

# Sistemas de evaluación en psicogeriatría

El diagnóstico de las distintas demencias continúa siendo un problema sin resolver, fundamentalmente porque depende de un juicio clínico, en ausencia de biopsia o autopsia cerebral. Este juicio clínico parte de la historia del paciente, el examen físico y de la realización de una serie de pruebas de laboratorio, principalmente neuropsicológicas, que pretenden discriminar el funcionamiento cognitivo normal del patológico desde los estadios iniciales de la enfermedad. No obstante, las pruebas de evaluación general de funciones cognitivas tales como el Mini-Mental State Examination y el Short Test of Mental Status no son sensibles para la detección de los estadios iniciales de la demencia (Crystal y cols., 1982; Green y cols., 1990). De hecho es posible que en los primeros estadios de la enfermedad los síntomas de alteración cognitiva sean de lo más variado, aunque la forma de presentación más habitual de la demencia es una alteración de la memoria, necesaria para el diagnóstico definido por el DSM III-R.

Al enfrentarnos con este diagnóstico nos encontramos con un problema fundamental: la aparición de un declive normal de la función mnésica que surge a lo largo del envejecimiento y que puede contaminar los resultados de estas pruebas diseñadas para el diagnóstico de la demencia (Petersen y cols., 1992). Este problema ha obligado a los investigadores a realizar un profundo análisis de los distintos sistemas de memoria implicados en el envejecimiento y la demencia.

Dada la importancia de estas pruebas y su sensibilidad a la hora de detectar la presencia de alteraciones mnésicas propias de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias, investigaciones muy recientes han explorado la posibilidad de emplear tareas muy específicas para identificar la enfermedad en su fase preclínica. La importancia de esta fase preclínica para la comunidad científica aumenta enormemente en la actualidad, fundamentalmente por tres factores:

1. La evidencia de que su duración es muy superior a lo que hasta ahora se había sospechado y los sujetos que sufrirán la demencia muestran años antes un rendimiento cognitivo inferior (Linn y cols. 1995).
2. La posibilidad de aplicar tratamientos farmacológicos que, utilizados en esta fase, pueden retrasar de forma significativa su progresión incapacitante (Masur y cols., 1994).
3. La posibilidad de un tratamiento mixto, por un lado farmacológico y por otro cognitivo.

Las pruebas que mejor detectan o predicen la aparición de la demencia pueden clasificarse en dos subtipos, prue-

bas de memoria episódica (recuerdo facilitado, recuerdo diferido, memoria lógica) y pruebas de memoria semántica (denominación verbal y fluidez verbal).

No obstante lo dicho hay que dejar constancia de determinadas alteraciones de funciones cognitivas que muchas veces se asocian a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sin embargo están directamente relacionadas con patologías psiquiátricas específicas, pongamos por caso alteraciones en la atención como consecuencia de patologías psiquiátricas confusionales agudas, decaimiento de funciones cognitivas generales como consecuencia de patologías depresivas, pérdida de memoria lacunar como consecuencia de amnesias psicógenas, etc.

Todo lo expuesto nos lleva a entender la evaluación neuropsicológica de las demencias desde dos enfoques diferenciados, por un lado necesitamos de una evaluación de la función cognitiva y estado emocional general que permitan diferenciar estas patologías de determinados estados o patologías psiquiátricas y por otro necesitamos una evaluación de la memoria, que es la función que se encuentra específicamente deteriorada en las demencias y en especial en la enfermedad de Alzheimer. Este enfoque nos llevaría a entender la evaluación neuropsicológica de las demencias de acuerdo con un protocolo que incluya escalas de depresión, evaluación de las actividades de la vida diaria, evaluación de la función cognitiva, escalas de valoración de memoria a corto y a largo plazo.

## Bibliografía

1. Crystal HA, Horoupian DS, Katzman R, y Jotkovitz S. Biopsy-proved Alzheimer's disease presenting as a right parietal syndrome. *Ann. Neurol* 1982;12: 186-188.
2. Greene J, Morris JC, Sandson J, Mckell DW JR, Miller JW. Progressive aphasia: A precursor of global demencia?. *Neurology* 1990;40:423-429.
3. Linn RT, Wolf PA, Bachman DI, Knoefel JE, Cobb JI, Belanger AJ, Kaplan EF, D'agostino RB. The "preclinical phase" of probable Alzheimer's a disease. *Arch. Neurol* 1995;52:485-490.
4. Masur DM, Sliwinski M, Lipton RB, Blau AD, Crystal HA. Neuropsychological prediction of dementia and the absence of dementia in healthy elderly person. *Neurology* 1994;44:1427-1432.
5. Petersen RC, Smith G, Kokmen E, Ivnik RJ, Tangalos EG. Memory function in normal aging. *Neurology* 1992;42:395-401.

**María Inés López-Ibor  
Alcocer**

Doctora en Medicina.  
Departamento de  
Psiquiatría y Psicología  
Universidad  
Complutense de Madrid