diazepam 5 mg (0-0-1), clotiapina 40 mg (0-0-1/2).

CASO MARI CARMEN

Mujer de 80 años. Diagnosticada de deterioro cognitivo moderado-grave. En su caso de pide una medida cautelar: nombramiento de tutor legal. Viene en silla de ruedas.

Exploración psicológico-judicial:

- Sabe su nombre completo
 - Sabe que la acompaña su hijo
 - No dice bien el nombre de su hijo
 - Dice que ella tiene 58 años (no es cierto)
 - Desorientación personal: no sabe dónde nació, el año dice que sí se acuerda (dice que es "Santiago" el año).
 - Sabe el pueblo dónde nació pero no sabe de qué provincia es.
 - Dice que sus padres viven (es falso).
 - No sabe los nombres de sus padres
 - Vive en una residencia pero ella dice que vive en su casa y viene de allí (no es cierto).
 - Se le pregunta qué día es hoy y responde "Jesús, Santiago".
 - Se le pregunta qué año es y responde "58".
 - No sabe quién es el presidente del gobierno.
 - No sabe quién es el presidente de la Generalitat.
 - Dice que tiene 5 hijo (en realidad tiene 3).
 - Dice que sigue casada (en realidad es viuda) y su marido vive (no es cierto) y se llama Santiago (tampoco es cierto).
- Una clara desorientación personal grave.
- Se le pide que le dé la mano al médico forense y no lo hace.
 - Desorientación temporal: no sabe si es de día o no, y finalmente dice que es por la noche.

Según nos explica su hijo, en la residencia no come sola, lleva pañales, duerme bien por las noches y está despierta durante el día (ciclo sueño-vigilia conservado de momento) y que "no hace nada sola", es decir, no lleva a cabo actividades instrumentales ni de la vida diaria independientemente.

Anexo XXV

CASO ESTHER

Mujer de 78 años. En su caso pide una medida cautelar: nombramiento de tutor legal. Diagnosticada de: deterioro cognitivo moderado que le impide llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, síndrome depresivo crónico y cirrosis hepática por abuso de alcohol. Admite que le hace falta un tutor legal.

Dice que no padece ninguna enfermedad “només la poca memòria”.

Exploración psicológico-judicial:

- No sabe su nombre completo
- Sabe que la acompaña su sobrina y su hermana.
- Sabe los apellidos de su hermana.
- No sabe los apellidos de su sobrina.
- Se le explica por qué está aquí porque asegura que nadie se lo ha explicado. Posteriormente manifiesta que su hermana sí le ha explicado qué hace aquí pero que no recuerda qué le ha dicho y no sabe si aquí (en el juzgado de 1ª instancia, nº 58) alguien se lo ha explicado.
- Dice que tiene 77 años (incorrecto).
- No sabe qué día nació (dice que “la bautizaron después”, no tiene sentido), ni el mes pero el año sí.
- Sabe dónde nació
- Orientación espacial parcialmente preservada: sabe que estamos en Barcelona. Dice que vive en una pensión (es una residencia en realidad) pero no sabe el nombre ni la calle dónde está.
- Sabe que sus padres no viven.
- Sabe cuántos hermanos tiene.
- Recuerda su nombre y el primer apellido del padre y el nombre completo de su madre (porque eran primos y por tanto, el primer apellido era el mismo).
- Desorientación temporal: no sabe qué día es, ni el mes ni el año (dice que sí hemos llegado al año 2000 y al 2005 pero no sabe si hemos llegado al 1998).
- No sabe quién es el presidente del gobierno.
- No sabe quién es el presidente de la Generalitat.
- Desorientación espacial: no sabría volver sola a la “pensión”.
- Desorientación temporal: no sabe en qué estación del año estamos.

Anamnesis:

Nació pesando 900 gramos (muy prematura) y sobrevivió en una caja de zapatos. Padeció un cáncer de mama hace más de 10 años y aún lo recuerda.

Además, se observan rasgos dependientes de la personalidad: da todo lo que tiene a las demás y vivió con sus padres hasta que fue mayor. Su hermana y sobrina creen que ella bebía a causa de su depresión.

En la residencia come sola y lleva pañal pero dice que va al lavabo sola (según sus familiares no es cierto). No es independiente para llevar a cabo las actividades instrumentales y de la vida diaria.

Según refiere su sobrina, cuando Esther vivía sola la gente entraba en su casa y le robaba y salía por la noche y llamaba a su hermana para que la ayudase.

Estuvo ingresada en el Hospital Clínic y en el Parque Sanitario Pere Virgili por ataques de ansiedad.

Conclusión: es probable que su problemática a nivel mental venga definida por el consumo excesivo de alcohol y que éste venga determinado por su depresión crónica. Además, vivió mucho tiempo con sus padres por falta de motivación y por su depresión, y cuando éstos fallecieron se agravó el problema.

Criterios diagnósticos según el DSM-5		Criterios diagnósticos según la CIE-10
Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve		Demencia vascular
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) La clínica es compatible con una etiología vascular ya que el inicio de los déficit cognitivos presenta relación temporal con un episodio cerebrovascular o el declive es evidente en la atención compleja (incluida velocidad de procesamiento) y en la función ejecutiva.</p> <p>C) Está demostrada la presencia de una enfermedad cardiovascular en la anamnesis, en la exploración física o en la neuroimagen y es suficiente para explicar los déficit neurocognitivos.</p> <p>D) La alteración no se explica mejor por otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.</p> <p>Nota de codificación: 331. 83 Trastorno neurocognitivo vascular leve.</p>		<p>Criterios generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4). 2. Los déficit de las funciones corticales superiores se distribuyen de forma desigual, con algunas funciones afectadas y otras relativamente no afectadas. 3. Hay pruebas de lesión cerebral local que se manifiestan mediante: <ul style="list-style-type: none"> - Debilidad espástica unilateral de los miembros. - Aumento unilateral de los reflejos osteotendinosos. - Parálisis pseudobulbar. 4. Hay pruebas en la historia clínica, exploraciones o test de una enfermedad cerebrovascular importante etiológicamente relacionada con la demencia. <p>Demencia vascular de inicio agudo:</p> <ol style="list-style-type: none"> A) Cumple con los criterios generales de demencia vascular (G1-G4). B) Se desarrollo rápidamente (normalmente en un mes, pero no en más de tres meses) tras una serie de ictus, o raramente, tras un único infarto extenso.
Trastorno neurocognitivo vascular	Trastorno	

probable	neurocognitivo posible	
<p>Se cumple 1, 2 o 3: Los criterios clínicos están respaldados por la neuroimagen. El trastorno neurocognitivo presenta relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares. Hay evidencia de enfermedad cerebrovascular tanto genética como clínica.</p>	<p>No se cumplen 1, 2 y 3.</p>	<p>Demencia multiinfarto:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Cumple con los criterios generales de demencia vascular (G1-G4). B) El inicio es gradual (entre tres y seis meses), precedido de varios episodios isquémicos menores. <p>Demencia vascular subcortical:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Cumple con los criterios generales de demencia vascular G1-G4). B) Antecedente de hipertensión arterial. C) Hay pruebas en los exámenes clínicos e investigaciones especiales de enfermedad vascular localizada en zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, con preservación de la corteza cerebral. <p>Demencia vascular mixta cortical y subcortical:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Cumple con los criterios generales de demencia vascular (G1-G4). B) El componente mixto puede sospecharse por las características clínicas, resultados de pruebas complementarias o ambos. <p>Otra demencia vascular. Demencia vascular sin especificación.</p>
Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos		

<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Evidencia de un traumatismo cerebral que cursa con pérdida de consciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión o signos neurológicos.</p> <p>C) El trastorno neurocognitivo aparece inmediatamente después del traumatismo o de recuperar consciencia y persiste tras el período agudo.</p> <p>Nota de codificación:</p> <p>294. 11 Con alteración del comportamiento.</p> <p>294. 10 Sin alteración del comportamiento.</p> <p>331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral.</p>	
Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos	
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) El deterioro cognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un síndrome confusional y persiste más allá de lo habitual de la intoxicación y abstinencia.</p> <p>C) La sustancia o el medicamento producen el deterioro cognitivo.</p> <p>D) Los déficit neurocognitivos tienen un curso temporal compatible con el consumo y abstinencia de la sustancia o medicación.</p> <p>E) El trastorno neurocognitivo no se atribuye a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>	

<p>Nota de codificación:</p> <p>291.2 Alcohol tipo no amnésico confabulatorio (trastorno neurocognitivo mayor).</p> <p>291.1 Alcohol tipo amnésico confabulatorio (trastorno neurocognitivo mayor).</p> <p>291.89 Alcohol (trastorno neurocognitivo leve).</p> <p>292.82 Inhalante (trastorno neurocognitivo mayor).</p> <p>292. 89 Inhalante (trastorno neurocognitivo leve).</p> <p>292.82 Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo mayor).</p> <p>292.89 Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo leve).</p> <p>292.82 Otras sustancias (trastorno neurológico mayor).</p> <p>292.89 Otras sustancias (trastorno neurológico leve).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Persistente.</p>	
<p>Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH</p>	<p>Demencia en la infección por VIH</p>
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Existe una infección documentada por VIH.</p> <p>C) El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por otra afección médica (distinta a VIH) ni otro trastorno mental.</p>	<p>A) Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4).</p> <p>B) Diagnóstico de infección por VIH establecido.</p> <p>C) No hay pruebas por la historia, exploración física o investigación especiales de otra posible causa de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, un trastorno</p>

<p>Nota de codificación: 294.11 Con alteración del comportamiento. 294. 10 Sin alteración del comportamiento. 331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH.</p>	<p>sistémico o abuso de alcohol o drogas.</p>
<p>Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones</p>	<p>Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (sólo forma parte del grupo más amplio de las enfermedades priónicas).</p>
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve. B) Inicio insidioso y progresión rápida. C) Existen características motoras o evidencias del biomarcador. D) El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a otra afección médica ni se explica mejor por otro trastorno mental.</p> <p>Nota de codificación: 294.11 Con alteración del comportamiento. 294. 10 Sin alteración del comportamiento. 331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad por priones.</p>	<p>A) Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4). B) Progresión muy rápida, con desintegración virtual de todas las funciones cerebrales superiores. C) Aparición de uno o más de los siguientes síntomas y signos neurológicos, normalmente después, o simultáneamente, de la demencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas piramidales. 2. Síntomas extrapiramidales. 3. Síntomas cerebelosos. 4. Afasia. 5. Déficit visual.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington	Demencia en la enfermedad de Huntington
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Inicio insidioso y progresión gradual.</p> <p>C) Existe enfermedad de Huntington clínicamente establecida o riesgo de padecerla o prueba genética confirmatoria.</p> <p>D) El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a otra afección médica ni se explica mejor por otro trastorno mental.</p> <p>Nota de codificación:</p> <p>294.11 Con alteración del comportamiento.</p> <p>294.10 Sin alteración del comportamiento.</p> <p>331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad de Huntington.</p>	<p>A) Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4).</p> <p>B) Las funciones subcorticales son las que se ven afectadas primero y predominan durante el cuadro clínico de demencia, que se manifiesta por enlentecimiento del pensamiento o de la movilidad y alteración de la personalidad, con apatía o depresión.</p> <p>C) Presencia de movimientos coreiformes involuntarios típicos de la cara, manos y hombros, o en la marcha.</p> <p>D) Antecedente de enfermedad de Huntington en uno de los padres o en un hermano, o antecedentes familiares que sugieran este trastorno.</p> <p>E) No hay signos clínicos que pudieran explicar los movimientos anormales.</p>
Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Demostración a través de la historia, de la exploración física o los análisis clínicos que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.</p> <p>C) Los déficit cognitivos no se explican por otra afección mental ni otro trastorno neurocognitivo.</p> <p>Nota de codificación: Se deben anotar todas las afecciones médicas etiológicas. 294.11 Con alteración del comportamiento. 294. 10 Sin alteración del comportamiento. 331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica.</p>	<p>Lipidosis cerebral, epilepsia, degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson), hipercalcemia, hipotiroidismo adquirido, intoxicaciones, esclerosis múltiple, neurosífilis, deficiencia de niacina (pelagra), poliarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, tripanosomiasis, deficiencia de vitamina B12.</p>
Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples	
<p>A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Demostración a través de la historia, de la exploración física o los análisis clínicos de que el trastorno neurocognitivo posee más de una etiología, excluidas sustancias.</p> <p>Nota de codificación: Se deben anotar todas las afecciones médicas etiológicas. 294.11 Con alteración del comportamiento.</p>	

<p>294. 10 Sin alteración del comportamiento. 331.83 Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples.</p>	
<p>Trastorno neurocognitivo no especificado</p>	<p>Demencia sin especificación</p>
<p>Recoge todos aquellos casos en que un trastorno neurocognitivo no cumple los criterios para ninguno de los tipos descritos anteriormente (p. ej., cuando no hay pruebas suficientes para establecer su etiología específica).</p> <p>Nota de codificación: 799.59 Trastorno neurocognitivo mayor o leve no especificado.</p>	<p>Cumple con los criterios generales de demencia (G1-G4) pero no es posible identificar uno de los tipos específicos descritos anteriormente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia presenil sin especificación. - Psicosis presenil sin especificación. - Demencia degenerativa primaria sin especificación. - Demencia degenerativa secundaria sin especificación. - Demencia senil sin especificación. - Demencia senil tipo deprimida o paranoide. - Psicosis senil sin especificación. <p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia senil con delirium o síndrome confusional agudo. - Senilidad sin especificación.

Anexo XXVII

En cuanto al juicio, se trataba de Isabel, una mujer de 81 años con deterioro cognitivo leve-moderado (disminución leve de las capacidades cognitivas). Isabel fue visitada en 2016 por el médico forense.

Antecedentes judiciales: implicada en el presente procedimiento como presunta víctima de un delito de estafa y/o falsedad documental (firma de un contrato de compra-venta de un local), ocurrido a finales de agosto de 2015. No constan contactos previos con el sistema judicial.

En 2014 ya fue al Hospital Clínic por problemas de memoria y los médicos ya observan su clara fragilidad y vulnerabilidad frente a otras personas.

Anamnesis redactada desde la unidad de psicología del IMLCFC en mayo de 2016:

Tiene 3 hermanos: un hermano mayor que murió y dos hermanas mayores, con las que mantiene una relación cordial. Tiene dos hijos: un varón y una mujer.

Nivel formativo: estudios primarios (hasta los 15-16 años).

Situación laboral y socioeconómica: pensionista (unos 600€/mes). Trabajó como fotógrafa de estudio en régimen autónomo. Percibe las rentas del alquiler de dos locales de su propiedad.

Antecedentes personales somático: sin interés.

Antecedentes personales de salud mental: consulta el servicio de Neurología del IMLCFC para evaluar sus funciones superiores en septiembre de 2014.

Pruebas neurocognitivas complementarias: alteración de memoria (verbal, visual y operativa), fluidez verbal (semántica) y habilidades visoespaciales; perfil de rendimientos compatible con afectación cortical de predominio temporomedial bilateral y frontoparietal (evaluación neuropsicológica en noviembre de 2014). Signos de atrofia cerebral de predominio subcortical (TAC en octubre de 2015).

Antecedentes familiares de salud mental: se desconocen.

Hábitos tóxicos: no constan.

Tratamiento psicofarmacológico actual: no consta.

Ámbito social: niega contacto con los servicios sociales de referencia.

Antecedentes judiciales: implicada en el presente procedimiento como víctima de un delito de estafa y/o falsedad documental (firma de un contrato de compraventa de un local), ocurrido a finales de agosto de 2015. No constan contactos previos con el sistema judicial.

Exploración clínica:

Acude acompañada de su hijo, no presente durante la exploración. Apariencia externa adecuada.

Contacto sintónico. Actitud correcta y colaboradora. Tranquila, serena. Eutímica; afecto congruente, levemente restringido. Discurso fluido, conexo, coherente, ajustado al contexto, sensiblemente más productivo al referirse a los hechos de actuaciones.

A nivel de procesos psicológicos básicos, se objetivan déficits de memoria explícita (evocación) sin repercusión en cuanto a contenidos episódicos autobiográficos, el resto de áreas aparentemente conservadas.

Capacidad intelectual en el rango inferior de la normalidad poblacional. Nivel cultural medio.

Configuración categórica sin rasgos actualmente destacables, sin indicadores de patología. A nivel psicopatológico, no se detecta sintomatología de ningún tipo, incluyendo los espectros ansioso, afectivo y psicótico, ni indicadores emocionales o conductuales sugestivos de trastorno neurocognitivo.

En relación a los hechos, se muestra contenidamente preocupada y dolida, presentándose como víctima de un engaño.

Evaluación neuropsicológica:

MMSE = 22/30 (corregida en función de la edad y el nivel de formación). Errores en orientación temporal y espacial, atención, cálculo y memoria (evocación). resultado limítrofe, levemente declinado respecto a evaluaciones anteriores (25/30 en octubre de 2014 y 23/30 en abril de 2016).

CAMCOG = 63/105, levemente inferior al punto de corte (>70/105). Orientación = 6/10 (leve alteración), lenguaje = 24/30 (normal), memoria = 11/27 (moderada alteración), atención/cálculo = 4/9 (moderada alteración), praxis 11/12 (normal), pensamiento abstracto = 3/8 (moderada alteración), percepción = 4/9 (leve alteración); función ejecutiva = 9/28 (moderada alteración).

Clínicamente, destacan dificultades importantes en la evocación mnésica a corto y medio plazo, empobrecimiento verbal e ideacional, y adecuado contacto con la realidad.

No presenta quejas subjetivas espontáneas, conciencia parcial de déficits (refiere que debe tener problemas cognitivos porque se lo manifiestan terceras personas).

Se descarta eventual exageración/simulación de síntomas y déficits.

Mantiene plena autonomía y funcionalidad, con supervisión regular de sus hijos (Barthel 100/100).

Resultados globalmente concordantes con los objetivos en la evaluación practicada hace un año y medio.

Impresión diagnóstica: deterioro cognitivo leve (GDS = 3), con afectación de las funciones superiores con mayor demanda (atención, concentración, procesamiento

de información, cálculo, memoria), sugestivo de posible trastorno neurocognitivo en fase incipiente.

Valoración:

Deterioro cognitivo leve, con alteración funcional en las áreas de atención, concentración, procesamiento de información, cálculo, memoria, compatible con un proceso patológico subyacente. Posiblemente este deterioro cognitivo leve esté asociado con una demencia en curso.

En abril de 2016 también tuvo una valoración médico-forense y en junio de 2017 también.

En 2016 además, en el Hospital Clínic, desde neurología se le hizo un informe de evolución y las conclusiones fueron las siguientes: "La exploración neuropsicológica muestra una moderada afectación de la memoria de fijación verbal así como de la capacidad de recuperación espontánea tanto verbal como visual y de la memoria de reconocimiento visual. Se detecta además un moderado compromiso de la fluencia semántica y de las habilidades cognitivas se sitúa dentro de los límites de la normalidad.

- Sabe cuándo nació.
- Sabe dónde nació.
- Tiene un hijo y una hija: sabe sus edades pero no cuándo nacieron.
- Es consciente en espacio y persona, no en tiempo.
- Reconoce olvidos desde hace 4 años.
- Le cuesta nombrar cosas
- No sabe cuánto vale una casa o un café, nada de lo que se pregunta.

Atendiendo a la Escala Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), correspondencia en enfermedad de alzheimer (EA), Isabel tenía una puntuación de 3 en la GDS, lo que significa que:

Padece un deterioro cognitivo leve, en un estadio FAST y diagnóstico clínico de una enfermedad de alzhéimer incipiente, con los siguientes síntomas claros:

Manifestación en una o más de estas áreas:

- Haberse perdido en un lugar no familiar.
- Evidencia de rendimiento laboral pobre.
- Dificultad incipiente para evocar nombres de persona.
- Tras la lectura retiene escaso material.
- Olvida la ubicación se pierde o coloca erróneamente objetos de valor.
- Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido.

- Disminución de la capacidad organizativa.

Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.

El juzgado de instrucción nº 28 de Barcelona, en 2015 redacta: "...no es creíble que en tan solo 26 días se haya podido pactar válidamente una rebaja del 50% en la renta arrendaticia y al mismo tiempo un contrato de compraventa del local alquilado, siendo más sorprendentemente aún que se hubiere ingresado por el acusado en la cuenta bancaria de mi representada la renta locativa correspondiente al mes siguiente a tal acto legislativo de dominio...".

Por tanto, si en 2014 Isabel comienza a notar pequeños olvidos y la familia lo corrobora también y por eso acuden al Hospital Clínic y en 2016 redactan un informe en el que en conclusiones afirman que Isabel apunta hacia un deterioro moderado, por tanto, hoy en día su estado ha debido evolucionar y en el mismo año de los hechos se apreciaban signos claros de atrofia cerebral de predominio subcortical (TAC en octubre de 2015).

Anexo XXVIII

JUTJAT INSTRUCCIÓ ... BARCELONA
D.P. ...

INFORME MEDICOFORENSE

Barcelona, ... de dos mil disset.

El metge forense Dr. ÀNGEL CUQUERELLA FUENTES, d'acord amb el manament de la magistrada del Jutjat referenciat, emet informe en relació a la exploració de la Sra. ... de 79 anys d'edat, amb el següent resultat:

1. FETS

Diu que va llogar uns locals quan tenia 65 anys, i "un cop li va deixar de pagar, ella es va posar en contacte amb ell, pe`ro ja el va avisar que marxés ja que ho necessitava ella". En relació a la "signatura" explica "que quan ell encara pagava, ell li feia signar a ella els rebuts de pagament".

2. DOCUMENTACIÓ

Dades processals i mèdiques recollides de l'expedient judicial.

3. EXPLORACIÓ (18.4.2016)

La pacient quan fou visitada tenia 79 anys, referint haver nascut el sis de març de 19.. a ..., on va viure uns mesos juntament amb els tres germans, els primers anys de vida. Des de ..., la mare va venir doncs amb els tres fills, retornant a la ciutat d'acolliment (Barcelona) definitivament. Té tres germans: .. anys el germà gran, ja mort , i dos noies de ... anys, i ... anys, aproximadament. Mantenen sembla ser, una relació cordial.

Deia tenir un fill de .. anys, desconeixent quan havia nascut, solter i separat i sense fills, i una noia de "... " anys (refereix que va nèixer al ...).

Va poder estudiar formació bàsica, fins als 15 anys. Va treballar des dels 15-16 anys fins als .. anys (casament), retornant a la feina quan es va quedar vídua (accident de cotxe: al ..., amb .. anys) amb un període de temps des dels 30 i escaig, fins a la jubilació, que no sap precisar. Neqa haver tingut altres parelles.

Explica que ella havia estat fotògrafa ja que va seguir la trajectòria del seu marit, a una botiga "que va posar ella". Diu que sap llegir i escriure.

Pel que fa a la salut, explicava tenir-ne bona, referint tan sols una amigdalectomia (als ... anys), sense cap medicació de forma regular.

En relació a l'oci i capacitats hedòniques, deia "sortir amb les amigues al cinema, a passejar" manifestant també "que anava a ... amb els fills, a temporades". Anava a la piscina diàriament, a passejar amb els amigues, sense interessos en programes determinats. Negava cap consum ni addicció.

Pel que fa a l'exploració psicopatològica, la vaig observar conscient i orientada en espai i persona, però desorientada en temps. Des d'un inici reconeixia "que si obliden coses" des de fa uns dos anys, amb repetició de les coses (aspecte del que podem donar fe). Reconeixia també "oblits", especialment "d'on deixa les coses". Observem dèficit en la nominalització d'objectes o coses. No sap expressar el que val una casa nova, i sí quan val un lloguer. No sap "què fa un notari" tampoc "el canvi d'euro a pessetes" ni "el que val un tallat" o "quan val la baixada de bandera d'un taxi". Li costa cercar aspectes abstractes. Petites dificultats amb plats a la cuina.

Nega "oblits" a la llar. No reconeix problemes amb el canvi de moneda de butxaca. Sap el valor d'objectes senzills. Sí sap el que val un diari. Sap categoritzar. Sap fer associacions i fa semblances. Entén algunes frases fetes.

Emocionalment es mostra tranquil·la.

Un cop ens entrevistem amb el fills, explica "que repeteix moltes coses, que era independent des dels .. anys, amb comptabilitat inclosa, però aquest anys els familiars la veuen despistada", amb mala memòria de treball (no recorda objectius diaris). La veuen "més fràgil i amb menys alerta vers la gent" referint una actitud més crèdula i certa infantilitat. Expliquen que la signatura del lloguer motiu d'aquest expedient, fou a l'estiu de 20.., i van anar al ... al ... per que "ja li veien coses (a la mare, s'entén)".

4. PSICOMETRIA

Es demana avaluació psicomètrica (...), els resultats de la qual (entregats el ...) indiquen, en resum, una exploració psicomètrica compatible amb un deteriorament cognitiu lleu, possiblement relacionat amb un trastorn neurocognitiu greu, d'evolució progressiva i irreversible, pel que fa a les capacitats cognitives superiors.

5. CONCLUSIONS

5.1. La Sra, ... evidencia a les exploracions (clínica i psicomètrica) un deteriorament cognitiu lleu-moderat, compatible amb un procés demenciant.

Aquest deteriorament és evolutiu, irreversible, i serà progressivament incapacitant.

5.2 D'acord amb la possible fragilitat emocional, dependència de l'entorn i pròdroms (síntomes subclínic) explorats, seria compatible l'estat cognitiu de la pacient al moment de la presumpta signatura del contracte amb una minva, com a mínim lleu, de les seves capacitats cognitives, la qual cosa alteraria les capacitats volitives.

Aquest deteriorament incipient, ja testat clínicament des del ... a l'... la faria vulnerable i procliu a decisions invàlides, sense la necessària (plena) capacitat executiva i intel·lectual que es necessita per a actes administratius mínimament complexos (contractes de compravenda).

És tot el que vull manifestar, en compliment d'allò ordenat

Anexo XXIX

Este juicio finalmente no se celebró, trataba sobre un delito de estafa a un anciano, sabemos que éste se trataba de un hombre llamado Juan, de 85 años de edad que padecía deterioro cognitivo moderado (demencia), de hecho, en el Examen Cognoscitivo Mini-Mental, obtuvo una puntuación de 22 sobre 30 (o cual es un resultado por debajo del punto de corte).

Juan estaba soltero y vivía solo desde hacía un año a raíz del ingreso de su hermana y recibía ayuda domiciliaria por parte de servicios sociales y también disponía de una asistente contratada privadamente.

Su nivel de estudios era básico y trabajó de marmolista y estuvo unos años en Alemania. En cuanto a hábitos tóxicos fue un exfumador y mantuvo una pauta diaria de ingesta de alcohol de una o dos cervezas al día como máximo, cuando era más joven.

Este hombre fue derivado de la Unidad de Psicología para un estudio neuropsicológico complementario a la valoración médico-forense, y la metodología a seguir fue:

- Entrevista de exploración previa a la evaluación neuropsicológica.
- Administración de las siguientes pruebas:
 - o CAMCOG-R: test neuropsicológico para la evaluación del deterioro cognitivo en personas de edad avanzada. Incluye el test de screening MMSE (TEA ediciones).

En cuanto al primer test, vemos que su puntuación total es de 64 sobre 105, obteniendo resultados inferiores al punto de corte y destacando especialmente el resultado significativamente insuficiente en tareas ejecutivas que implican capacidad de abstracción, fluidez ideacional, razonamiento visual, capacidad e integración visoconstructiva. También cabe decir que obtuvo un bajo rendimiento en tareas de recuerdo y reconocimiento/aprendizaje de memoria y déficit significativo en la tarea de atención/control mental y también se asocian dificultades en la atención sostenida y la flexibilidad cognitiva.

En cuanto a la información obtenida, podemos inferir los siguientes resultados:

- Sujeto colaborador (pero desinhibido, espontáneo y verborrérico e incluso descarrila las conversaciones con frecuencia) en la exploración que presenta signos de anosognosia o de negación de dificultades.
- Se obtienen resultados que indican déficits significativos en tareas de memoria y de sus funciones ejecutivas.

- Deterioro cognitivo moderado. Con lo cual, es un sujeto vulnerable a ser víctima del delito de estafa, como en este caso ocurre: su vecino que es abogado le retiraba grandes cantidades de dinero y le pidió poderes, además de que quería quedarse con el piso de Juan.
- Además, Juan dejó en su testamento reflejado que quería que Miriam Díaz Aroca (presentadora de televisión muy famosa) heredase todo lo que él tenía, esto puede explicarse por su claro deterioro cognitivo.

Anexo XXX

Sra. Maria R. De 84 años, viuda tiene una hija de 62 años con un trastorno psiquiátrico (tiene un informe que lo corrobora del Hospital del Mar pero no se especifica qué clase de trastorno tiene, se sospecha que pueda ser un TLP). Viven juntas en Hospitalet.

Maria ha acudido varias veces a otros hospitales (no tenemos conocimiento de cuáles, sólo de algunas veces en el hospital general de Hospitalet) a urgencias por heridas por caídas o golpes con las puertas y paredes (según dice ella) y ayer día 16 de octubre por la tarde ingresó por primera vez en el HUSC por heridas en la cabeza. Aquí se le hizo el mismo día un parte de lesiones y se denuncia a la hija al ministerio fiscal (o algo así se dice) diciendo que hay una persona maltratada.

Los vecinos dicen que oyen muchos gritos y golpes esta mañana y que normalmente es así, aseguran que la hija la maltrata.

Ella encubre a su hija diciendo que “han pasado mucho” y sigue diciendo que no ella no le hace daño.

Se quería ingresarla aquí para buscar un centro sociosanitario que le quede cerca de casa en Hospitalet para mantenerla lejos de su hija y cuidada pero la paciente pide alta voluntaria hoy día 17 de octubre 2018 porque la hija * que había sido denunciada por los mossos ha salido en libertad con cargos. Los vecinos la denunciaron.

*La hija no tiene llaves para ir a su casa y la madre pide el alta voluntaria para ir a su casa y abrirle la puerta.

Las dos (la hija y madre) de todas formas no están muy dispuestas a que María vaya a ningún centro sociosanitario.

Hospital Universitari Sagrat Cor

Josep P. 87 años
Etiqueta Filiació
Servicio: Urgències
Garante: Servei Català de la Salut

FULL DE VALORACIÓ D'INFERMERIA - UFISS

Data Ingrés:	Diagnòstic:	Antecedents:		Tt. Habitual:
	ITU (infecció orina)			
Data IQ:	Dèficit Sensorial			
	Auditiu +++++	X		
	Visual			
Típus:	Estat Consciència			
	Orientat			
	Desorientat	X		
Valoracions	Conscient	X		
Barthel 75 (real 50)	Inconscient			
Pfeiffer 5	Obnubilat			
Norton	Estat Emocional			
Caigudes	Tranquil	X		
Nafres	Trist - Por			
Grau I	Apàtic			
Grau II	Agitat	Estat Nutricional		
Grau III	Confós	Dolent	X Bò	

Situació Socio-familiar

	Viu amb família sense dependència físicpsíquica
	Viu amb parella de similar edat
	Viu amb família i/o parella i presenta algun grau de dependència
	Viu sol/a i té fills propers
X	Viu sol/a sense fills o aquests viuen lluny té un nebot
	Viu a Residència
	Altres

Vivenda

	Barreres arquitectòniques (esglaons, portes estretes, banyera, ...)
X	Ascensor (però utilitza les escales)
	Altres

Observacions

Aquesta tarda (29.10.2018) vindrà el seu nebot (Àngel) a buscar-lo.
El nebot sol·licitarà un Servei d'Ajuda a Domicili (SAD).
Menja molt ràpid, amb ansietat inclús. Cagüctic. Ungles peus molt llargues i sense dentadura. No es dutxa ni menja cada dia.

AX00797

ESCALA DE BARTHEL: Escala de valoració activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)

		SET. 1	SET. 2	SET. 3	SET. 4	SET. 5	SET. 6
ALIMENTACIÓ	-Independent	10					
	-Amb ajuda per tallar	5					
	-Totalment dependent	0					
HIGIENE	-Pot banyar-se sol	10					
	-S'afaita, es pentina, es renta la cara	5					
	-Totalment dependent	0					
VESTIR-SE	-Independent	10					
	-Amb ajuda moderada	5					
	-Totalment dependent	0					
FUNCIÓ VESICAL	-Continent	10					
	-Problemes ocasionals	5					
	-Incontinent	0					
FUNCIÓ INTESTINAL	-Continent	10					
	-Problemes ocasionals	5					
	-Incontinent	0					
UTILITZACIÓ WC	-Independent	10					
	-Ajuda parcial	5					
	-Totalment dependent	0					
TRANFERÈNCIES	-Independent	15					
	-Ajuda mínima o supervisat	10					
	-Gran ajuda	5					
	-Dependent grua ó 2p. No sedesta	0					
MARXA	-Independent 50 metres	15					
	-Petita ajuda ó caminador	10					
	-Independent cadira rodes	5					
	-Totalment dependent	0					
ESCALES	-Independent	10					
	-Ajuda o supervisió	5					
	-Totalment dependent	0					
PUNTUACIÓ TOTAL (pot anar de 0 a 100)		75					
Autònom: 100		Depend. Moderada: 40 - 55		Dependent total: <20			
Dependent lleu: > 60 - 95		Dependència severa: 20 - 35					

QUESTIONARI DEL ESTAT MENTAL PFEIFFER

		ERRORS
1	Quin dia és avui ? (mes / dia / any)	X
2	Quin dia de la setmana és avui ?	X
3	Sap on es troba ara ?	✓
4	Qui és el seu telèfon ? o quina és la seva adreça completa ?	✓
5	Quina edat té ?	X
6	On va néixer ?	✓
7	Sap quin és el nom del president del govern espanyol actual?	✓
8	Sap el nom del president anterior ?	✓
9	Quin és / era el cognom de la seva mare ?	X
10	Resti de tres en tres des de 20 fins el final	X
PUNTUACIÓ TOTAL ERRORS		5
0-2 Errors: Normal		5-7 errors : Det. Cognitiu moderat
3-4 errors: Det. Cognitiu lleu		8-10 errors: Det. Cognitiu sever
Nivell educatiu baix (elemental) admetre un error més		
Nivell educatiu alt (universitari) admetre un error menys		

86 a.

Hospital Universitari Sagrat Cor

Etiqueta Filiació

FULL DE VALORACIÓ D'INFERMERIA - UFISS

Data Ingrés:	Diagnòstic: Insuficiència cardíaca descompensada	Antecedents:	Tt. Habitual:
Data IQ:	Dèficit Sensorial		
	Auditiu	lleu	
	Visual		
Tipus:	Estat Consciència		
	Orientat	X	
	Desorientat	X	
Valoracions	Conscient	X	
Barthel 25	Inconscient		
Pfeiffer 2-3	Obnubilat		
Norton	Estat Emocional		
Caigudes	Tranquil	X	
Nafres	Trist - Por		
Grau I	Apàtic		
Grau II	Agitat 814A a vegades última		
Grau III	Confós		
		Estat Nutricional	
		Dolent	Bò X

Contenició
con Haloperidol també.

Situació Socio-familiar

<input type="checkbox"/>	Viu amb família sense dependència físicpsíquica
<input type="checkbox"/>	Viu amb parella de similar edat
X	Viu amb família i/o parella i presenta algun grau de dependència
<input type="checkbox"/>	Viu sol/a i té fills propers
<input type="checkbox"/>	Viu sol/a sense fills o aquests viuen lluny
<input type="checkbox"/>	Viu a Residència
<input type="checkbox"/>	Altres

Vivenda

<input type="checkbox"/>	Barreres arquitectòniques (esglaons, portes estretes, banyera, ...)
X	Ascensor
<input type="checkbox"/>	Altres

Observacions

AX00797

ESCALA DE BARTHEL: Escala de valoració activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)

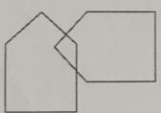

		SET. 1	SET. 2	SET. 3	SET. 4	SET. 5	SET. 6
5	ALIMENTACIÓ	-Independent -Amb ajuda per tallar -Totalment dependent	10 5 0				
40	HIGIENE	-Pot banyar-se sol -S'afaita, es pentina, es renta la cara -Totalment dependent	10 5 0				
0	VESTIR-SE	-Independent -Amb ajuda moderada -Totalment dependent	10 5 0				
0	FUNCIO VESICAL	-Continent -Problemes ocasionals -Incontinent	10 5 0				
0	FUNCIO INTESTINAL	-Continent -Problemes ocasionals -Incontinent	10 5 0				
5	UTILITZACIO WC	-Independent -Ajuda parcial -Totalment dependent	10 5 0				
15	TRANFERENCIES	-Independent -Ajuda minima o supervisat -Gran ajuda -Dependent grua o 2p. No sedesta	15 10 5 0				
15	MARXA	-Independent 50 metres -Petita ajuda o caminador -Independent cadira rodes -Totalment dependent	15 10 5 0				
0	ESCALES	-Independent -Ajuda o supervisió -Totalment dependent	10 5 0				
40	PUNTUACIO TOTAL (pot anar de 0 a 100)		25				
Autònom: 100		Depend. Moderada: 40 - 55	Dependent total: <20				
Dependent lleu: > 60 - 95		Dependència severa: 20 - 35					

(25)

QUESTIONARI DEL ESTAT MENTAL PFEIFFER

	ERRORS
1 Quin dia és avui ? (mes / dia / any)	X
2 Quin dia de la setmana és avui ?	X
3 Sap on es troba ara ?	X
4 Qui és el seu telèfon ? o quina és la seva adreça completa ?	X
5 Quina edat té ?	X
6 On va néixer ?	X
7 Sap quin és el nom del president del govern espanyol actual?	X
8 Sap el nom del president anterior ?	X
9 Quin és / era el cognom de la seva mare ?	X
10 Resti de tres en tres des de 20 fins el final	X
PUNTUACIO TOTAL ERRORS	
0-2 Errors: Normal	5-7 errors : Det. Cognitiu moderat
3-4 errors: Det. Cognitiu lleu	8-10 errors: Det. Cognitiu sever
Nivell educatiu baix (elemental) admetre un error més	
Nivell educatiu alt (universitari) admetre un error menys	

2.1.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30 y MEC-35)

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Orientación <i>miérc.</i> Digame el día 12 fecha <u>12</u> mes <u>sept.</u> estación <u>verano</u> año <u>2018</u> Digame el hospital (o el lugar) <u>S.C.</u> planta <u>6</u> ciudad <u>Bcn</u> provincia <u>Bcn</u> nación <u>España</u>		(5) (5)
Memoria de fijación Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana (repetirlas hasta que las aprenda)		(3)
Concentración y cálculo Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántos le van quedando?: <u>27 - 24 - 21 - 18 - 15</u> Repita estos números: 5 - 9 - 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: <u>2 - 9 - 5</u>		(5) (3)*
Memoria ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: <u>peseta manzana caballo</u>		(3)
Lenguaje y construcción ✓ Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj ✓ Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? <u>¿Limi</u> ¿Qué son el rojo y el verde? <u>tomate</u> ¿Qué son un perro y un gato? <u>contrario!</u> Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa		(2) (1) 0 (2)* 2 (3) 0 (1)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase <u>era triste</u>		(1)
Copie este dibujo  		(1)
Puntuación total MEC-35 Puntuación total MEC-30		(35) (30)
*Se suprimen para la versión de 30 ítems.		
Nivel de conciencia (marcar): _____		<u>31</u>
Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma		

Anexo XXXIV

Mientras algunos grupos de investigadores han señalado a la evidencia clínica, neuropatológica y de neuroimagen para sugerir que los individuos con deterioro cognitivo leve (DCL) constituyen un grupo distinto, en transición con la cognición normal a la demencia, otros han sugerido que los que presentan DCL realmente tienen demencia precoz. Es decir, unos autores afirman que el DCL constituye una categoría o entidad clínica distinta de la demencia ya que no cumple todos los criterios de la demencia (Robles, 2008) o porque su afectación es menos significativa en las actividades de la vida cotidiana afecta a menos de dos dominios cognitivos (la demencia a dos o más, según López y López, 2016), y otros dicen que justamente todo es un continuum, como por ejemplo Carabelos (2017).

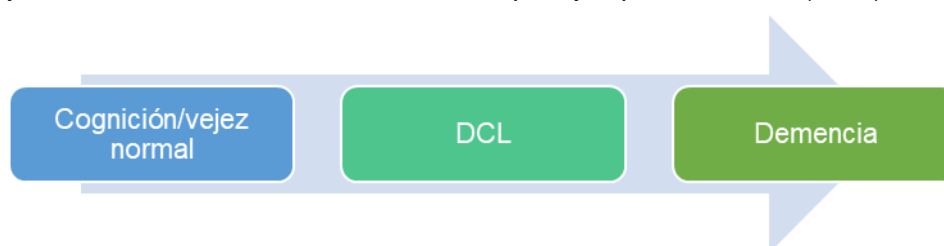


FIGURA 30. Continuum desde la cognición normal hasta la demencia. Elaboración propia en base a Viloría, 2011.

Bajo el punto de vista de Viloría (2011) el DCL supone un constructo sindrómico, por lo que el cumplimiento de sus criterios diagnósticos no asegura que exista una patología degenerativa subyacente, ni que los pacientes evolucionen a demencia, por tanto, no estaría de acuerdo con ninguno de los autores anteriores. Durante muchos años, este concepto ha resultado de gran utilidad para clasificar a aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar demencia. No obstante, la heterogeneidad de su definición y clínica (Rodríguez y Mirón, 2017) le resta fiabilidad para predecir la evolución.

Es importante identificar qué pacientes con DCL van a desarrollar demencia. El rango de progresión de DCL a EA varía y no todos los pacientes con DCL progresan a demencia. Aunque los pacientes con un diagnóstico clínico de DCL no necesariamente tienen EA, hay pacientes con DCL con patología subyacente de EA y eso es lo que les hace evolucionar hacia una demencia, estos pacientes constituyen la fase precoz de dicha enfermedad (el 18% de los casos en el primer año derivan en demencia, según Rodríguez y Mirón, 2017). No obstante, las condiciones son heterogéneas y algunos pacientes con DCL no desarrollan la enfermedad e incluso algunos estudios indican que un 5% revierte a la normalidad, aunque esto último orienta más bien a errores en el diagnóstico (Viloría, 2011).

Hasta el momento el análisis de los pacientes con DCL se ha considerado un acercamiento equivocado debido a que, en los períodos de estudio (1-3 años), la mayoría de los pacientes no progresan a demencia. En consecuencia, se precisarían estudios a más largo plazo porque, entre aquellos que desarrollan demencia, aproximadamente el 30% no es EA (Viloria, 2011).

Por otra parte, cabe distinguir dos entidades que, en los inicios presentan síntomas y signos inespecíficos que pueden confundir y llevar a clasificarlas incorrectamente como demencia: se trata del deterioro cognitivo durante el envejecimiento normal y del deterioro cognitivo leve (Rodríguez y Mirón, 2017).

Se llama *deterioro cognitivo durante el envejecimiento normal* al conjunto de alteraciones, por separado o conjuntas, pero de escasa gravedad y/o repercusión en la vida diaria de la persona que lo padece. Puede afectar a la memoria, a las capacidades ejecutivas o la rapidez del pensamiento y el razonamiento (Rodríguez y Mirón, 2017).

El deterioro *cognitivo leve* es la alteración de una o varias funciones intelectuales, que no llega a afectar de manera importante la capacidad de relación social, laboral y familiar del enfermo. Puede ser simple o múltiple, amnésico o no amnésico y derivar en demencia o no (el 18% de los casos en el primer año y medio sí lo hace, según Rodríguez y Mirón, 2017).

Weiner, Garrett y Bret (2010); Bruna, Pelegrín, Bartrés, Gramunt, Subirana y Dergham (2011) están de acuerdo con esta clasificación anterior de los distintos tipos de DCL (originalmente elaborada por Petersen y Morris, 2005), de hecho, estos segundos autores lo explican un poco más detalladamente, nosotros haremos un cuadro para que se vea plasmado más gráficamente:

Cuadro nº 27

Tipos de DCL (Bruna et al., 2011)

DCL amnésico (DCL-a)	Sólo afecta a la memoria y es la presentación más frecuente del DCL, a su vez es el más conocido y estudiado. Se observa un importante deterioro de la memoria, con una relativa preservación del resto de capacidades cognitivas.
DCL de dominios múltiples amnésico (DCL-dm-a)	Leve deterioro en más de un área cognitiva, siendo una de ellas la memoria, pero de gravedad insuficiente para constituir demencia. Implica diversos grados de afectación de

	algunos dominios cognitivos como el lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades visoespaciales, con alteración en la memoria.
DCL de dominios múltiples no amnésico (DCL-dm-na)	Afecta a varias áreas cognitivas distintas a la memoria, teniendo en cuenta que ésta puede estar afectada por la interrelación con otras áreas cognitivas que sí se hallen afectadas.
DCL de dominio único no amnésico (DCL-único-no-memoria)	Deterioro en un solo dominio distinto de la memoria (lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, etc.) y conservan relativamente intactas otras capacidades cognitivas, con un deterioro insuficiente de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como para constituir demencia.

Weiner et al. (2010) afirman que aquellos con máximo riesgo de conversión a enfermedad de Alzheimer parecen tener deterioro grave en la memoria más alteraciones de uno o más dominios cognitivos distintos (DCL de dominios múltiples amnésico), mientras que es más probable que los subtipos de no amnésicos o de un único o múltiples dominios se conviertan en otras demencias (Tabet, Hudson, Sweeney, Sauer, Bryant, Macdonald y Howard, 2005). Por ejemplo, el subtipo no amnésico de dominios múltiples es más probable que progrese a una demencia no Alzheimer, por ejemplo, con cuerpos de Lewy.

Bruna et al. (2011) han elaborado una figura en la que engloban todas estas cuestiones:

	Etiología	Degenerativa	Vascular	Psiquiátrica	Trauma
Clasificación clínica	DCL-a	EA		Depresión	
	DCL-dm-a	EA	Demencia vascular	Depresión	
	DCL-dm-na	Demencia por cuerpos de Lewy	Demencia vascular		
	DCL-único-no-memoria	Demencia por cuerpos de Lewy Demencia frontotemporal			

FIGURA 31. Propuesta de progresión del deterioro cognitivo a distintas formas clínicas de demencia. Bruna et al., 2011, p. 17.

Por tanto, siguiendo con lo anteriormente explicado, podemos resumir que en el espectro continuo entre vejez normal y demencia se sitúa el deterioro cognitivo leve (según Geda, Negash y Petersen, 2010, se puede definir como “esa zona gris”). Este estado hace referencia a personas que presentan un deterioro cognitivo con respecto a su edad, pero que no cumplen los criterios de demencia y funcionan de forma independiente. El patrón típico supone el desarrollo de un déficit de memoria seguido de otras anomalías cognitivas. Sin embargo, pueden observarse otros perfiles. Para su diagnóstico es preciso que la queja cognitiva motive la consulta a un especialista (Cacabelos, 2017).

Los trabajos realizados en este campo han mostrado que, si la queja es respaldada por un informador, es más fiable. En primer lugar, cabe señalar el DCL amnésico, que afecta a los sujetos que acuden a consulta por un fallo de memoria, preferentemente corroborado por un informador. Aún así, muestran cognición general normal, actividades de la vida diaria normales y, en los test neuropsicológicos, trastorno de memoria sin demencia. Por su parte, el DCL de dominios múltiples se caracteriza por un fallo de memoria, atención, cálculo o actividades visuoespaciales, pero de gravedad insuficiente para constituir una demencia (Cacabelos, 2017). Finalmente, existe también un DCL de dominio de no memoria alterada donde el trastorno se encuentra en una función cognitiva diferente de la memoria (lenguaje, cálculo, praxias).

Los pacientes del subgrupo DCL amnésico suelen evolucionar a una demencia neurodegenerativa de tipo Alzheimer. Los DCL de dominios múltiples pueden derivar en una EA, en una de cuerpos de Lewy o una demencia vascular, mientras que los DCL un dominio no de memoria suelen evolucionar hacia demencias degenerativas no Alzheimer (por cuerpos de Lewy o frontotemporales).

Anexo XXXV

Atendiendo a Cacabelos (2017), al valorar el estado de un sujeto con deterioro de funciones cognitivas es preciso plantearse diversos diagnósticos antes de determinar que se trata de una demencia. Para ello es de gran ayuda, una historia clínica exhaustiva y la realización de estudios complementarios.

Rodríguez y Mirón (2017), explican que en la comparación de las demencias con otras enfermedades parecidas se ha de tener en cuenta que cada enfermo es diferente en su expresión clínica, es decir, hay mucha heterogeneidad, tal y como se ha comentado anteriormente. No obstante, todos los tipos de demencia primarias conservan un rasgo clínico común: el deterioro cognitivo es *adquirido y permanente*, lo cual las distinguiría de algunos casos de DCL, comentados antes.

Así, cabe diferenciar las demencias de las enfermedades que cursan con deterioro cognitivo adquirido antes del desarrollo cognitivo (p. ej., meningoencefalitis con secuelas) o por discapacidad intelectual congénita (como en el síndrome de Down) de las que no alcanzan la gravedad o la intensidad suficiente para cumplir los criterios de demencia (envejecimiento fisiológico y deterioro cognitivo leve) contemplados anteriormente. Además, se debe diferenciar el deterioro cognitivo permanente, continuado en el tiempo, del transcurso de otras enfermedades como la depresión (cuadro nº 28), el delirium (cuadro nº 29) y la amnesia global transitoria. La reevaluación continua y la recopilación del máximo de información clínica permiten abrir el objetivo y definir el tipo de demencia de la que se trata.

Cuadro nº 28

Diferencias entre seudodemencia depresiva y demencia (Rodríguez y Mirón, 2017)

	Seudodemencia depresiva	Demencia
Historia y curso evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Su inicio está bien definido - Evolución rápida en semanas - Antecedentes previos de depresión u otros trastornos relacionados 	<ul style="list-style-type: none"> - Su inicio es insidioso - Evolución lenta en años - Sin antecedentes previos
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Poco esfuerzo en responder - Incongruencia de las quejas detalladas y elaboradas - Asimetría entre el comportamiento y el supuesto déficit cognitivo - Mejoría vespertina 	<ul style="list-style-type: none"> - Se esfuerza para responder - Pocas quejas. Sin conciencia de enfermedad - Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo - Empeoramiento vespertino y

		nocturno - Afecto plano, apatía
Exploración	<ul style="list-style-type: none"> - Se esfuerza para responder - Respuestas de tipo “no sé”. - Lagunas de memoria específicas (p. ej., puntos “sensibles”) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas que intentan disimular el déficit - Patrón de déficit congruente - No hay lagunas de memoria concretas

Cacabelos (2017) señala que entidades psiquiátricas como la depresión, la manía, la esquizofrenia, el trastorno simulación o el de conversión pueden causar un cuadro clínico similar a la demencia. A este grupo de trastornos pertenece la depresión, sin duda es un agente causante de mayores problemas diagnósticos y es frecuente en la edad senil. En ocasiones, ambas patologías (depresión y demencia) se asocian a un mismo paciente.

A veces, la depresión se presenta con síntomas de demencia (seudodepresión o síndrome demencial de la depresión, según Folstein, Folstein y Mchugh, 1975) y la demencia con síntomas de depresión, tal y como se ha comentado anteriormente en el presente trabajo de final de grado. Atendiendo a Munro y Lacritz (2010) el patrón clínico de estas personas depresivas con síntomas de demencia suele responder a una demencia subcortical (el paciente se encierra en sí mismo y se observa apatía, falta de atención, lentitud y pobreza del lenguaje, trastornos en la orientación temporal y espacial). Entre las pistas que apuntan a un origen depresivo de los síntomas se encuentra un inicio más lento en la demencia que en la depresión. El paciente depresivo suele ser quien solicita la consulta, llevado por su gran ansiedad, y tiende a sobrellevar sus síntomas. En cambio, el paciente con demencia acude a consulta por medio de sus familiares, dado que no considera su trastorno tan intenso. Además, el cuadro de depresión suele presentar tendencia al llanto, anorexia y adelgazamiento, así como dificultad para realizar actividades diarias por falta de energía más que por dificultad para su planificación.

Cuadro nº 29

Diagnóstico diferencial entre demencia y delirium (Rodríguez y Mirón, 2017)

Demencia	Delirium/estado confusional agudo
Inicio inespecífico temporal	Se conoce la fecha exacta de inicio
Curso progresivo	Curso agudo
Irreversible	Reversible
Ritmo circadiano sueño/vigilia alterado	Alteración horaria del ritmo sueño/vigilia
Fluctuación diaria. Sin cambios fisiológicos	Fluctuación horaria
No se altera el nivel de conciencia	Se altera el nivel de conciencia
Atención normal (variable)	Atención disminuida
Afectación tardía: desorientación psicomotora	Afectación precoz: desorientación psicomotora
Trastorno degenerativo	Trastorno fisiológico

Cacabelos (2017) refiere que el delirium se caracteriza por deterioro cognitivo de inicio brusco, habitualmente en el contexto de un cuadro infeccioso o por tóxicos, con afectación del nivel de conciencia y un carácter fluctuante de los síntomas. Es frecuente observar disminución de atención, déficit de memoria (sobre todo, la inmediata), desorientación en el tiempo y el espacio, pensamiento desorganizado, alteraciones del lenguaje (desestructurado) y de la percepción (alucinaciones), cambios del ritmo vigilia-sueño y trastorno por defecto o exceso de actividad psicomotora. Se trata de un cuadro reversible, aunque en estudios de seguimiento a largo plazo se ha observado que, con los años, estos sujetos pueden desarrollar demencia.

En cuanto a síndromes cerebrales focales, Cacabelos (2017), manifiesta que aunque una demencia puede iniciar su clínica por un síntoma focal, para confirmar el diagnóstico es preciso confirmar una afectación generalizada. Por eso, a veces las lesiones focales corticales o subcorticales que se manifiestan con trastornos neuropsicológicos aislados o parciales pueden inducir un error en el diagnóstico. Dentro de estos cuadros destacan las lesiones en lóbulos frontales o temporales como consecuencia de traumatismos, infecciones o infartos.

El síndrome amnésico de Korsakoff (producido por lesión bilateral de los circuitos de memoria habitualmente debido a un déficit de vitamina B1) causa una amnesia anterógrada, es decir, una incapacidad para procesar nueva información que lleva al paciente a no reconocer las personas o lugares que lo rodean y a una consiguiente desorientación temporoespacial. Estos pacientes pueden tener una amnesia

retrógrada leve. La amnesia global transitoria no suele plantear problemas de diferenciación con una demencia, por su inicio agudo y su recuperación completa en menos de 24 h.

En resumen, el diagnóstico diferencial de la demencia se haría con los siguientes trastornos:

Cuadro nº 30
Diagnóstico diferencial de demencia (Cacabelos, 2017)

Síndrome confusional agudo (delirio)	Cuadro brusco, fluctuación del nivel de conciencia
Depresión	Historia previa de depresión, tristeza y aplanamiento afectivo
Síndromes focales	Afectación de un ámbito cognitivo por una causa reconocible
Deterioro cognitivo leve	La disfunción cognitiva no afecta a las actividades cotidianas

Anexo XXXVI

Coria (2006); Acarín y Acarín (2010) explican que en principio, el sistema nervioso debe ser tan susceptible al paso del tiempo como cualquier otro órgano o sistema, y aún más si tenemos en cuenta que los principales elementos celulares del tejido nervioso son células postmitóticas y que su capacidad de regeneración, aunque presente, es limitada.

Por esta razón los ancianos sanos o que no tienen una enfermedad específica presentan con frecuencia alteraciones neurológicas, entre las que destacan las alteraciones cognitivas. Estas pueden ser de tres tipos:

Cuadro nº 31
Alteraciones cognitivas en ancianos (Coria, 2006)

1. Alteraciones de la memoria (procesos de aprendizaje y almacenamiento de la memoria (proceso de aprendizaje y almacenamiento de informaciones nuevas).
2. Alteraciones de las capacidades ejecutivas.
3. Alteraciones de la rapidez del pensamiento y del razonamiento

El sustrato anatómico y funcional de estas alteraciones no se conoce con detalle, en parte debido a que los efectos específicos del envejecimiento sobre el cerebro están sujetos a factores de confusión, como la variabilidad interindividual del proceso de envejecimiento, la coexistencia de enfermedades específicas de comienzo tardío en un número elevado de ancianos y la capacidad de compensación de defectos funcionales que posee el sistema nervioso central, incluso en edades avanzadas.

El envejecimiento no afecta globalmente al cerebro sino a partes discretas del lóbulo frontal y temporal, que participan en las capacidades ejecutivas y de almacenamiento de informaciones nuevas.

El cerebro de las personas ancianas es capaz de utilizar estrategias funcionales compensatorias posibles deficiencias funcionales y/o estructurales.

En el envejecimiento cerebral se dan: cambios anatómicos y celulares, cambios moleculares y cambios estructurales, nos centraremos en estos últimos.

La relación entre los cambios estructurales y la capacidad cognitiva en la edad se ha estudiado mediante la neuroimagen funcional. Las observaciones realizadas hasta ahora han supuesto un cambio conceptual importante y se pueden resumir en tres puntos:

Cuadro nº 32

Relación cambios estructurales-capacidad cognitiva en el envejecimiento (Coria, 2006)

1. Los individuos ancianos tienden a realizar las tareas cognitivas de forma distinta a como lo hacen los individuos jóvenes, incluso cuando el nivel de ejecución es similar en ambos grupos.
2. Los individuos ancianos emplean más áreas cerebrales para realizar la misma tarea cognitiva que los individuos jóvenes. De hecho, los individuos de edad avanzada que realizan tareas cognitivas relacionadas con procesos mnésicos y capacidades ejecutivas utilizan áreas cerebrales más extensas que los individuos más jóvenes.
3. Los ancianos utilizan áreas cerebrales de ambos hemisferios (bilateralidad) para realizar tareas exclusivamente unilaterales; en otras palabras durante el envejecimiento tiende a desaparecer la lateralización de las funciones cerebrales, uno de los rasgos más característicos de la organización funcional del sistema nervioso.

El deterioro cognitivo leve (DCL) puede definirse como alteración de una o varias funciones o grupos de funciones intelectuales que no llega a distorsionar de manera

importante o notable la capacidad de relación social, familiar, laboral o las actividades de la vida diaria. Los síndromes cognitivos más graves suelen manifestarse por la alteración de varias funciones cognitivas, interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria y se denominan demencias cuando tales alteraciones producen un déficit importante y notorio de la capacidad de relación social, familiar o laboral de un individuo. La diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia radica, por tanto, en el grado de alteración de las funciones intelectuales y de repercusiones de la conducta del paciente en su vida social, familiar y laboral de un individuo y en sus actividades diarias.

Como pronóstico, Coria (2006) refiere que la evolución de los trastornos cognitivos del anciano es muy heterogénea. Los estudios longitudinales en sujetos sanos indican que el deterioro de las capacidades ejecutivas y mnémicas experimentan una progresión muy lenta a partir de los 60 años.

