

Cristina Gallego Argilaga

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR:

Análisis de tres casos clínicos.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por M^a Lourdes Camprubí Reverté

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2023

El presente Trabajo de Fin de Máster se centra en el estudio del Trastorno Neurocognitivo Mayor, abordando tres casos clínicos y exponiendo información acerca de la historia clínica de los pacientes, la evaluación e intervención.

La versión completa del trabajo contiene información confidencial y por dicho motivo no puede ser compartido en su totalidad. Este documento es una versión reducida, en la cual se incluye el apartado de fundamentación teórica y la bibliografía.

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	3
1.1 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS.....	3
1.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	5
1.1.2 EVALUACIÓN.....	6
1.1.3 INTERVENCIÓN.....	8
1.2 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	11
1.3 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO POR ENFERMEDAD DE CUERPOS DE LEWY.....	13
2. ANÁLISIS DE CASOS	16
2.1 CASO 1	16
2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	16
2.1.2 EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO	17
2.1.3 HIPÓTESIS	19
2.1.4 OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	20
2.1.5 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO	21
2.1.6 RESULTADOS Y SEGUIMIENTO	28
2.2 CASO 2	31
2.2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	31
2.2.2 EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO	32
2.2.3 HIPÓTESIS	34
2.2.4 OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	35

2.2.5 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO	36
2.2.6 RESULTADOS Y SEGUIMIENTO	42
2.3 CASO 3	44
2.3.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	44
2.3.2 EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO	45
2.3.3 HIPÓTESIS	48
2.3.4 OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	48
2.3.5 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO	49
2.3.6 RESULTADOS Y SEGUIMIENTO	55
3. LIMITACIONES	57
4. CONCLUSIONES CRÍTICAS Y MEJORAS	58
5. BIBLIOGRAFÍA	60
6. ANEXO	63

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

Uno de los mayores factores asociados a la prevalencia de las enfermedades crónicas presentes en la actualidad, viene derivado del aumento de la esperanza de vida, la supervivencia y el envejecimiento de la población. Durante los años, el número de casos de demencia ha ido aumentando de forma exponencial; en el año 2015 se contabilizó una cifra alrededor de los 47 millones de personas diagnosticadas de demencia en el mundo y se estima que para el año 2050 la cifra alcanzará los 130 millones de casos. Según los datos aportados por un metanálisis de estudios epidemiológicos durante los años 1980 y 2009, la prevalencia de demencia, para personas mayores de 60 años, se situaba entre el 5% y el 8%. En España, la prevalencia de demencia para personas mayores de 65 años se sitúa entre el 5.5% y el 5.8%, mientras que para los mayores de 70 años, se sitúa entre el 9.4% y el 8.5%. En cuanto a la incidencia anual para personas mayores de 60 años, se considera que en el marco europeo se aumenta a una velocidad de 34.1 casos por cada mil habitantes al año; mientras que en España la cifra se centra en los 9.2 casos por cada mil habitantes al año (Garre-Olmo, 2018).

Además, la demencia es un factor importante en el riesgo de mortalidad. Tras el diagnóstico, se estima una tasa de supervivencia entre 1.1 y 8.5 años. Estudios realizados consideran que en torno al 14% de las muertes, en la población mayor de 76 años, es atribuible a un proceso de demencia; siendo la Demencia Frontotemporal y la Demencia por Cuerpos de Lewy los subtipos que muestran un mayor riesgo de mortalidad (Garre-Olmo, 2018).

El envejecimiento es un proceso evolutivo de los seres humanos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de capacidades y el aumento de la vulnerabilidad hacia la muerte. Tiene un carácter multifactorial, ya que afecta tanto a componentes morfológicos, como cognitivos y funcionales en el ser humano. Estos cambios se asocian a la reducción del volumen del cerebro, el aumento del grado de atrofia en la gran mayoría de áreas cerebrales, la dilatación de los ventrículos, aumento del tamaño de las meninges y el agrandamiento del espacio subaracnoideo. Además, también se observa una repercusión en las capacidades cognitivas como el enlentecimiento en el procesamiento de la información, disminución de la capacidad mnésica,

alteraciones en el lenguaje, dificultades en el procesamiento viso-espacial y alteraciones de las funciones ejecutivas; esto ocurre en relación con una reducción del volumen de la materia blanca y gris en el cerebro, así como una disminución de las sinapsis. A pesar de ello, todos estos cambios son de pequeña magnitud y, por tanto, no son clínicamente significativos, por lo que no muestran una repercusión funcional en la vida de las personas ancianas (Matías-Guiu, 2021).

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o Trastorno Neurocognitivo Leve, según la clasificación DSM-5, representa la fase intermedia entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento normativo y el proceso establecido de demencia. Se trata de una etapa de transición, en la mayoría de los casos, en la que se empiezan a mostrar leves alteraciones en el rendimiento cognitivo, las cuales no se explicarían por procesos normativos de la edad. Estos cambios, por tanto, si tienen significación y se verían reflejados en los resultados de una valoración neuropsicológica. A pesar de ello, no implican un impacto en la autonomía o capacidad funcional del individuo en las actividades de la vida diaria y, es por este motivo, no se cumplen los criterios diagnósticos de un proceso de demencia (Matías-Guiu, 2021).

Por otro lado, el Trastorno Neurocognitivo Mayor corresponde al establecimiento del proceso de demencia. Se trata de una condición adquirida, es decir, representa un cambio negativo respecto al nivel de rendimiento cognitivo inicial. En él se ven afectadas múltiples funciones cognitivas, las cuales interfieren significativamente en la capacidad de autonomía del individuo y en la funcionalidad en las actividades de la vida diaria (Matías-Guiu, 2021).

La diferencia entre el Trastorno Neurocognitivo leve y el Trastorno Neurocognitivo mayor radica en la intensidad de la sintomatología cognitiva y en la influencia de estas dificultades en la capacidad funcional del individuo para mostrarse autónomo en las actividades de la vida diaria (López-Álvarez, 2015).

Por tanto, podemos llegar a la conclusión que los procesos de degeneración neurocognitivos forman parte de un continuo, que iría desde el envejecimiento normativo hasta las fases de demencia establecidas. El proceso de degeneración se iniciaría por un estado de alteraciones cognitivas

asociadas a la edad, seguido de una fase de Deterioro Cognitivo Leve, hasta llegar al establecimiento de un Trastorno Neurocognitivo Mayor.

1.1.1 FACTORES DE RIESGO

La edad es considerada el principal factor de riesgo. A mayor edad, mayor es el riesgo de padecer un Trastorno Neurocognitivo (Matías-Guiu, 2021 y De León-Arcila, 2009).

Otro factor a tener en cuenta es el sexo; en general, se ha encontrado mayor prevalencia de casos entre las mujeres; podría explicarse relacionado por la mayor esperanza de vida (Matías-Guiu, 2021 y de De León-Arcila, 2009).

También se ha encontrado relación con factores demográficos. El incremento de los casos de demencia a nivel mundial está generalizado, a pesar de ello, se conoce que el 86% de los casos se establecen en los países más desarrollados (Matías-Guiu, 2021). Esto podría deberse al hecho de que en los países subdesarrollados las enfermedades se encuentren infradiagnosticadas.

El nivel sociocultural bajo también se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas; relacionado con otros factores como el nivel socioeconómico, la baja escolarización, las dificultades nutricionales y las dificultades en el acceso a la atención sanitaria (De León-Arcila, 2009).

Por lo que respecta al rendimiento cognitivo, se conoce que una buena reserva cognitiva se asocia a factores neuroprotectores, ya que la educación promueve el desarrollo cerebral, el crecimiento dendrítico y la circulación, así como el desarrollo de un cerebro con mayor capacidad plástica y mayor capacidad para buscar estrategias compensatorias (de León-Arcila, 2009). Por contraposición, se ha establecido el bajo rendimiento cognitivo como un factor de riesgo potencial para desarrollar alteraciones neurocognitivas (Garre-Olmo, 2018).

Por otro lado, se ha establecido una relación entre determinadas enfermedades y la mayor prevalencia de demencia. Estas serían las enfermedades cardiovasculares, las pulmonares y la Diabetes Mellitus de tipo

II (De León-Arcila, 2009). Además, el Deterioro Cognitivo Leve es un factor de riesgo potencial para el desarrollo de un Trastorno Neurocognitivo Mayor, dado el elevado índice de incidencia en la conversión, que se establece entre el 10% y el 15% de casos anuales (Valls-Pedret, 2010).

1.1.2 EVALUACIÓN

La evaluación neuropsicológica tiene dos objetivos principales: en primer lugar, objetivar el patrón de capacidades preservadas y alteradas, con tal de conocer el perfil neuropsicológico característico del individuo y, de ese modo, poder establecer una orientación diagnóstica clara; y, por otro lado, establecer el punto de partida para la intervención (Subirana, 2011).

El primer paso para la evaluación es el uso de escalas de cribado cognitivo, como la escala *Mini Mental State Examination* (Folstein, 1975), el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (Nasreddine, 2005) o el Test del reloj (Cacho, 1999). Este tipo de pruebas son herramientas estandarizadas de fácil y rápida aplicación, pero no son instrumentos con poder diagnóstico. Tienen el objetivo de discriminar entre los posibles casos de deterioro cognitivo y aquellas personas que no presentan afectaciones neurocognitivas y, por tanto, se utilizan de forma previa para identificar los casos en los cuales se deba llevar a cabo un estudio más profundo (Matías-Guiu, 2021).

El segundo paso es la realización de una evaluación extensa y específica de todas las capacidades cognitivas (orientación, memoria, atención, funciones ejecutivas, praxias, gnosias y lenguaje) en la cual se llevan a cabo todo un seguido de pruebas estandarizadas que permiten evaluar el rendimiento en áreas cognitivas concretas y observar el funcionamiento de los procesos mentales del individuo y su desempeño en la realización de las tareas (Matías-Guiu, 2021). Algunas de las pruebas que se podrían aplicar en este proceso son: el Test Barcelona II (Peña-Casanova, 2019), el cual contiene un seguido de sub-escalas para medir las diferentes funciones cognitivas y sus componentes; para medir la capacidad atencional se pueden utilizar el sub-test de Dígitos Directos (Wechsler, 2013), el Trail Making Test parte A (Reitan, 1992) o el Test de Stroop (Golden, 1978); para evaluar la capacidad mnésica se puede utilizar el Test de aprendizaje libre y selectivamente facilitado (Buschke, 1984), el Test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey

(Rey, 1958) o el dibujo de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1964); para evaluar las gnosias se puede utilizar el Test de orientación de líneas de Benton (Benton, 1978) o el Test de figuras superpuestas de Poppelreuter (Poppelreuter, 1990); para valorar el lenguaje se puede utilizar el Test de denominación de Boston (Kaplan y cols., 1978); en cuanto a las funciones ejecutivas, se pueden medir a través del sub-test de Dígitos Inversos (Wechsler, 2013), el Trail Making Test parte B (Reitan, 1992), el Test de Fluencia Verbal fonémica (Artiola, et al. 1999) o el Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Grant y Berg, 1948).

Los Trastornos Neurocognitivos tienen una gran relación con sintomatología emocional y conductual. Por ello, es importante realizar una valoración del estado neuropsiquiátrico del individuo y determinar que síntomas emocionales y conductuales se presentan en cada caso. Algunos de los síntomas más frecuentes asociados a los Trastornos Neurocognitivos serían: apatía, agitación, irritabilidad, síntomas ansiosos y depresivos, alucinaciones, delirios y desinhibición (Matías-Guiu, 2021). Para ello, se pueden utilizar escalas como el Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, 1994), la Escala de Cornell para Depresión en Demencia (Pujol, 2001) o la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1982).

Otro aspecto fundamental en la evaluación integral del individuo es la valoración de las capacidades funcionales. Esta se lleva a cabo a través de escalas validadas, a partir de las cuales se pretende objetivar la repercusión que tiene la degeneración de las capacidades cognitivas en la autonomía y funcionamiento de las actividades de la vida diaria (Matías-Guiu, 2021). Algunas de las escalas funcionales utilizadas podrían ser: la Escala de demencia de Blessed (Blessed, 1968) o la Interview for deterioration in daily life in dementia (Tunisse, 1991).

Finalmente, un aspecto muy importante a tener en cuenta es el hecho que la valoración neuropsicológica no es un proceso estático, es decir, no termina con el establecimiento de una orientación diagnóstica. La evaluación es un proceso continuo, el cual permite, por un lado, establecer el perfil neuropsicológico del individuo, generar los objetivos a trabajar en la intervención y, por otro lado, determinar el patrón de progresión de la demencia a través de realizar evaluaciones de seguimiento de forma

periódica, así como poder identificar las nuevas necesidades e ir cambiando los objetivos y el tratamiento (Subirana, 2011).

1.1.3 INTERVENCIÓN

Dado que actualmente se desconoce la manera de restaurar la función cognitiva dañada, este tipo de intervenciones tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo, a través de mantener o retardar la progresión del declive de la enfermedad (Matías-Guiu, 2021 y Subirana, 2011). Según un estudio sobre los efectos, a largo plazo, de los programas de estimulación cognitiva en personas mayores con deterioro cognitivo leve, se evidenció que la intervención no farmacológica puede ser favorable para mejorar el rendimiento cognitivo (Gómez-Soria, 2021); además, también se ha evidenciado que se puede lograr el mantenimiento de las capacidades durante las fases en las que se esperaría que se produjese un declive cognitivo, o en el caso de que los síntomas evolucionen desfavorablemente, lo hagan de una manera más lenta (Justo-Henriques, 2019). Del mismo modo, la intervención cognitiva en personas con Trastornos Neurocognitivos han demostrado que también ofrecen beneficios en la mejora de la calidad de vida y de las afectaciones emocionales y conductuales (Orejarena-Ballestas, 2017).

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible, para poder mantener o enlentecer el proceso de deterioro cognitivo (Justo-Henriques, 2021). Además, la intervención debe estar basada en los resultados de la evaluación; conocer el perfil neuropsicológico del individuo, así como las características del contexto, el nivel de conciencia, las expectativas sobre el proceso de enfermedad y recuperación, van a ser claves para individualizar la intervención (Subirana, 2011).

Es importante tener en cuenta que la intervención debe tener un enfoque integral (Becerra, 2016). Se lleva a cabo a partir del trabajo de un equipo multidisciplinar de profesionales especializados (Christensen, 2011), y debe centrarse en el individuo, pero también es imprescindible integrar la figura del cuidador o familiar (Becerra, 2016).

Como se ha comentado anteriormente, el tratamiento de los Trastornos Neurocognitivos tiene como objetivo general el propósito de mejorar la calidad de vida del individuo y su entorno. Esto se consigue a través del

establecimiento de objetivos específicos que abordan al individuo de manera íntegra:

- Mantener la degeneración de las capacidades cognitivas de manera estable durante el mayor tiempo posible (Subirana, 2011).
- Reducir el grado de dependencia manteniendo las capacidades funcionales y la autonomía durante el mayor tiempo posible (Subirana, 2011).
- Abordar las alteraciones conductuales que vienen derivadas por el Trastorno Neurocognitivo (Matías-Guiu, 2021).
- Abordar los problemas emocionales que surgen durante el proceso, tanto al individuo como al entorno (Matías-Guiu, 2021).
- Asegurar el cubrimiento de las necesidades básicas del individuo, sobre todo en personas con fases de demencia avanzada (Matías-Guiu, 2021).

Para ello se utilizan diferentes técnicas de intervención:

- **Técnicas de intervención cognitiva:**

- **Terapia de Orientación a la Realidad (TOR):** permite al individuo tomar consciencia de la situación actual en cuanto a las tres esferas de orientación. Proporciona herramientas para evitar la desconexión con el entorno. Se trabaja a través del establecimiento de facilitadores y adaptaciones en el entorno que permitan al individuo optimizar su orientación (Becerra, 2016). La TOR está diseñada para tratar las dificultades en la memoria, así como fomentar las habilidades comunicativas y sociales, a partir de actividades que propician la interacción social (Subirana, 2011).
- **Terapia de Estimulación Cognitiva (T.EC):** se basa en los principios de la neuroplasticidad, los cuales establecen que la activación y entrenamiento de las funciones cognitivas pueden favorecer la creación de conexiones sinápticas que fortalezcan la función mediante procesos de restauración y compensación (Subirana, 2011). Puede llevarse a cabo de manera globalizada o específica. La estimulación cognitiva global tiene el objetivo de llevar a cabo actividades que estimulen las capacidades mentales de manera general para mantener su funcionamiento; la estimulación cognitiva específica se basa en los

resultados de una evaluación neuropsicológica y pretende realizar un trabajo más acotado centrando su acción en las áreas que se muestran afectadas (Becerra, 2016).

- **Terapia de Reminiscencia:** Trabaja a partir de la activación de la memoria episódica remota. Se focaliza en la historia de vida para fomentar el mantenimiento de la identidad personal. (Becerra, 2016).
- **Técnicas de intervención físico-funcional:**
 - **Estimulación de las Actividades de la Vida Diaria (AVD):** se focalizan en el fomento de la autonomía del individuo a través de la adaptación al medio. Se trabaja basándose en los hábitos y rutinas del individuo (Becerra, 2016). Estimulan las actividades significativas y permiten, al individuo, mantener participación en actividades básicas de autocuidado como la higiene personal, la alimentación, etc. (Matías-Guiu, 2021).
 - **Estimulación física:** combinan los ejercicios aeróbicos con actividades de resistencia. Si se aplican de manera regular, permiten potenciar el mantenimiento de funciones como el equilibrio y la marcha y reducen el riesgo de lesiones y caídas (Matías-Guiu, 2021).
- **Técnicas de intervención emocional y conductual:**
 - **Terapia de Validación:** permite establecer una comunicación empática con el individuo para fomentar la dignidad, reducir la ansiedad y prevenir los sentimientos de frustración, así como aumentar la conciencia del proceso de envejecimiento y de la enfermedad neurodegenerativa que padece el individuo. Además, mejoran la comunicación y el funcionamiento social (Becerra, 2016).
 - **Intervención Conductual:** Es importante adaptar el entorno para que el ambiente no sea provocador de este tipo de síntomas, así como conocer los factores asociados al suceso, tanto los desencadenantes, como el desarrollo y las consecuencias; esto permite actuar sobre los factores asociados para prevenir o minimizar la aparición de los síntomas (Becerra, 2016).

- **Técnicas de intervención en el entorno familiar:**

- **Grupos familiares:** son sesiones psicoeducativas en formato grupal, en las cuales se ofrece, a los familiares, información sobre los Trastornos Neurocognitivos. Además, los participantes intercambian pensamientos, experiencias personales y pueden expresar sentimientos relacionados con el hecho de convivir, o tener relación, con una persona cercana diagnosticada de algún tipo de estos trastornos (Christensen, 2011).
- **Psicoterapia individual:** son sesiones de psicoterapia en formato individual, en las cuales se pretende detectar necesidades específicas del cuidador, incrementar la comprensión de la enfermedad y aprender a convivir con las conductas y síntomas propios del trastorno. El objetivo final, de estas sesiones, es mejorar el estado emocional y la calidad de vida del cuidador (Bruna, 2011).
- **Programas de respiro:** se trata de ayudas que complementan el servicio del cuidador. Pueden ir desde servicios de atención a domicilio, hasta centros de día o incluso estancias temporales en residencias de la tercera edad. Son recursos que pueden facilitar la tarea del cuidador y desahogar a esta figura de todo el peso de la carga del cuidado (Bruna, 2011).

1.2 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de Trastorno Neurocognitivo en población geriátrica, ya que representa el 50-60% de todas las demencias (Romano, 2007).

Es una afección neurodegenerativa de carácter irreversible (Romano, 2007); el inicio de la enfermedad es insidioso y el curso de la degeneración es progresivo (Subirana, 2011). La tasa de supervivencia tras el diagnóstico se establece entre unos 10 y 12 años (Romano, 2007).

La etiología de la enfermedad es desconocida. A pesar de ello, se han relacionado las alteraciones cognitivas con la degeneración y pérdida

neuronal, lo cual repercute en la reducción de la actividad sináptica en el cerebro (Subirana, 2011). Se ha visto que la degeneración neuronal podría estar asociada a la acumulación de agregados proteicos, tales como proteína Tau en forma de ovillos neurofibrilares y β -amiloide en forma de placas seniles, los cuales influyen en la muerte neuronal, la neurodegeneración y la pérdida de actividad sináptica (Matías-Guiu, 2021). Se conoce que este tipo de patología neuronal puede estar presente en el cerebro hasta una década antes de que se empiecen a manifestar los síntomas clínicos (Valls-Pedret, 2010) y hay correlación entre la gravedad de los síntomas y la densidad en la que se encuentran estos agregados proteicos en la corteza cerebral (Romano, 2007).

Mediante pruebas de neuroimagen, se ha detectado que se produce una atrofia cerebral generalizada en el lóbulo temporal-medial (López-Alvarez, 2015 y Raposo, 2018). Además, se conoce que afecta a los sistemas colinérgico, noradrenérgico y serotoninérgico (Subirana, 2011).

El Trastorno Neurocognitivo por Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la alteración de las capacidades cognitivas, principalmente del área de memoria. Además, suele cursar con sintomatología de carácter no cognitivo, como síntomas depresivos, apatía, abulia y agitación (Subirana, 2011); así como pérdida de interés, reducción de la iniciativa y menor espontaneidad en las acciones, irritabilidad, pensamiento negativista, ilusiones perceptivas e incluso alucinaciones (Matías-Guiu, 2021). Además, como consecuencia de la degeneración de las capacidades cognitivas, se evidencia una repercusión en la capacidad funcional y social del individuo que termina afectando gravemente a las actividades de la vida diaria (Subirana, 2011).

El perfil neuropsicológico corresponde a la denominada tríada afasia-apraxia-agnosia (Romano, 2007):

- Presenta amnesia anterógrada y amnesia retrógrada con gradiente temporal, conocido como ley de Ribot, en el cual los recuerdos más recientes se deterioran antes que los más antiguos (Matías-Guiu, 2021). Trastorno de la memoria episódica relacionado con la atrofia de regiones hipocampales (Valls-Pedret, 2010) que se manifiesta a través de la dificultad en el proceso de adquisición de la información, los cuales se observan a partir de una curva de aprendizaje plana y un recuerdo libre

muy limitado que no se beneficia de pistas, así como la presencia de intrusiones (Matías-Guiu, 2021).

- Desorientación en las tres esferas. La orientación temporal es la que se muestra afectada más pronto, seguida de la orientación espacial. Por lo que respecta a la orientación autopsíquica, puede llegar a alterarse en fases moderadas y graves de la enfermedad (Subirana, 2011).
- Déficit variable de las funciones lingüísticas, en especial con una alteración de la denominación por confrontación visual (Subirana, 2011). La degeneración de la capacidad del lenguaje se manifiesta a través de un perfil afásico anómico, con dificultad para encontrar las palabras, empobrecimiento semántico y, en fases avanzadas, empobrecimiento gramatical (Matías-Guiu, 2021).
- Síndrome disejecutivo con predominio de alteración en la memoria de trabajo; además de la presencia de dificultades en la formación de conceptos, capacidad de abstracción, resolución de problemas y rigidez en el pensamiento (Matías-Guiu, 2021).
- Déficit de las capacidades viso-constructivas y viso-perceptivas (Matías-Guiu, 2021).

1.3 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO POR ENFERMEDAD DE CUERPOS DE LEWY

El Trastorno Neurocognitivo por Enfermedad de Cuerpos de Lewy está considerada la segunda causa más frecuente de demencia, tras la Enfermedad de Alzheimer (Matías-Guiu, 2021). Corresponde al 30% del total de todas las demencias, y su incidencia es mayor en población masculina que en la femenina (Faggioni, 2018).

El deterioro cognitivo característico de la Demencia por Cuerpos de Lewy tiene un inicio subagudo y un curso fluctuante (Subirana, 2011) y la tasa de supervivencia establece una media de 9 años, pudiendo variar en un intervalo entre 1 y 20 años (Demey, 2008).

Aunque la etiología, aún hoy en día es desconocida, se trata de un proceso patológico relacionado con la disregulación de la proteína α -sinucleína que compone los Cuerpos de Lewy (Raposo, 2018); así como la disminución de neuronas colinérgicas, lo cual se ha relacionado con la presencia de

dificultades cognitivas, y la alteración en las neuronas dopaminérgicas, que se asocia a la sintomatología extrapiramidal (Toro, 2010).

La información aportada por estudios de neuroimagen determinan que, en la Demencia por Cuerpos de Lewy, se presenta atrofia cerebral en la zona del lóbulo temporal, así como hipometabolismo temporo-parietal y occipital, lo cual se ha relacionado con la presencia de alucinaciones visuales y alteraciones del procesamiento viso-perceptivo (Toro, 2010).

Se caracteriza por presentar una combinación de sintomatología cognitiva, principalmente con dificultades a nivel ejecutivo, en la capacidad atencional y alteraciones en el procesamiento viso-perceptivo; juntamente con síntomas de parkinsonismo, trastorno de la conducta del sueño REM, fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales e hipersensibilidad a los neurolépticos (Matías-Guiu, 2021).

Las fluctuaciones cognitivas afectan sobre todo a la capacidad atencional, el nivel de alerta y la memoria; además, puede ir acompañado de somnolencia diurna y pérdida del nivel de conciencia (Subirana, 2011). Además, este tipo de fluctuaciones no siguen un patrón predecible, no están sujetas a situaciones desencadenantes y pueden darse en días diferentes o incluso en un mismo día (Matías-Guiu, 2021).

La sintomatología extrapiramidal, propia de la Enfermedad de Parkinson, está presente entre el 25-50% de los casos. Se caracteriza por un parkinsonismo con temblor simétrico y postural, con mayor inestabilidad en la marcha que en la Enfermedad de Parkinson y con presencia de hipomimia facial (Matías-Guiu, 2021).

El Trastorno de la conducta del sueño REM se caracteriza por la ausencia de atonía muscular durante el sueño, lo cual conlleva actividad motora durante la noche. Se trata de una afectación relacionada con la sinucleína. Este tipo de trastornos puede iniciarse años antes de la aparición de otros síntomas de la enfermedad (Matías-Guiu, 2021).

Por otro lado, hay presencia de alucinaciones hasta en un 80% de los casos; generalmente son visuales, aunque también pueden presentarse de forma auditiva, (Subirana, 2011) y suelen ser complejas y frecuentemente se

presentan en forma de animales, personas o en forma de presencias (Matías-Guiu, 2021).

Otra característica asociada a este trastorno es la hipersensibilidad a los neurolépticos. Esta no se da en todos los casos, ni se presenta en el mismo grado de afectación. A pesar de ello, es común que se presente una reacción adversa con el empeoramiento de la sintomatología al inicio del tratamiento o cuando se modifican las dosis (Matías-Guiu, 2021).

Dadas las grandes similitudes existentes entre la Demencia por Cuerpos de Lewy y otras afectaciones, tales como la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad de Parkinson, producen complicaciones a la hora de determinar el diagnóstico. Por ello, se ha otorgado gran importancia a la relación temporal entre la aparición de la sintomatología cognitiva y la clínica parkinsoniana (Lorenzo, 2008).

El perfil neuropsicológico muestra una afectación córtico-subcortical (Demey, 2008):

- Se produce, principalmente, un déficit atencional, mostrándose afectación en la atención sostenida, dividida y focalizada (Demey, 2008).
- Síndrome disejecutivo, destacando las dificultades en la inhibición, evitar distracciones, iniciación de la acción y cambio de foco atencional (Subirana, 2011). Así como problemas en la planificación y organización (Demey, 2008).
- Leves dificultades en la memoria. Se muestra afectación de la memoria episódica, aunque en menor intensidad que en la Enfermedad de Alzheimer (Subirana, 2011). Estas dificultades se han relacionado con la alteración en la capacidad ejecutiva y atencional, lo cual repercute en una pobre adquisición de nueva información y dificultades en la codificación; a pesar de ello, la información que se puede llegar a codificar se almacena adecuadamente. Esto se evidencia a través de las pruebas de reconocimiento, donde se observa un mayor rendimiento tras la aportación de claves. Por otro lado, las alteraciones en el procesamiento visual implican peor rendimiento en pruebas de memoria visual que verbal (Demey, 2008).
- Dificultades prácticas constructivas e ideomotoras, mientras que se mantiene preservada la capacidad ideacional (Demey, 2008).

- Problemas de percepción, alteración marcada en procesamiento visoespacial (Subirana, 2011). Alteraciones en la discriminación visual, percepción de objetos y formas y de los mecanismos de búsqueda visual (Demey, 2008).
- La capacidad del lenguaje se muestra generalmente preservada; A excepción de las tareas más relacionadas con la capacidad ejecutiva, como la fluencia verbal que se muestra alterada principalmente en el componente fonológico más que en el semántico; se pueden mostrar ciertas dificultades en la denominación por confrontación visual derivadas tanto de la limitación en el acceso al léxico como de la implicación del procesamiento visual (Demey, 2008).
- Bradipsiquia y bradicinesia marcada (Toro, 2010).

5. BIBLIOGRAFÍA

Becerra, M. y Valdés, M. (2016). Abordaje no farmacológico de las demencias. *Archivos de Neurociencias*. 21(suplemento especial I), 95-102. Recuperado de: <https://cerebroymemoria.com/wp-content/uploads/2019/12/supl17-Dr.-Luna.pdf#page=108>

Bruna, O., Cucurella, E., Puyuelo, M., Cuevas, R. y Signo, S. (2011). Atención a la familia y trabajo interdisciplinar en el envejecimiento y las demencias. *Rehabilitación Neuropsicológica: Intervención y práctica clínica*. 433-449, Barcelona: Elsevier-Masson. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/B9788445820667000264?token=F1BFD29910D7D33617597C35006EBD8C6823B65BA5C42A1A50C3F4E07D5ABE2E788226D28C96C315961884C7CD2A5100&originRegion=eu-west1&originCreation=20230419112749>

Christensen, A.L. (2011). Principios de rehabilitación neuropsicológica. *Rehabilitación Neuropsicológica: Intervención y práctica clínica*. 3-13, Barcelona: Elsevier-Masson. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/B978844582066700001X?token=749DFC4A3589FB6569232BA983C9DD2BA9C43D27E0A783D48571919F32D08216A48CF63AA9EDE82ED94A0E9290DB18FA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230419110140>

De León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R.E. y Escarpín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745514008.pdf>

Demey, I. y Allegri, R.F. (2008). Demencia en la Enfermedad de Parkinson y Demencia por Cuerpos de Lewy. *Revista Neurológica Argentina*, 33(1), 3-21.

Faggioni, G., Herbozo, G., Campoverde, P., Rodriguez, R. y Acuña, G. (2018). Demencia por Cuerpos de Lewy, un Reto Diagnóstico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(3), 69-73.

Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386.

Gómez-Soria, I., Andrés, E.M., Gómez, A. y Peralta-Marrupe, P. (2021). Análisis del efecto a largo plazo de un programa de estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo leve en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado. *Atención Primaria*, 53(7). Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721000871?token=F71BD9B03F8EB41328C9C9F573235225DA100EBCEE0533D84CBA25B8CF07D69D4EBB06E07C218CA2CC1E24B448DEB251&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230426160525>

Justo-Henriques, S.I., Marques-Castro, A.E., Otero, P., Vázquez, F.L. y Torres, A.J. (2019). Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Revista de Neurología*, 68(7), 281-289. DOI: 10.33588/rn.6807.2018321.

Justo-Henriques, S.I., Otero, P., Torres, Á.J. y Vázquez, F.L. (2021). Efecto de la intervención de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve. *Revista de Neurología*, 73(4), 121-129. DOI: 10.33588/rn.7304.2021114

López-Álvarez, J. y Agüera-Ortiz, L.F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.

Lorenzo, J. y Fontán, L. (2008). Enfermedad con cuerpos de Lewy. *Revista Médica de Uruguay*, 24(3), 195-202.

Matías-Guiu, J. y Gelonch Rosinach, O. (2021). Envejecimiento y demencias. Barcelona: Editorial UOC. Recuperado de https://materials.campus.uoc.edu/daisy/Materials/PID_00287954/pdf/PID_00287954.pdf

Orejarena-Ballestas, M.C., Quiñonez-Pérez, A.M. y Marín-Gutiérrez, A. (2017). Estimulación cognitiva para pacientes con trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. *Revista Búsqueda*. 4(19), 208-226. DOI: doi.org/10.21892/01239813.372

Raposo, L., Tovar, D.J., Fernández, N., Pastor, L. y Fernández, O. (2018). Resonancia magnética en las demencias. *Radiología*, 60(6), 476-784.

Romano, M.F., Nissen, M.D., Del Huerto, N.M. y Parquet, C.A. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 175, 9-12.

Subirana, J., Crusat, M., Cullell, N. y Cuevas, R. (2011). Demencias y enfermedad de Alzheimer. *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica*, 289-317. Barcelona: Elsevier-Masson. Recuperado de https://www.campus.uoc.edu/biblioteca/prestatgeries/articles/protegits/M0256_M0356/57820.pdf

Toro, J. (2010). Demencia con cuerpos de Lewy. *Revista Acta Neurológica Colombiana*, 26(3), 78-80.

Valls-Pedret, C., Molinuevo, J.L. y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista Neurológica*, 51(8), 471-480.