

RAE

1. TIPO DE DOCUMENTO:

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN NEUROPSICOLOGIA CLINICA

2. TITULO:

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VALORADOS EN LA FUNDACION ACTIVAR (ENERO DE 2009 A MARZO DE 2011)

3. AUTOR:

NILSA ELENA AMAYA

4. LUGAR:

Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá D.C.

5. FECHA:

12 DE JULIO DE 2011

6. PALABRAS CLAVE:

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO FRONTAL DE KERTESZ,

7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:

Este estudio es descriptivo retrospectivo, se tomaron 17 protocolos de pacientes con enfermedad de Alzheimer a los cuales se les aplicó el inventario de comportamiento frontal de Kertesz & Muñoz, (1998), se encontró que los síntomas comportamentales más prevalentes son: apatía, espontaneidad, inflexibilidad, pérdida del Insight, y conductas perseverativas, igualmente se evidenció que los pacientes con enfermedad de Alzheimer si presentan alteraciones comportamentales frontalizadas, en el presente estudio se encontró que la mayoría de ellos con un nivel de afectación moderado. Sin embargo se requieren investigaciones que apoyen los resultados encontrados.

8. LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Envejecimiento y demencias línea de investigación de la maestría en neuropsicología clínica U.S.B. sede Bogotá

9. FUENTES CONSULTADAS:

Allegri Ricardo; (2005) La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer
Ardila & Roselli (2007), Neuropsicología Clínica. Ed. Manual Moderno.

10. CONTENIDOS:

Envejecimiento normal, Deterioro cognitivo leve, Demencias, Enfermedad de Alzheimer, alteraciones comportamentales en la Enfermedad de Alzheimer.

11. METODOLOGIA:

Diseño: La presente investigación se enmarca en el enfoque empírico, tipo de estudio: descriptivo, el método utilizado es retrospectivo

Unidad de análisis: Historias clínicas con protocolo de evaluación e informe neuropsicológico de pacientes valorados por el equipo de la fundación activar en el periodo comprendido entre enero de 2009 y marzo de 2011

Instrumento: Matriz de información extraída de la prueba Kertesz perteneciente al protocolo para pacientes con déficits cognoscitivos asociados a enfermedad de Alzheimer de la fundación activar entre los años 2009 a 2011
Inventario comportamental Kertesz: Está compuesto por 24 ítems, es cuantificable, requiere de un observador, dura entre 20 y 30 minutos de acuerdo a la severidad de los síntomas y de la capacidad de expresión verbal.

12. CONCLUSIONES:

Es necesario ampliar los estudios realizados frente al tema de las alteraciones comportamentales en la E.A. ya que uno de los motivos para realizar el estudio fue la necesidad de describir como son estas alteraciones. Sin embargo es importante tener en cuenta que el presente estudio cuenta con una muestra clínica de 17 protocolos analizados con el inventario de comportamiento frontal de Kertesz, lo que no permite generalizar los resultados dado que uno de los hallazgos es la importante presencia de síntomas apatía es necesario que se generen otros estudios que permitan una aproximación más exacta que permitan dar cuenta de los factores de mantenimiento y remisión. Finalmente se encontró que las alteraciones comportamentales frontalizadas más prevalentes en los pacientes con EA fueron la apatía, la espontaneidad, la pérdida del Insight, la inflexibilidad y las conductas perseverativas. En cuanto al segundo objetivo que fue establecer el nivel de afectación se encontró que la mayoría de los pacientes con EA, estudiados se encuentran en un nivel de afectación moderado de comportamientos frontalizados sin embargo es necesario de igual forma no solo para pacientes con EA. Sino para las características comportamentales de las otras demencias validar los rangos propuestos en el presente estudio ya que no se ha tenido en cuenta dicho aspecto en investigaciones anteriores.

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VALORADOS EN LA FUNDACION ACTIVAR
(ENERO DE 2009 A MARZO DE 2011)

Nilsa Elena Amaya Villamil.

Asesores Temáticos: Dra. Margarita Benito

Asesor Temático: Dr. John Negrett Ramos

Asesor metodológico: Dr. Andersen Vera.

Universidad San Buenaventura

Facultad de Psicología

Bogotá

Junio de 2011.

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VALORADOS EN LA FUNDACION ACTIVAR
(ENERO DE 2009 A MARZO DE 2011)

Nilsa Elena Amaya Villamil.

Asesor Temático: Dra. Margarita Benito

Asesor Temático: Dr. John Negrett Ramos

Asesor metodológico: Dr. Andersen Vera.

Universidad San Buenaventura

Facultad de Psicología

Bogotá

Junio de 2011.

Tabla de Contenido

| |
|------------------------|
| Resumen, 10 |
| Introducción, 11 |
| Justificación, 12 |
| Marco teórico, 14 |
| Problema, 58 |
| Objetivos, 59 |
| Variables, 60 |
| Método, 60 |
| Tipo de estudio, 60 |
| Unidad de análisis, 60 |
| Procedimiento, 61 |
| Instrumentos, 62 |
| Resultados, 66 |
| Discusión, 126 |
| Referencias, 131 |
| Apéndices, 132 |

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica general, 66

Tabla 1.2. Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica específica, 66

Tabla 1.3. Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica del síndrome demencial, 67

Tabla 1.4. Distribución de frecuencias de protocolos con aplicación del inventario de comportamiento frontal, 67

Tabla 2.1. distribución del síntoma de la apatía , 68

Tabla 2.2. distribución del síntoma de la espontaneidad, 69

Tabla 2.3. distribución del síntoma de la indiferencia , 70

Tabla 2.4. distribución del síntoma de la inflexibilidad , 71

Tabla 2.5. distribución del síntoma de concretismo, 72

Tabla 2.6. distribución del síntoma de negligencia, 73

Tabla 2.7. distribución del síntoma de desorganización, 74

Tabla 2.8. distribución del síntoma de inatención , 75

Tabla 2.9. distribución del síntoma de pérdida del Insight , 76

Tabla 2.10. distribución del síntoma de logopenia, 77

Tabla 2.11. distribución del síntoma de apraxia verbal 78

Tabla 2.12. distribución del síntoma de conductas perseverativas, 79

Tabla 2.13. Distribución del síntoma de irritabilidad, 80

Tabla 2.14. Distribución del síntoma de Jocosidad, 81

Tabla 2.15. Distribución del síntoma de juicio empobrecido, 82

Tabla 2.16. Distribución del síntoma de inapropiedad, 83

Tabla 2.17 distribución del síntoma de impulsividad, 84

Tabla 2. 18. Distribución del síntoma de inquietud, 85

Tabla 2.19. distribución del síntoma de agresividad, 86

Tabla 2. 20. Distribución del síntoma de hiperoralidad, 87

Tabla 2.21. Distribución del síntoma de hipersexualidad, 88

Tabla 2.22. Distribución del síntoma de comportamiento de utilización, 89

Tabla 2.23. Distribución del síntoma de incontinencia, 90

Tabla 2. 24. Distribución del síntoma de mano extraña, 91

Tabla 3.1 Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la apatía, 92

Tabla 3.2. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la espontaneidad, 94

Tabla 3.3. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la inflexibilidad, 95

Tabla 3.4. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la pérdida del Insight, 96

Tabla. 3.5. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de las conductas perseverativas, 97

Tabla 3.6. Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la edad., 98

Tabla 3.7. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la edad., 99

Tabla 3.8. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la edad., 100

Tabla 3.9 Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la edad.,101

Tabla 3. 10. Distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto a la edad., 102

Tabla 3.11 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la escolaridad., 104

Tabla 3.12. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la escolaridad, 106

Tabla 3.14. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la escolaridad, 107

Tabla 3.15 distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto nivel de escolaridad, 108

Tabla 3.16 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto al estadio de la enfermedad,109

Tabla 3.17. Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de espontaneidad con respecto al estadio de la enfermedad, 111

Tabla 3.18 Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de inflexibilidad con respecto al estadio de la enfermedad, 112

Tabla 3.19. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto al estadio de la enfermedad, 113

Tabla 3.20 Distribución de frecuencias de la severidad de las conductas perseverativas con respecto al estadio de la enfermedad, 114

Tabla 4.1 nivel de afectación general en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz, 102

Tabla 4.2. Distribución de frecuencias con respecto Al sexo y nivel de afectación, 119

Tabla 4.3. Distribución de frecuencias con respecto a la edad y nivel de afectación, 121

Tabla 4.4.. Distribución de frecuencias con respecto a la escolaridad y nivel de afectación, 122

Tabla 4.5. . Distribución de frecuencias con respecto al estadio de la Enfermedad de Alzheimer y nivel de afectación en el inventario de comportamiento frontal, 124

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1.1. Distribución del síntoma de la apatía 69*
- Figura 1.2. Distribución del síntoma de la espontaneidad , 70*
- Figura 1.3. Distribución del síntoma de la indiferencia, 71*
- Figura. 1.5. Distribución del síntoma del concretismo, 72*
- Figura 1.6. Distribución del síntoma de negligencia, 74*
- Figura 1.7. Distribución del síntoma de desorganización, 75*
- Figura 1.8. Distribución del síntoma de inatención, 76*
- Figura 1.9. Distribución del síntoma de pérdida del Insight, 77*
- Figura 1.10. Distribución del síntoma de logopenia, 78*
- Figura 1.11. Distribución del síntoma de apraxia verbal, 79*
- Figura 1.12. Distribución del síntoma de conductas perseverativas, 80*
- Figura 1.13. Distribución del síntoma de irritabilidad, 81*
- Figura 1.14. Distribución del síntoma de Jocosidad, 82*
- Figura 1.16. Distribución del síntoma de inapropiedad, 83*
- Figura 1.17 distribución del síntoma de impulsividad, 85*
- Figura 1.18. Distribución del síntoma de inquietud, 86*
- Figura 1.19. Distribución del síntoma de agresividad, 87*
- Figura 1.20 distribución del síntoma de la hiperoralidad, 88*
- Figura 1.21. Distribución del síntoma de hipersexualidad, 89*
- Figura 1.22. Distribución del síntoma de comportamiento de utilización, 90*
- Figura 1.23. Distribución del síntoma de incontinencia, 91*
- Figura 1.24. Distribución del síntoma de mano extraña, 92*

Figura 2.1 Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la apatía, 93

Figura 2.2. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la espontaneidad, 94

Figura 2.3. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la inflexibilidad, 95.

Figura 2.4. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la pérdida del Insight, 96

Figura 2.5. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de las conductas perseverativas, 97

Figura 2.6. Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la edad., 99

Figura 2.7. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la edad, 100

Figura 2.8. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la edad, 101

Figura 2.9 Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la edad, 102

Figura 2.10. Distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto a la edad. 103

Figura. 2.11 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la escolaridad., 104

Figura 2.12. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la escolaridad., 105

Figura 2.13. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la escolaridad, 106

Figura 2.14. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la escolaridad, 107

Figura 2.15 distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto nivel de escolaridad, 108

Figura 2.16 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto al estadio de la enfermedad, 110

Figura 2.17. Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de espontaneidad con respecto al estadio de la enfermedad, 111

Figura 2.18 Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de inflexibilidad con respecto al estadio de la enfermedad, 112

Figura 2.19. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto al estadio de la enfermedad, 113

Figura 2.20 Distribución de frecuencias de la severidad de las conductas perseverativas con respecto al estadio de la enfermedad, 114

Figura 2.21 nivel de severidad de los síntomas en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz, 115

Figura 3.0 nivel de afectación por sujetos en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz, 117

Figura 3.2. Distribución de frecuencias con respecto Al sexo y nivel de afectación, 119

Figura 3.3. Distribución de frecuencias con respecto a la edad y nivel de afectación, 121

Figura 3.4. Distribución de frecuencias con respecto a la escolaridad y nivel de afectación, 123

Figura 3.5. Distribución de frecuencias con respecto al estadio de la Enfermedad de Alzheimer y nivel de afectación en el inventario de comportamiento frontal, 125

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA FUNDACION ACTIVAR (ENERO DE 2009 – MARZO DE 2011)

Resumen

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia mas prevalente en el mundo, con dicha entidad clínica vienen no solamente alteraciones cognoscitivas sino comportamentales frontalizados, que también conforman el perfil neuropsicológico de estos pacientes. Este estudio es descriptivo retrospectivo, se tomaron 17 protocolos de pacientes con enfermedad de Alzheimer a los cuales se les aplico el inventario de comportamiento frontal de kertesz & Muñoz, (1998), se encontró que los síntomas comportamentales mas prevalentes son: apatía, espontaneidad, inflexibilidad, perdida del Insight, y conductas perseverativas, igualmente se evidencio que los pacientes con enfermedad de Alzheimer si presentan alteraciones comportamentales frontalizadas, en el presente estudio se encontró que la mayoría de ellos con un nivel de afectación moderado. Sin embargo se requieren investigaciones que apoyen los resultados encontrados.

Palabras claves: enfermedad de Alzheimer, inventario de comportamiento frontal de Kertesz.

INTRODUCCION

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia con mayor prevalencia y en el mundo y ha ido aumentando de manera progresiva en la población, en el presente estudio se determinaran las alteraciones comportamentales que afectan al paciente y a su familia ya que en la practica clínica se evidencia que dichas manifestaciones comportamentales en los pacientes con enfermedad de Alzheimer son motivo de disfunción familiar, y el principal motivo por el cual un paciente con este tipo de demencia ingresa a los servicios de urgencias, ya que cuando estas alteraciones de conducta se agudizan afectan severamente al paciente y se hace inminente la necesidad de que sea atendido de forma inmediata por lo tanto es interés del presente estudio tener en cuenta las alteraciones comportamentales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, ya que como enfermedad crónica y degenerativa, la tendencia de los síntomas comportamentales empeora influyendo en el funcionamiento global del paciente

Lo anterior si tenemos en cuenta que la organización mundial de la salud comprende la salud como “Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad, está determinada por la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas de asistencia en salud

JUSTIFICACION

Al ser considerada la enfermedad de Alzheimer como una limitante en la calidad de vida de los pacientes, se hace necesario estudiar las características neuropsicológicas particulares de la misma que presentan en esta población ya que dichas características generan múltiples cambios en la vida funcional del paciente y en la dinámica familiar en el presente estudio se especificaran las alteraciones comportamentales frontalizadas que caracterizan a estos pacientes ya que cuando estas conductas se presentan de forma severa en el individuo por ejemplo la apatía pueden tornarse en una característica de trastorno del estado de ánimo y se convierte en uno de los principales motivos por los cuales un paciente ingresa a los servicios de salud mental de las instituciones incluso a través de urgencias ya que para las familias es un signo importante de preocupación que pierda interés por actividades o aspectos que son de su agrado y normalmente las familias no tienen el manejo necesario ante este tipo de situaciones ya que no ha sido de interés desde el sector salud apoyar la psicoeducación para los cuidadores con enfermedad de Alzheimer de forma general, en algunas instituciones normalmente de carácter particular se toma el tema sin embargo no a profundidad, en el caso de las instituciones de salud porque no está incluido en los servicios del plan obligatorio de salud realizar con las familias este tipo de educación que ser de utilidad ya que la presencia de los síntomas comportamentales favorece el deterioro cognitivo y la progresión a Demencia Tipo Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo incluyendo la apatía que es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo leve, estos pacientes son más propensos a desarrollar la demencia (Turró, 2009), además disminuyen la calidad de vida de los pacientes, incrementan las alteraciones funcionales incrementan el desgaste del cuidador y aceleran la institucionalización de los pacientes (Reyes & cols, 2010)

Conocer las alteraciones comportamentales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer nos proporciona herramientas importantes no solamente para apoyar el diagnóstico y poderlo diferenciar de otras demencias donde también se ve comprometida la funcionalidad del paciente a nivel comportamental sino para poder realizar planes de intervención dirigidos a las necesidades de los pacientes. Ya que si bien es cierto dichas alteraciones no están catalogadas como criterios diagnósticos en el DSM IV TR, la propuesta en el DSM V es para dichos criterios en esta entidad clínica abordan estas alteraciones.

Esto permitirá que se abran las posibilidades de que se asigne al aspecto comportamental la importancia que requiere ya que no existen programas estructurados ni de prevención principalmente dentro del sistema de seguridad social que respondan a esta necesidad en las familias y los pacientes y tendrían un impacto positivo al disminuir la tasa de ingresos, estancia y reingresos hospitalarios, además de proveer a las familias de las herramientas necesarias para el manejo de estas alteraciones tanto en los casos en que se agudicen así como en la cotidianidad del paciente, asegurando una adecuada calidad de vida en el paciente. Las familias o cuidadores de los pacientes con enfermedad de Alzheimer deberían estar en capacidad de brindar el manejo inicial de la situación evitando que sea el contexto familiar el precipitante de los cambios negativos de conducta observándose en muchos de los casos que se presenta el síndrome de “gurn out” en el cuidador.

Marco Teórico

ENVEJECIMIENTO NORMAL

El proceso de envejecimiento implica una serie de modificaciones tanto a nivel físico como psicológico, se presentan en todos los órganos incluyendo el cerebro, estos cambios anatomopatológicos subyacen a los cambios en las funciones superiores, los estudios posmortem han mostrado una disminución en el peso y el volumen cerebral, atrofia de los hemisferios y un incremento en el tamaño de los surcos corticales especialmente en la región frontotemporal así como una disminución del grosor del cortex y dilatación en los ventrículos, se presenta también una disminución de las células corticales de la región frontotemporal superior, al llegar a los 80 años el cerebro sufre una pérdida de aproximadamente el 30% del cortex relacionado con el sistema extrapiramidal y el 20% del corte frontal orbital. Hay una reducción del 20% en los ganglios basales, una pérdida del 25% de las células del hipocampo (Juque & Barroso 1995). Lo anterior a nivel anatomopatológico, a nivel cognoscitivo se presentan alteraciones a nivel sensorial de percepción, habilidades visomotoras y memoria, aumentos en los tiempos de reacción, alteraciones atencionales t cambios emocionales (Ardila & Roselli, 2007)

Antes de comenzar a describir el proceso por el cual atraviesa un paciente con enfermedad de Alzheimer empezaremos identificando las características del envejecimiento exitoso que supone un estado de salud a todo nivel con aspectos positivos medibles a través de su estado general de salud y va mas allá de su salud física es necesario también tener en cuenta su estado cognitivo y su salud emocional, sin embargo aunque no parece difícil, establecer la diferencia entre el envejecimiento normal y el patológico ha sido para los investigadores una tarea complicada debido a la heterogeneidad de los perfiles cognitivos de los adultos mayores y a las variables que afectan la expresión del deterioro tales como la capacidad del cerebro adulto para compensar el daño cerebral, disminuyendo la sintomatología de la enfermedad.

(Valls y cols, 2010) , la ausencia de un concepto claro de envejecimiento cognitivo normal que pueda servir de marco referencial a una investigación sobre deterioro y por otro lado los aspectos metodológicos referentes a lo testado, sus puntos de corte y su aplicación a las diferentes culturas. (Otero & Scheitler, 2003)

Definir entonces un perfil neuropsicológico del envejecimiento normal no ha sido fácil, en dicho proceso han generado conceptos como los olvidos benignos, déficits amnésicos asociados a la edad y deterioro cognitivo asociado a la edad, lo cual se ha observado comparando el funcionamiento de sujetos que no tienen aparentemente ningún deterioro cognitivo y sujetos que si los presentan en las diferentes funciones cognitivas donde la función más sensible a estos cambios del envejecimiento es la memoria y también la más estudiada ya que es uno de los primeros síntomas que los pacientes o sus familias identifican y es motivo de queja de muchos adultos mayores que consultan por olvidos que son comunes en el envejecimiento normal, sin embargo los olvidos frecuentes también son característicos de síndromes demenciales en etapas iniciales(serrano y cols, 2007), es allí cuando se debe tener claridad de la diferencia entre el comportamiento de esa memoria entre un adulto mayor sin deterioro y uno que si lo presenta de esta forma es importante señalar brevemente que en el envejecimiento normal la memoria de trabajo no presenta normalmente alteraciones significativas, por su parte en las pruebas de memoria semántica los pacientes o muestran dificultad en el aprendizaje de nuevas palabras, la diferencia con la ejecución de adultos jóvenes radica en la cantidad información que pueden evocar sin para recurrir a claves para hacerlo. En cuanto a la memoria episódica se utiliza por lo general una prueba en la cual deben aprender una lista de 12 a 20 palabras. La dificultad, para el sujeto, no reside en el aprendizaje de las palabras como tal que son de uso cotidiano sino en el recuerdo de un cierto número de ellas aprendidas en un momento específico. Las diferencias en el rendimiento amnésico relacionadas con la edad son dependen de la prueba utilizada. En el

recuerdo libre la diferencia es significativa entre sujetos jóvenes y mayores, se ha observado que la diferencia disminuye en la condición de recuerdo con claves, en las pruebas de reconocimiento hay una mejoría importante en el rendimiento de los sujetos mayores. En la memoria remota que es la capacidad de recordar los eventos vividos por el sujeto donde interviene la memoria tanto episódica como semántica se ha evidenciado que las personas recuerdan más los eventos lejanos que los recientes. La memoria implícita por lo general se encuentra conservada a través de los años. (Allegri, 2005)

Es importante aclarar que durante el proceso de envejecimiento normal se pueden presentar déficit leves en la velocidad de procesamiento y memoria, sin embargo estos cambios nunca llegan a comprometer la funcionalidad del paciente aunque exista un grado de declinación fisiológica en el envejecimiento que causaría un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, para decodificar, almacenar y evocar información nueva, sin embargo los estudios que han arrojado estos datos son psicométricos y no tienen en cuenta datos anatomopatológicos, sin embargo al parecer estos declives no son significativos y son compensados por la experiencia vital determinada por la calidad de vida del paciente. (Otero & Scheitler, 2003)

Estos mismos autores en su revisión, las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la Enfermedad de Alzheimer citaron estudios que demuestran que el adulto mayor con envejecimiento exitoso permanece normal hasta edades avanzadas, por el contrario de adultos que se deterioran intelectualmente en relación con cambios patológicos cerebrales como el Non Study, estudio longitudinal de envejecimiento y Enfermedad De Alzheimer realizado en 1991, donde evaluaron 678 monjas entre los 75 y los 102 años a las cuales se les practicaron los exámenes generales y cognitivos indicados, en el estudio se evidenció que las monjas con envejecimiento normal permanecieron sanas sin evidencia neuropatológica hasta edades avanzadas, de igual forma el estudio longitudinal de Oregon confirma que permanecen intactos los sujetos mayores a nivel neuropatológico y cognitivo, demostrando

una tasa elevada de placas seniles y husos neurofibrilares en los pacientes con demencia no presentes en sujetos normales y una fuerte relación entre la acumulación de cambios neuropatológicos y tasas de deterioro que sugiere que las lesiones no son resultado de cambios benignos en la vejez.

(Park y Schwarz, 2002) consideran que el declive cognitivo propio del envejecimiento está asociado a 4 mecanismos como lo son: a.) la disminución en la velocidad de procesamiento, esta teoría supone que hay dos aspectos que se alteran por una lado el tiempo para realizar operaciones nuevas se le limitado cuando parte importante del tiempo se dedica a la ejecución de operaciones previas y por otro lado los productos de procesamiento previo podrían haberse perdido para cuando se finaliza el proceso posterior, lo cual implica que los sujetos llevan a cabo más despacio las fases de una tarea. Esta lentificación en los tiempos de respuesta se presenta de forma distinta en hombres que en mujeres teniendo los hombres mayores mejor ejecución que las mujeres (Ardila & Rosselli, 2003); b.) al alteración en el funcionamiento de la memoria operativa: esta postura implica que la cantidad de recursos disponibles en un momento para procesar información podrían palearse con apoyos ambientales, la cantidad de recursos de procesamiento evaluados mediante memoria de trabajo pueden predecir patrones de respuestas a estímulos auditivos mas no visuales donde el material escrito puede ser repasado varias veces; c.) cambios en la función inhibitoria: esta teoría supone que la incapacidad para concentrarse en la información más relevante se debe a que la memoria operativa está ocupada en estímulos o información poco importante. Y d.) Las alteraciones en el funcionamiento sensorial: implica que el deterioro tiene una base netamente biológica, el índice de integridad neuronal que media en el funcionamiento cognitivo. Esta teoría no tiene en cuenta aspectos socio demográficos y dejaría de lado conceptos como el fondo de reserva de los individuos.

Otra de las funciones estudiadas dentro del envejecimiento ha sido la atención donde se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la edad

en atención selectiva, sin embargo entre mas aumenta la familiaridad con el tipo de estímulo menores van a ser las diferencias con sujetos más jóvenes. En cuanto a la atención focalizada se ha encontrado que esta normalmente conservada igual que en la atención sostenida, sin embargo en aspectos como la atención dividida la ejecución de los sujetos depende de la complejidad de la tarea especialmente en aquellas actividades que implican más memoria que en las que no. Algunos autores como (par & Schwarz, 2002) señalan que en cuanto a la adquisición de nuevos procesos automáticos hay mas diferencias entre sujetos mayores en tareas que requieren aprendizaje perceptivo, es decir tareas de orden visual, en indican que en cuanto a los procesos automáticos adquiridos previamente se mantiene intacto en la vejez.

En cuanto a la función Neuropsicológica del lenguaje se ha encontrado una preservación en el envejecimiento normal mejor que las habilidades viso espaciales no dada por una mayor preservación del hemisferio izquierdo sobre el derecho sino porque las funciones visoperceptivas requieren de conexiones cortico – subcorticales que se ven afectadas por la pérdida de sustancia blanca durante el proceso de envejecimiento y los ganglios basales. (Juque & Barroso, 1995)

Lo anterior nos permite evidenciar que la función superior mas estudiada ha sido pro excelencia la memoria sin embargo en la mayoría de los estudios no se ha tomado en considera un componente de la vida cotidiana y fundamental de los sujetos como lo es su ajuste comportamental no solamente en el envejecimiento normal sino en los diferentes tipos de síndromes demencial a excepción de la demencia frontotemporal donde se ha enfatizado en estas características pues son las que se presentan más tempranamente de forma más prevalente en este trastorno.

Entonces es importante describir como es el aspecto comportamental de un adulto mayor en condiciones normales o de envejecimiento exitoso. La

definición de comportamiento tiene un sentido muy amplio sin embargo en la presente revisión nos centraremos en los aspectos conductuales que cambian durante la vejez y que están relacionados con el funcionamiento del lóbulo frontal que como mencionamos antes sufre una atrofia y una disminución celular en el proceso de envejecimiento.

(Park & Schwarz, 2002) señalan que la alteración del funcionamiento inhibitorio ayudaría a comprender los cambios en la conducta de las personas mayores, puesto que cambios en la inhibición causarían un peor control mental en situaciones sociales y falta de preocupación sobre las mismas.

Estos hallazgos permiten asumir la teoría de que el anciano normal no tiene deterioro tan significativo ni alteraciones neuropatológicas degenerativas tan relevantes por lo tanto la suposición de que la pérdida de memoria es normal en la vejez es un error, al igual que las alteraciones comportamentales ya que no son características del envejecimiento normal sino de una alteración. Alteración que pueden corresponder a un estadio clínico entre el envejecimiento normal o un proceso demencial es decir, dicho estadio es el deterioro cognitivo leve que describiremos a continuación.

DETERIORO COGNITIVO LEVE

El concepto de deterioro cognitivo leve ha generado controversia a través de su estudio, hay autores que señalan que es un estadio en el cual hay un deterioro sin embargo este no es tan significativo como para que se pueda considerar como una demencia donde la principal función afectada es la memoria, sin embargo esta podría no ser la única o sencillamente no estar afectada, cuadro en el cual la funcionalidad del paciente no está comprometida y no cumple los demás criterios del cuadro demencial sin embargo se presentan dificultades principalmente mnésicas que no se presentan en los sujetos con

envejecimiento normal, uno de los aspectos más importantes de esta entidad clínica es su papel como predictor del desarrollo de un cuadro demencial.

Es entonces donde se hace necesario establecer tanto el concepto de deterioro cognitivo leve como los criterios diagnósticos que lo sustentarían, el nombre de esta entidad lo aportó Petersen (1992) quien indicó que el Deterioro cognitivo leve es un síndrome clínico relacionado con individuos quienes tienen un deterioro cognitivo que no es suficiente desde el aspecto funcional como para esta entidad clínica es de suma ser rotulado como demencia

Los criterios clínicos del deterioro cognitivo leve según Petersen (1992.) son:

- Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante
- Deterioro de memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente.
- Función cognitiva global normal
- Normalidad en actividades de vida diaria
- Ausencia de demencia

Este concepto se usa para caracterizar una entidad clínica que se manifiesta con alteración de una o más funciones cognitivas, sin una afectación severa de la funcionalidad de los individuos, esta entidad se puede clasificar en amnésica donde el predominio es la afectación de la memoria; multidominio donde se afecta más funciones además de la memoria y la última donde la afectación es de un solo dominio diferente a los procesos amnésicos. Arboleda & cols, (2008), señalan que la prevalencia del deterioro cognitivo leve varía de un estudio a otro y que estas diferencias están relacionadas con los procesos metodológicos, sin embargo la prevalencia se estima en un 3-17% de la población mayor de 65 años.

Esta entidad clínica es de suma importancia ya que del 8 al 15% de las personas que la presentan evolucionan a un cuadro demencial como la enfermedad Alzheimer durante el primer año, y al cabo de tres puede llegar

incluso al 50% de los pacientes diagnosticados (Allegri, 2005), sin embargo esto indica que hay algunas personas que se mantienen estables e incluso hay personas que regresan a su funcionamiento normal o evolucionan otro tipo de demencias debido a que el deterioro cognitivo leve responde a diferentes tipos de patología etiología subyacentes de esta forma el deterioro cognitivo leve es un síndrome por lo que el cumplimiento de sus criterios diagnósticos no asegura que exista una patología neurodegenerativa subyacente ni que necesariamente los pacientes evolucionen hacia una demencia, el concepto ha sido utilizado para clasificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar una demencia, esta ambigüedad implica una dificultad para seleccionar los pacientes que podrían beneficiarse de tratamiento farmacológicos ya que estos deben probarse en pacientes con síntomas leves pero a su vez que se tenga la seguridad de que el proceso subyacente es la enfermedad de Alzheimer. Por esto una de las líneas de investigación más importantes al respecto está relacionada con las diferencias entre los sujetos con deterioro cognitivo leve que desarrollan demencia de aquellos que no. (Valls y cols, 2010)

El concepto de demencia según la OMS es un síndrome debido a una lesión cerebral que generalmente es de naturaleza crónica o progresiva en la que pueden presentarse alteraciones en múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El déficit cognoscitivo se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento o de la motivación que repercute en la actividad diaria del paciente que aunque no pueda ser diagnosticado con un síndrome demencial porque se conserva la funcionalidad, dichas alteraciones ya empiezan a repercutir en su vida familiar, social y laboral.

Los síndromes neurodegenerativos están entonces asociados a alteraciones comportamentales y psicológicas que en algunas patologías y en ciertos estadios de la misma dominan el cuadro clínico.

En un estudio realizado por Baquero y Cols (2004) evaluó a 100 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) con un protocolo neuropsiquiátrico encontraron que el 62% de los sujetos analizados presentaron algún tipo de alteración conductual, sin embargo el síntoma más predominante fue la depresión seguido por una conducta frontal como la irritabilidad y apatía. Y concluyen sobre la alta probabilidad de importantes de que estos síntomas sean predictores de un síndrome demencial. Concepto que profundizaremos a continuación.

LAS DEMENCIAS.

El término de demencia según recoge el *Oxford English Dictionary*, el término demencia fue usado por primera vez en 1522, en el texto de una sentencia judicial (le dieron clemencia por sufrir *demencia*). Fue Philippe Pinel, en su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), quien lo incluyó en la clasificación de las enfermedades mentales: manía, melancolía y demencia. A partir de Philippe Pinel se generalizó el término.

La demencia senil fue citada como enfermedad en el *Diccionario de Ciencias Médicas* de Dunglison, en el año 1851, descrita como insania de la vejez, una insania moral en la que cambiaba el carácter moral del individuo, la demencia senil era interpretada como un tipo de enfermedad mental asociado a la involución. Tras los trabajos de Alois Alzheimer, el síndrome que él describió fue catalogado como trastorno presenil. La forma senil quedó en aquel tiempo oculta entre los trastornos mentales de depresivos, paranoicos y de pacientes afectados de otros síndromes que acompañaban a la degeneración cerebral del adulto mayor.

En los años cincuenta Mayer-Gross señalaba que la demencia senil y el envejecimiento normal eran dos entidades cualitativamente diferentes que debían separarse. Los cambios patológicos hallados en las autopsias eran más

pronunciados en pacientes con enfermedad de inicio temprano, tal vez porque los pacientes jóvenes tienden a vivir más, a pesar del deterioro cerebral, o porque en ellos todos los procesos patológicos son más fuertes.

Dos años más tarde Martin Roth y el grupo de Newcastle describieron la relación entre la puntuación en los test mentales y la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares en el cerebro, siendo alta la correlación existente entre puntuación de demencia y más de 12 lesiones por campo microscópico. El hecho fue conocido como teoría del umbral. Significaba que en el envejecimiento normal también aparecían placas seniles y ovillos neurofibrilares en los cerebros, pero en cantidad inferior a 12 lesiones por campo. En relación con la demencia multiinfarto y el parkinsonismo. En los años setenta se intentó hacer la distinción entre enfermedad de Alzheimer y demencia por infartos, y se empezó a utilizar el término demencia multiinfarto. (Martínez & Pascual, 2003)

La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, las habilidades visoperceptuales y atencionales, vinculadas a cambios psicológicos y comportamentales, aunque su etiología es diversa las más comunes son de origen degenerativo y vascular, lo cual repercute en que el síndrome aparezca con mayor frecuencia después de los 55 años (Ardila & Roselli, 2007).

Este síndrome clínico está caracterizado por un deterioro global que representa un descenso respecto al nivel de ejecución previo de funcionamiento, incluyendo aspectos conductuales. Los criterios diagnósticos del CIE 10 la definen como un síndrome debido a enfermedades cerebrales, generalmente de carácter crónico y progresivo en el que se alteran múltiples funciones cognitivas, incluyendo la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, calculo, lenguaje, funciones ejecutivas y de acuerdo al síndrome alteraciones comportamentales y emocionales (Nacional Collaborating Centre

for Mental Health & Social Care Institute for excellence National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

Sin embargo a falta de una confirmación anatomopatológica que solo se da posmortem, se habla en términos de probabilidad, para lo cual se han utilizado los criterios diagnósticos tales como el DSM IV TR, EL CIE 10, NINCDS- ADRDA , específicos para la enfermedad de Alzheimer, NINDS AIREN, utilizados para el diagnostico probable en demencia vascular, criterios de Mc Keith et al. Para demencia por cuerpos de Lewy, NINDS SPSP para la parálisis supra nuclear progresiva. Criterios de Lund & Manchester para Demencia Frontotemporal.

La evaluación y el diagnostico de los síndromes demenciales es un proceso largo especialmente si se encuentra el sujeto en las fases iniciales de la enfermedad, se habla actualmente de síntomas prodrómicos que se pueden presentar sin embargo no son fáciles de identificar ya que pueden enmascarse dentro de eventos que las familias perciben como normales y como parte del proceso de envejecimiento normal. Sin embargo al empezar a presentarse los síntomas de forma significativa el deterioro de la memoria aparece como requisito importante para el diagnostico especialmente en sujetos de más de 50 años ya que frecuentemente estas alteraciones pueden confundirse con envejecimiento normal, son difíciles de diferenciar de un deterioro verdadero que indique un estadio temprano del síndrome demencial. Mostraremos los criterios diagnósticos del DSM IV TR al respecto.

| | |
|--|---------|
| A.1. Deterioro de la memoria | |
| A.2 Presencia de alguna de las siguientes alteraciones | Afasia |
| | Apraxia |
| | Agnosia |

| | |
|---|---------------------------------|
| | Déficit en funciones ejecutivas |
| B. Las alteraciones previas tienen una intensidad suficiente como para repercutir en el desarrollo de las actividades ocupacionales y/o sociales, y representan un deterioro en con respecto a la capacidad previa de estas funciones | |
| C. Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un Delirium | |
| D. Evidencia clínica, o por pruebas complementarias, de que no se debe a otro trastorno como enfermedad mental a una causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica | |

Criterios DSM IV para el diagnostico de demencia tomado de manual DSM IV

Sin que exista un protocolo estandarizado para evaluar inicialmente las demencias el proceso de evaluación y los instrumentos más utilizados son los siguientes:

1. Historia clínica completa (motivo de consulta, antecedentes, quejas subjetivas, inicio, curso y evolución de la enfermedad).
2. Aplicación Mini mental State Examination
3. Escala de deterioro global (GDS) (*global deterioration scale*)
4. Pruebas de atención: tít. a, tít. b, digito símbolo, prueba de atención continua auditiva y visual.
5. Funciones ejecutivas: figura de rey, test del dibujo del reloj, fas, refranes y semejanzas.
6. Praxias: casa, margarita reloj. Series grafomotoras
7. Lenguaje: test de denominación de Boston, test de denominación viso-verbal.
8. Memoria: escala de memoria subjetiva y prueba de Grober & Buschke, prueba de memoria remota.
9. Comportamiento: inventario de comportamiento frontal de kertes.

Escalas funcionales

10. Clasificación clínica de la demencia -CDR (clinical dementia rating)
11. Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton & Brody
12. Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria)
13. Índice de Katz (independencia en las actividades de la vida diaria)
14. Escala de Yesavage (depresión en el adulto mayor)

Estas escalas se están utilizando en la actualidad para la evaluación de las demencias en general sin embargo actualmente se empieza a conocer un instrumento que tiene la función de rastreo general del estado de las funciones superiores con nivel de dificultad más alto para los pacientes que el mini-mental y proporciona al evaluador de mayores herramientas para el proceso evaluativo. Este instrumento es el M.O.C.A. (Evaluación cognitiva de Montreal) que da una visión inicial más amplia de las funciones cognitivas del paciente y hace más completo el proceso de evaluación.

Lo anterior para identificar la etiología que subyace a esos síntomas o quejas que presenta el paciente y familiar. La clasificación de las demencias puede darse desde diferentes criterios: la edad de inicio, la etiología, los signos neurológicos presentes y si es tratable o no lo es.

En cuanto a la edad de inicio se ha encontrado que la aparición temprana de demencia se refiere a aquellos que desarrollan demencia antes de la edad de 65 años, anteriormente llamada demencia “pre-senil”; y demencia de aparición tardía que se refiere a aquellos que desarrollan la enfermedad después de la edad de 65 años anteriormente llamada demencia “senil”. La distinción entre demencia de aparición tardía y temprana todavía tiene utilidad clínica ya que la etiología y características de las personas con demencia difieren entre los casos de aparición tardía frente a la temprana, por lo cual es importante que se beneficien de un enfoque diferente. (National Collaborating

Centre for Mental Health & Social Care Institute for excellence National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

CLASIFICACION DE LAS DEMENCIAS

De acuerdo a la diversidad de etiologías que se pueden clasificar en degenerativas, vasculares, traumáticas, infecciosas, obstructivas, metabólicas, tóxicas, neoplastias y psiquiátricas. Según la etiología pueden clasificarse en tratables , las cuales requieren un manejo oportuno, de lo contrario habría solamente una reversión parcial de síntomas , dentro de estas se encuentran el hematoma subdural crónico, la hidrocefalia y la neurosífilis se incluyen también allí trastornos psiquiátricos trastornos emocionales del adulto mayor antes llamada pseudodemencia de la depresión, lesiones ocupando espacio, Estados tóxicos y anormalidades metabólicas y endocrinas por ejemplo, vitamina B12, deficiencia de folato y hipotiroidismo (Horton &Wedding, 2008) y son aproximadamente el 4% de las demencias y por otro lado las no tratables que son la mayoría de los síndromes demenciales.

| | CORTICAL | SUBCORTICAL | TRATABLE/ NO |
|-----------------------------|----------|-------------|-----------------|
| DEGENERATIVAS: | | | |
| Enfermedad de Alzheimer | X | | NO |
| Enfermedad de Pick | X | | NO |
| Enfermedad de Parkinson | | X | NO |
| Enfermedad de Huntington | | X | NO |
| VASCULARES: | | | |
| Demencia Multiinfarto | X | X | Parcialmente |
| TRAUMATICAS: | | | |

| | | | |
|--|--------|-------------|----------------|
| Hematoma Subdural crónico Pugilística | X X | | SI NO |
| INFECCIOSAS Neurosifilis Jacob- Creutzfeldt VIH | X | X X X | SI NO NO |
| OBSTRUCTIVAS Hidrocefalia | X | | SI |
| METABOLICAS Enfermedad de Wilson | | X | SI |
| TOXICAS Intoxicación por plomo | NA | NA | SI |
| NEOPLASICAS Tumores frontales | X | | depende |
| PSIQUIATRICAS Esquizofrenia | NA | NA | NA |

TOMADO DE NEUROPSICOLOGIA CLINICA (Ardila & Rosselli, 2007).

El CIE 10 por su parte nos ofrece la siguiente clasificación

| Tipos de demencia según su etiopatología | |
|---|--|
| 1. Demencias primarias o degenerativas | Cortical |
| | Subcortical |
| | Formas focales |
| | Formas infrecuentes |
| 2. Demencias secundarias | Vasculares |
| | Otras demencias secundarias |
| 3. Demencias combinadas o de etiología múltiple | Demencia mixta vascular o degenerativa |
| | Otras demencias combinadas |

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| Demencias degenerativas primarias subcorticales | Enfermedad de Huntington | |
| | Parálisis supranuclear progresiva | |
| | Enfermedad de Parkinson | |
| | Demencia cortico- subcortical | |
| | Atrofias multisistémica | Predominio lesional estriado |
| | | Predominio lesional autonómico |
| | | Predominio lesional cerebeloso |
| | Demencia mesolímbocortical | |
| | Gliosis subcortical progresiva | |
| | Hederoataxias progresivas | |
| | Otras formas | |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| Demencias degenerativas primarias corticales | Enfermedad de Alzheimer | |
| | Demencia frontotemporal (complejo pick) | Variante frontal |
| | | Afasia primaria progresiva |
| | | Demencia semántica |

| | | |
|---|--|---|
| Demencias secundarias vasculares | Demencia multiinfarto | |
| | Demencia por infarto estratégico | |
| | Demencia de pequeño vaso (demencia vascular subcortical) | Enfermedad de binswanger Estado lacunar Angiopatia amiloide con hemorragias Enfermedad colageno vasculares con demencia Cadasil |
| | Otras formas: síndrome de sneddon, vasculitis | |
| | Demencia por isquemia hipoxia | Infartos incompletos de sustancia blanca |
| | | Infartos de zona frontera |
| | Demencia por hemorragias | Hemorragia traumática subdural |
| | | Hemorragia subaracnoidea |
| Hematoma cerebral | | |

Otra clasificación se ha dado de acuerdo a las zonas más afectadas cortical y subcortical. Las demencias subcorticales están caracterizadas por la lentificación, la apatía, la dificultad para evocar huellas de memoria y subutilización de la capacidad intelectual. En cuanto a las demencias corticales están presenten cuadros agnósicos, afásicos, apráxicos y amnésicos, sin embargo esta clasificación ha sido controvertida puesto que demencias que inicien con un cuadro cortical involucran posteriormente estructuras subcorticales y demencias subcorticales tienen manifestaciones corticales posteriormente Ardila y Rosselli (2003)

Esta clasificación permite observar que las fases del almacenamiento y recuperación de la memoria están afectadas de diferente forma en las demencias subcorticales, el proceso de recuperación espontánea de la información es el que está más afectado. Como los almacenes de la memoria están más conservados, puede observarse que mejora la ejecución con claves fonológicas o semánticas , por otro lado en las demencias corticales, los dos procesos se ven afectados, tanto el almacenamiento como la recuperación Goldstein & McNeil, (2004)

Haremos una breve descripción de esta clasificación, las demencias neurodegenerativas implican una pérdida progresiva de las células nerviosas, que resultan en signos y síntomas neurológicos. Dentro de las enfermedades degenerativas se encuentran los síndromes de demencia progresivas y están asociadas con la pérdida progresiva de las funciones cognoscitivas (lenguaje, memoria, atención, pensamiento, habilidades espaciales y constructivas) (Ardila, 2006)

Dentro de las demencias neurodegenerativas se encuentran las demencias primarias corticales y subcorticales. En las demencias subcorticales hay una afectación del sistema extrapiramidal, las más comunes son la enfermedad de Parkinson en la cual entre un 20 y un 30% de los pacientes cumplen criterios de demencia, parálisis supranuclear progresiva, atrofia

multisistémica, la enfermedad Huntington y procesos secundarios de los ganglios basales cursan con parkinsonismo y demencia. (Sevilla & Gómez, 2007)

El cuadro clínico de las demencias subcorticales se manifiesta por el enlentecimiento psicomotor que es probablemente es el síntoma aislado más característico de estos síndromes demenciales. En estos el paciente presenta bradipsiquia y una respuesta motora también lenta. Los cambios en la personalidad también son frecuentes en este tipo de enfermedades, con frecuencia desde estadios iniciales, puede presentar apatía, espontaneidad y desinterés, los síntomas depresivos también son frecuentes, lo anterior en cuanto al comportamiento, en cuanto al funcionamiento de la memoria hay una marcada dificultad para recuperar la información ya almacenada, y se mantiene la capacidad para aprender nueva información. A diferencia de las demencias corticales en las cuales desde el principio de la enfermedad hay un trastorno en el procesamiento de la nueva información, también hay déficit en el cálculo y en el manejo del pensamiento abstracto.

Se considera que el deterioro cognitivo no es tan severo si en comparación con el deterioro que se presenta en las demencias corticales cualitativa y cuantitativamente. Como ya se ha mencionado, en la mayoría de los casos un cuadro de trastorno del movimiento acompaña al síndrome de demencia (el síndrome extrapiramidal es prominente en la enfermedad de Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva, la enfermedad de Huntington y en la enfermedad de Wilson), Donde también se presentan alteraciones del lenguaje como disartria e hipofonia. (Sevilla Y Gómez, 2007).

Las demencias corticales pueden afectar a prácticamente cualquier esfera cognitiva, pero las manifestaciones más comunes las alteraciones en la memoria a corto plazo, en funciones visoespaciales, en la denominación y en la fluencia verbal. Esta sintomatología frecuentemente se acompaña de apatía, Ausencia de conciencia de enfermedad y concretismo. Inicialmente la enfermedad se caracteriza por olvidos frecuentes, desorientación

temporoespacial, dificultades con el cálculo y la denominación, reducción de iniciativa y ausencia de conciencia de enfermedad. Posteriormente, y de manera progresiva, aumenta la pérdida de memoria a corto plazo y sólo está preservado el material más aprendido. Incrementan las alteraciones del lenguaje, puede verse afectada la comprensión, presencia de alteraciones en praxias y gnosias y afectación de funciones ejecutivas.

En las demencias corticales pueden aparecer alteraciones del comportamiento como hiperactividad, agresividad y alucinaciones, en estadios avanzados de la enfermedad el paciente pierde la independencia, pueden aparecer alteraciones en la memoria remota, déficit de lenguaje, de praxias y gnosias e incrementa la alteración de las funciones ejecutivas a medida que progresa la enfermedad.

Dentro de las demencias de origen cortical se encuentran la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal, que tiene tres variantes, a. La demencia del lóbulo frontal caracterizada básicamente por alteración severa de la conducta social, b. afasia primaria progresiva, caracterizada por ser no fluente, presencia de anomia y agramatismo, y c. la demencia semántica (DS) la cual presenta afasia semántica y agnosia asociativa progresivas.

La demencia frontotemporal está caracterizada por cambios en la personalidad y alteraciones en la conducta social. El paciente pierde su iniciativa, Dejan sus responsabilidades, se deteriora su actividad laboral, hay dificultades en la empatía y relaciones sociales, hay presencia de anosognosia que comienza habitualmente. Comienza habitualmente en forma insidiosa normalmente tiene sus primeros síntomas entre los 40 y 60 años de edad, sin predominancia de sexo, un 50% de los casos tiene antecedentes familiares, es de progresión gradual y el tiempo de evolución varía entre 3 y 17 años Serrano y Cols, (2001).

Las principales características clínicas son:

Inicio insidioso y progresión gradual, decline precoz de la conducta social y relaciones interpersonales. Deterioro temprano en la conducta personal, precoz sobrecarga emocional, anosognosia temprana.

Existen características que apoyan el diagnóstico como la alteración del comportamiento tales como; falta de higiene personal, rigidez mental y falta de flexibilidad, falta de atención y de constancia, Comportamiento perseverante y estereotipado; alteraciones en el lenguaje como la afluencia verbal reducida, lenguaje estereotipado, presencia de ecolalia, lenguaje perseverativo y mutismo y signos físicos dentro de los cuales se encuentran los reflejos primitivos, la incontinencia, acinesia, rigidez y temblor, tensión arterial baja. Normalmente se observan resultados normales en el electroencefalograma y atrofia frontal y/o temporal, (Álvarez, 2005)

Dentro de las demencias degenerativas también se encuentra la enfermedad de Alzheimer que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo en la edad adulta, principalmente en la vejez y está considerada como la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en los países desarrollados y su prevalencia se incrementa con la edad. Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable. (Valls & cols, 2010).

En cuanto al comportamiento en los síndromes demenciales existen problemas de conducta en los adultos mayores que normalmente se le atribuyen al envejecimiento y se pueden manifestar como negativismo, apatía, inquietud o irritabilidad, incluso pueden llegar a episodios de agitación psicomotora de tono agresivo o en ideas falsas contra los familiares, de tipo paranoide que pueden interferir con la estabilidad de su entorno y precipitar el

ingreso hospitalario. Los problemas que plantean estas alteraciones de conducta tienen mucha importancia tanto por la incertidumbre del pronóstico y la dificultad de manejo como porque marcan el inicio del tratamiento con medicación anti psicótica, y se presenta la duda de si se trata del comienzo de una demencia. Algunos trastornos de conducta tienen relación con la desorientación temporoespacial del paciente y otros con la ansiedad que es uno de los trastornos más prevalentes en el adulto mayor y al mismo tiempo de los menos estudiados, relacionados con sucesos críticos presentados a lo largo de la vida del individuo. Muchas de las alteraciones conductuales son consecuencia del grado de satisfacción o insatisfacción vital que siente la persona al final de su vida. (Martínez & Pascual, 2003)

Frente a la prevalencia de estos síndromes La enfermedad de Alzheimer representa alrededor del 60% de los casos, otra causa común es la demencia vascular y demencia con cuerpos de Lewy estimada dentro del 15-20% de los casos identificados, demencia frontotemporal también es una causa común siguiendo a la enfermedad de Alzheimer, alrededor del 70% de las personas con la enfermedad de Parkinson desarrolla demencia , de acuerdo a la duración y la edad. (National Collaborating Centre for Mental Health & Social Care Institute for Excellence National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Y es justamente en el síndrome demencial mas prevalente en el que nos centraremos enfatizando en las alteraciones comportamentales que se presentan en el.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Existen cambios clínicos asociados a la edad en el envejecimiento normal, como la aparición de signos neurológicos y cambios cognoscitivos que incrementan con la edad.

La variabilidad en el proceso de envejecimiento está asociada tanto a factores genéticos como a factores ambientales, se presentan cambios en

sistemas no neurales tales como alteraciones cardíacas, pulmonares, alteraciones en la presión arterial, cambios evidentes en el sistema gastrointestinal y en las funciones endocrinas. (Clark y Trojanowski, 2000)

En cuanto a las alteraciones cognitivas en etapas tempranas de los trastornos neurodegenerativos por ejemplo en estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer hay síntomas que pueden resultar ambiguos y esto dificulta el diagnóstico de la enfermedad.

Sin embargo avances en imágenes cerebrales como la tomografía por emisión de positrones PET, ha facilitado el diagnóstico sin que eso signifique el diagnóstico definitivo de este tipo de demencias ya que otros elementos como la evaluación Neuropsicológica juegan un rol de la misma manera importante.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Y que cursa con síntomas psicológicos y conductuales.

- A nivel neuropatológico se caracteriza por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles en el hipocampo, lóbulo temporal, parietal y frontal
- Está producida por la pérdida gradual de neuronas cerebrales.
- Acumulación de placas amiloidea y proteína tau
- Los cromosomas 1, 14 y 21 se asocian a formas familiares de inicio precoz

Los cromosomas 12 y 19 ligados al inicio tardío

Esta enfermedad ha sido reconocida como la causa más frecuente de demencia (ALOIS ALZHEIMER 1907). La demencia tipo Alzheimer (DTA) se inicia usualmente después de los 50 años, y representa aproximadamente el 60% de todas las demencias.

Inicialmente se reconocieron dos formas de enfermedad de Alzheimer: una forma senil y otra forma presenil, dependiendo de si los síntomas se iniciaran antes o después de los 65 años. Estudios posteriores demostraron la equivalencia clínica de las dos formas de demencia, por que se prefirió el término de demencia de tipo Alzheimer (DTA) para incluir las dos modalidades.

Durante la evolución se ha distinguido tres etapas:

1. amnésica
2. confusional
3. demencial

1. La etapa amnésica se caracteriza por desorientación espacial, olvido de palabras en el lenguaje espontáneo, alteraciones en la memoria reciente, dificultades en el cálculo y cambios frecuente en el estado de ánimo, incluyendo depresión.

El comienzo de la EA es marcadamente insidioso, y es muy difícil de situar en una fecha precisa. A veces puede aparentar un inicio subagudo porque alguna circunstancia pone de manifiesto el trastorno a los observadores que hasta entonces no habían notado los déficits, o porque un proceso intercurrente como alguna otra enfermedad o ictus. Agrava bruscamente la situación clínica del paciente. (Martínez & Pascual, 2003) En esta fase se empiezan a presentar alteraciones en la memoria, se presentan circuloquios y dificultades en el uso de los nombres. Este estadio dura alrededor de 2 años, aun en esta fase en la enfermedad de Alzheimer no son comunes alteraciones notables de comportamiento diferente a lo que ocurre en sujetos diagnosticados incluso en fases iniciales de Demencia Fronto Temporal.

2. Durante la fase confusional se observa un decremento de las funciones intelectuales, se acentúa la anomia, apareciendo un lenguaje

francamente parafásico, con alteraciones en la comprensión y conservación de habilidad para repetir, la familia empieza a notar los cambios y empieza a generarse la necesidad de la evaluación, este estadio de la enfermedad puede durar de 3 a 4 años o puede durar hasta 15 años. Durante esta fase los trastornos comportamentales pueden empezar a presentarse, las más comunes actitudes de agresividad y otros en menor proporción como la irritabilidad, la ansiedad y la agitación (Clark & Trojanowski, 2000)

3. Etapa demencial, los pacientes presentan un severo deterioro intelectual y comportamental. El lenguaje expresivo se reduce hasta constituir un cuadro de semimutismo o mutismo, con demencia a la ecolalia. La comprensión se delimita a órdenes muy sencillas. Se pudo observar incontinencia de esfínteres y con frecuencia el paciente queda reducido al lecho, en ocasiones asumiendo posiciones rígidas o de flexión. Los reflejos patológicos como succión, prensión, búsqueda y signo de Babinski, se hacen evidentes. La lentificación cortical se refleja en el EEG y la atrofia cortical difusa se hace evidente en la escanografía cerebral. Esta etapa dura entre 1 y tres años y requiere supervisión y cuidado permanente. A nivel de comportamiento frontal se presenta incontinencia, dependiente en las actividades básicas, en esta fase las personas tienen una puntuación de 10 en el Min

La muerte se produce en ocasiones por neumonía o por infección urinaria. La supervivencia una vez iniciada la DTA fluctúa entre 5 y 10 años

Disponemos de criterios para el diagnóstico clínico de la EA. Los más universales son los de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) de 1997 y los del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) de 1984. Ambos poseen una sensibilidad del 80% y especificidad del 70% (Martínez Lage, 2002).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

A. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:

A.1. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida)

A.2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

a) Afasia

b) Apraxia

c) Agnosia

d) Alteración de funciones ejecutivas

B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacionales y sociales.

C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.

D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:

D.1. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural,

Hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).

D. 2. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, SIDA...)

D. 3. Intoxicaciones.

E. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.

F. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

1. Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer probable:

- Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y confirmado con test neuropsicológicas.
- Deficiencias en más o dos áreas cognitivas.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- No alteración del nivel de consciencia.
- Comienzo entre los 40 y 90 años, con mayor frecuencia después de los 65.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo de la memoria y de las otras funciones cognitivas.

1. Apoyan el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable":

- Deterioro cognitivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia).
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades de la vida diaria habituales.

- Antecedentes familiares de trastorno similar.
- Pruebas complementarias (EEG normal, atrofia cerebral en TAC...)

3. Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable", tras excluir otras causas de demencia como síntomas asociados a la depresión, insomnio, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, alteraciones de conducta sexual, pérdida de Peso...).

En esencia, para cumplir con los criterios clínicos establecidos para el diagnóstico de la EA, como los que se definen en el DSM-IV(1997) y los NINCDS-ADRDA (1984) deben presentarse ciertas características en la historia clínica y cambios de comportamiento. Así pues, la enfermedad de Alzheimer es de comienzo insidioso y de curso gradual y progresivo. Se caracteriza por lentas y constantes pérdidas de las funciones cognitivas superiores (memoria, funciones motoras y velocidad, funciones visoperceptivas, funciones ejecutivas, lenguaje y razonamiento verbal) y cambios afectivos que interfieren progresivamente en la independencia y autonomía del enfermo, inicialmente en las actividades avanzadas e instrumentales de la vida diaria (integradas por el conjunto más complejo de habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente: capacidad para usar el teléfono, el dinero, ir de compras, preparar la comida, limpiar, desplazarse, viajar) y posteriormente, en las actividades básicas de la vida diaria (que son las habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado: comer, lavarse, vestirse, arreglo personal, movilidad, usar el servicio y control de esfínteres) .

La evolución progresiva de la EA, tiene efectos devastadores en tres campos sintomáticos esenciales: en la función cognitiva, en la conducta y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD).

En estadios posteriores de la enfermedad, estas personas disminuyen sus facultades (mayores problemas de orientación, déficits en el lenguaje, dificultades en el cálculo, peor capacidad atencional, etc.) necesitando cada vez una mayor supervisión para la realización de las actividades cotidianas, siendo totalmente incapaces de llevar una vida independiente.

Con el curso de la EA, los enfermos se alteran emocionalmente, pueden presentarse conductas delirantes (acusar al cónyuge de ser un impostor...), síntomas obsesivos (repiten sencillas actividades de limpieza...), síntomas de ansiedad, agitación e incluso conductas violentas que no existían hasta entonces. En el curso progresivo de la enfermedad, estos enfermos acaban por no reconocer caras familiares ni a ellos mismos, no son conscientes de acontecimientos y experiencias pasadas, sufren alteración del ritmo diurno, pérdida de las habilidades verbales, llegando solamente a verbalizar palabras y frases muy concretas, perdiendo el lenguaje. Sufren incontinencia urinaria (requiriendo asistencia para el aseo), problemas de alimentación (problemas de deglución de alimentos), pérdida de las habilidades motoras básicas, como por ejemplo la capacidad para andar, terminando el paciente encamado y preservando únicamente los reflejos más primitivos de "grasping" y de succión, llegando a posición fetal cuyo trágico fin es la muerte.

Así pues, algunos autores (Tárraga, 1998) hacen referencia a la involución de las capacidades intelectuales de estos enfermos, relacionando los síntomas del curso evolutivo de la EA inversamente con el desarrollo infantil, utilizando el modelo de desarrollo de las capacidades mentales en el niño elaborado por Jean Piaget. En los enfermos de Alzheimer se va produciendo una desintegración de las funciones cognitivas superiores, primeramente de las operaciones formales de la inteligencia (que los niños adquieren a los 11-15 años), seguida de las operaciones concretas (que los niños adquieren de los 7-11 años) para llegar a una desintegración del periodo preoperatorio (adquirido de los 3-7 años) y de la inteligencia sensoriomotora. Mientras el niño va

adquiriendo capacidades de forma progresiva y ordenada, el enfermo con demencia las va perdiendo, también de forma más o menos ordenada.

Evaluación Neuropsicológica de la Enfermedad de Alzheimer

Aun cuando el diagnóstico de la E.A. puede parecer obvio, en los casos incipientes es necesario una valoración Neuropsicológica detallada que incluye la obtención de una buena historia clínica, fundamental para determinar la naturaleza y evolución de la sintomatología, por lo tanto debe utilizarse una información confiable que usualmente es el familiar que acompaña al paciente, así como el registro de las observaciones comporta mentales y una batería de pruebas

Para la evaluación los criterios actuales de Enfermedad de Alzheimer presencia de un déficit requieren la presencia de un déficit cognitivo y demencia lo que significa que cuando se da el diagnóstico el daño neurológico ya está afectando de forma generalizada un importante número de áreas cerebrales, se hace necesario realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad para poder llevar a cabo ensayos con medicamentos modificadores del curso de la enfermedad y mostrar su eficacia si es posible en la fase pre clínica de la enfermedad. (Valls y cols, 2010).

El síntoma frecuente que se reporta, de aparición más temprana en la alteración de la memoria para hechos recientes que se manifiesta en la incapacidad de hacer tareas que requieren la incorporación de nueva información, en hacer repetidamente las mismas preguntas y en olvidar la realización de actividades cotidianas. Se reportan también dificultades del lenguaje para encontrar las palabras en el lenguaje espontáneo, expresar con claridad las ideas y comprender ciertos aspectos del lenguaje hablado. Otros síntomas pueden incluir desorientación en tiempo y espacio, inhabilidad para manejar finanzas, pérdida de la habilidad para conducir, dificultad para

orientarse en ambientes bien conocidos para el paciente, tropiezos en las actividades de la vida diaria como vestirse y bañarse. Algunos pacientes muestran cambios de conducta, puede ser muy evidente la disminución de la capacidad para concentrarse. Las alteraciones en el sueño se manifiestan como confusión nocturna y son frecuentes síntomas depresivos, importante de diferenciarlo de un cuadro depresivo.

Los tipos de comportamiento que se pueden observar incluyen, habilidades del lenguaje, habilidades sociales, memoria para eventos recientes y comprensión de instrucciones.

La evaluación del lenguaje espontáneo y de la comprensión se hace en la conversación con el paciente. En estadios tempranos presentan gran cantidad de sustituciones de palabras (parafasias semánticas) y de circunloquios para poder compensar la dificultad para hallar las palabras y presentan deterioro en habilidad de razonamiento, disfunción de memoria verbal y espacial, afasia y dispraxia (Risberg, Grafman, 2006)

A medida que el desorden progresa el paciente pierde fluidez verbal o sino la pierde provoca un lenguaje sin sentido. Pueden aparecer parafasias semánticas o fonológicas. En los estadios terminales ecolalia y palilalia son frecuentes. La comprensión para ordenes complejas se dificulta mucho hasta el punto de que al paciente hay que reformularle las preguntas de manera sencilla evitando poner el sujeto tácito y dar más de dos ideas en la misma frase. A pesar de estos problemas del lenguaje el paciente conserva sus habilidades sociales y conversacionales encubriendo su deterioro intelectual que puede pasar fácilmente desapercibido. Con frecuencia desconcierta la dificultad existente entre la apariencia vivaz de paciente y la incapacidad para responder preguntas de muy bajo nivel de dificultad que una muchas veces parecerían embarazosas de formular. Estos pacientes frecuentemente se pierden dentro de una conversación y pueden entonces presentar comportamientos de aislamiento. A veces pueden hacer comentarios impertinentes o irrelevantes pertenecientes a tópicos de los que se había hablado con anterioridad.

Generalmente no existe conciencia de déficit, exceptuando los estadios iniciales en donde el paciente puede tratar de compensar su defecto recurriendo a estrategias tales como anotar las actividades que debe realizar en su trabajo, mantener a la mano el número telefónico de su propia casa, etc., procedimientos que puede intentar mantener ocultos para no hacer evidentes sus dificultades que generan en el paciente una vivencia de pérdida y un sentimiento de depresión. Otra sintomatología es desarrollar ideas paranoides con respecto a familiares en relación con sus bienes, siendo importante disponer de un asesor legal.

El examen del paciente generalmente va dirigido a valorar las funciones cognoscitivas y se centra en memoria, lenguaje, praxias, funcionamiento ejecutivo, visoespacial e intelectual.

Inicialmente se aplica una prueba de rastreo general de las funciones, una evaluación básica de las funciones cognitivas. Examen del Estado Mental Mínimo de Folstein, se guido de una escala para determinar el nivel de deterioro. Escala de Deterioro Global - GDS (Global Deterioration Scale), un Instrumento de Evaluación Funcional para Enfermedad de Alzheimer FAST (Functional assessment tool for Alzheimer disease) y la clasificación clínica de la demencia CDR (Clinical Dementia Rating¹⁰) (Allegri y cols, 2000)

En cuanto al funcionamiento intelectual general esta considerablemente disminuido, de manera tal que el coeficiente intelectual total en la prueba de Wechsler esta usualmente rayando los límites de la anormalidad (menos de 90). Es común encontrar una superioridad significativa del coeficiente intelectual verbal sobre el coeficiente de ejecución. Dentro de las subpruebas verbales los puntajes más altos se obtienen en tareas que evalúen conocimientos académicos previamente adquiridos, análisis de situaciones familiares y memoria inmediata. Las subpruebas de vocabulario información y dígitos en progresión generalmente se realizan mejor que las tareas de ensamblajes de

cubos, digito-símbolos y dígitos en regresión. Los bajos puntajes que presentan los pacientes con demencia de Alzheimer se asocian de manera directa con pruebas que exijan abstracción y velocidad .

Se encuentra alterada la atención tanto focalizada como dividida que requieren que el sistema control atencional evalúe adecuadamente los recursos disponibles y las demanda atencionales de cada actividad, dicha evaluación requiere la integridad del sistema atencional frontal para funcionar de forma adecuada Benedet, (2002).

La memoria inmediata está bien conservada, pero existe una gran dificultad para retener y evocar nueva información. Las dificultades en el aprendizaje, parecen originarse en la incapacidad para fijar huellas de memoria y la memoria para recordar caras se encuentra comprometida.

Las dificultades espaciales están relacionadas con apraxia construccional, entendida como la capacidad para manejar estímulos en el espacio, siendo difícil el realizar figuras tridimensionales y/o la organización de patrones con cubos, mostrando además una marcada perseveración.

Los síntomas del lóbulo frontal como disfunción ejecutiva a menudo son reportados en la enfermedad de Alzheimer, características tales como la desinhibición y euforia cuando están presentes, parece asociado con la aparición posterior y mayor duración de la enfermedad y más lenta tasa de progresión (Risberg, Grafman, 2006)

Los problemas del lenguaje tienden a pasar desapercibidos. Desde estadios tempranos de la enfermedad, presenta dificultades para iniciar la conversación, con pérdida de la espontaneidad verbal, anomia y vocabulario pobre. Parafasias y errores articulatorios aparecen más tardíamente. A medida que el lenguaje se deteriora, se observan digrafías. En las etapas finales, se vuelven autistas, conservando solo vestigios ecolalicos del lenguaje.

Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer.

El término de enfermedad de Alzheimer fue introducido en 1907, Las investigaciones epidemiológicas en la pasada década pueden ayudar a definir conceptos concurrentes de enfermedad de Alzheimer, los estudios descriptivos ha demostrado problemas de salud pública de las demencias. Las investigaciones analíticas han confirmado la importancia de las poliproteínas E (ApoE), el genotipo y la historia familiar como los principales factores de riesgo.

La identificación de potenciales factores de riesgo y factores protectores en estos estudios han sugeridos nuevas aproximaciones terapéuticas o líneas de investigación científica.

Los estudios de casos y controles y más recientemente los estudios prospectivos, han evidenciado un incremento en el riesgo de enfermedad de Alzheimer en pacientes con nivel educativo bajo y afecciones cardiacas. Estos estudios han descubierto no solamente avances a nivel terapéutico sino también preventivo. (Clark & trojanowski, 2000)

Incidencia prevalencia y mortalidad en enfermedad de Alzheimer.

Los hallazgos más consistentes en epidemióloga en demencia muestran que la prevalencia más grande se encuentra entre los 65 y los 85 años de edad. Los estudios en estados unidos y Europa demuestran que la enfermedad de Alzheimer es la más común dentro de la demencia. Estimación relativa de las demencias en el estados unidos y Europa, Enfermedad de Alzheimer: 60 % Demencia mixta: 8%; otros tipos de demencia: 16%, (Clark & Trojanowski, 2000),

La ausencia de un marcador biológico diagnóstico para EA y el inicio insidioso de los síntomas dificulta distinguir los cambios normales cognitivos asociados a la edad del inicio de una demencia.

En cuanto a la incidencia los estudios han sugerido que la mayoría de nuevos casos se presentan entre los 75 a 80 años y una menor proporción de nuevos casos entre los 85 y los 90 años.

La mortalidad

En los estudios analíticos se han encontrado los posibles factores de riesgo, a. factores demográficos: nivel educativo y ocupación.

Etiología.

La enfermedad de Alzheimer tiene una etiología compleja, existen factores genéticos que pueden presentarse con un patrón familiar esporádico La EA se asocia a tres genes determinantes y a uno que aumenta la susceptibilidad ; de acuerdo al inicio si es temprano o tardío también hay factores diferentes riesgo. En el caso de la EA de inicio tardío, la más frecuente, se involucran factores genéticos de susceptibilidad y ambientales.

En la EA de inicio temprano 5% de los casos tiene una fuerte carga genética como agente causal. (Gen de la proteína precursora de amiloidea y los genes de las presenilinas) algunos estudios sugiere que se explica por mutaciones genéticas y otros encuentran una baja frecuencia de mutación, lo cual sugiere que otros factores genéticos están involucrados.

Los estudios patológicos de los pacientes con enfermedad de Alzheimer Muestran una pérdida significativa de neuronas colinérgicas particularmente en el núcleo basal de Meynert. Se describen igualmente degeneración de células en la corteza cerebral y el hipocampo, con un aumento significativo de placas seniles. (Ardilla, 2006) dicha degeneración neuronal en el hipocampo produce perdida en la memoria reciente y la memoria remota en menor proporción, también la memoria relacionada con estímulos táctiles, visuales y auditivos esta afectadas. (Atlas de neuroanatomía, 2000).

Otra de las causas de que se desarrolle la enfermedad de Alzheimer es la acumulación de amiloide A4 en el parénquima cerebral y en las paredes de los vasos. Estos depósitos generan placas seniles, la enfermedad de Alzheimer sería entonces una amiloidopatía, término por el depósito anormal de amiloide y es una taupatía ya que también se caracteriza por la acumulación de proteína TAU fosforilada en las neuronas con degeneración neurofibrilar, alrededor de los depósitos de amiloide, dando lugar a las placas seniles. Con degeneraciones neuríticas y ovillos neurofibrilares que son pares de filamentos helicoidales de proteína tau hiperfosforilada. El deterioro cognitivo de los pacientes con Alzheimer presenta una correlación directa con la presencia y número de estas placas, que son más evidentes en el hipocampo y zonas asociativas de la corteza cerebral. La pérdida neuronal más importante ocurre en el hipocampo y neocórtex, también se ven afectadas las neuronas colinérgicas del núcleo basal de meynert (Martínez & Pascual, 2003)

Los síntomas predominantes en EA con fallas en la memoria, afasia, apraxia, Agnosia y desorientación espacial están fuertemente relacionados con la acentuación de cambios degenerativos en el lóbulo temporal, sistema límbico y área temporoparietal.

Criterios de enfermedad de Alzheimer

| CRITERIOS | NINCDS-ADRDA | DSM IV | CIE 10 |
|---|--------------|--------|--------|
| Demencia establecida con test | SI | NO | NO |
| NO Deterioro previo | SI | SI | SI |
| Defectos de memoria | SI | SI | SI |
| Trastorno del pensamiento | NO | NO | SI |
| Afasia, apraxia, agnosia o de. Ejecutivos | NO | SI | NO |
| Defectos en dos áreas cognitivas | SI | SI | SI |

| | | | |
|--|----|----|----|
| Alteración actividades de la vida diaria | NO | NO | SI |
| Alteración del trabajo o vida social | NO | SI | NO |
| Comienzo entre 40-90 años | SI | NO | NO |
| Comienzo insidioso | SI | SI | SI |
| Curso progresivo | SI | SI | SI |
| Ausencia de: Otras causas | SI | SI | SI |
| Signos focales | SI | NO | SI |
| Abuso de sustancias | NO | SI | NO |
| Trastornos de conciencia | SI | SI | SI |
| Otro trastorno mental mayor | NO | SI | NO |

TOMADO DE MANUAL DE ALZHEIMER, (Martínez & Pascual, 2003)

Los procesos centrales requieren más recursos cognitivos que los procesos modulares y las vías de conexión son más numerosas en los primeros, la degeneración neuronal amplia en el cerebro, característica de la demencia, conlleva ruptura de conexiones y disminución de recursos. En consecuencia, los déficit en los pacientes con demencia tipo Alzheimer deberán afectar más seriamente a los procesos centrales que a los modulares, (Benedet 2002)

Esa es la razón por la que un mal funcionamiento del ejecutivo central y sistema de control suele ser un síntoma temprano de esta demencia. Hay alteraciones considerables en la memoria de trabajo, memoria episódica en especial la reciente.

Hay importante pérdida de memoria, especialmente para el aprendizaje de nueva información, reflejando las alteraciones de la función de los sitios anatómicos tales como el lóbulo temporal y el hipocampo, que son el principal foco de cambio patológico. Más tarde en la enfermedad llegan a ser afectados

otras funciones corticales superiores como el lenguaje, las praxias , hay alteración de la función ejecutiva y trastornos conductuales y psiquiátricos.

Estos han sido contemplados en la literatura en varias formas, incluyendo los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (prescripción), desafiando la conducta, síntomas neuropsiquiátricos y, más recientemente, el comportamiento desafiante. . Tales síntomas comúnmente incluyen depresión, apatía, agitación, desinhibición, psicosis (delirios y alucinaciones), agresividad, incontinencia y cambios en los hábitos de alimentación, que a menudo son los más difíciles de manejar y generan gran carga emocional para los pacientes y los cuidadores y son fuertes predictores del deterioro cognitivo de estrés del cuidador, estos trastornos comportamentales pueden en la enfermedad de Alzheimer no ser la sintomatología inicial pero si resulta muy demandante para la familia. Contrario a otros síndromes demenciales como la Demencia frontotemporal donde si se presentan de forma precoz, donde se presentan trastornos del lenguaje y comportamientos como desinhibición y apatía y en la demencia por cuerpos de lewy, en el cual hay presencia de alucinaciones, trastornos cognitivos y alteraciones motoras, trastorno del comportamiento del sueño, en las demencias de origen vascular por su parte pueden presentar problemas en el funcionamiento Ejecutivo, apraxia, reflejando la disfunción frontoestriatal 'subcortical' debido a la patología vascular, también son comunes Comportamientos desafiantes con depresión y la apatía visto con mayor frecuencia (horton, 2008).

Estos trastornos afectivos y conductuales en la enfermedad de Alzheimer son ocasionados por la interrupción de los circuitos frontales subcorticales , ya que estos conectan el lóbulo frontal con las estructuras subcorticales como el tálamo y los ganglios basales, estos paciente pueden presentar alteración en las funciones ejecutivas , impulsividad, desinhibición, y depresión que es uno de os síntomas más relevantes, los pacientes con EA y depresión tienen un compromiso importante de la región pre frontal, corteza angular y lóbulo temporal. Alberca (2002)

Al compartir algunos de los comportamientos frontales la demencia frontotemporal con la enfermedad de Alzheimer se tomo la prueba de kertes z inicialmente diseñada para el diagnóstico de la demencia Fronto temporal. Que incluso en la prueba piloto incluyeron 16 pacientes con enfermedad de Alzheimer de los 39 sujetos, (Kertesz, 1998).

En cuanto a las alteraciones comportamentales en la Enfermedad de Alzheimer, en un estudio realizado por Toledo y cols en España en el 2004, se encontró que a apatía es el síntoma más frecuentemente encontrado en los pacientes con demencia tipo Alzheimer 93.8% de los pacientes seguido por la irritabilidad, labilidad emocional, 81%), ansiedad 75%, disforia 71%, agitación agresividad 56% síntomas, así como las alteraciones del comportamiento nocturno y las alteraciones en el apetito y la alimentación, aparecían en todos los estadios de la enfermedad, incluidos los leves.

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar los comportamientos frontalizados de los pacientes mayores con enfermedades neurodegenerativas es el inventario de comportamiento frontal el cual es un instrumento compuesto de 24 ítems, para elegir los comportamientos más específicos para lograr una exactitud diagnóstica en la demencia frontotemporal. Los ítems fueron seleccionados de los rasgos diagnósticos más importantes de los criterios de Lund/Manchester y los síntomas más comunes en nuestros pacientes con DFL. El inventario fue diseñado como una serie de preguntas estructuradas escritas de tal forma que se incluían los aspectos negativos tanto normales como anormales de las conductas dando al cuidador una opción. Si el cuidador parecía dudar o no comprendía la pregunta, ésta se reformulaba con otras palabras. Cada ítem se puntuaba en una escala sobre 4: 0 = ninguno, 1 = leve o ocasional, 2 = moderado, 3 = intenso o la mayor parte del tiempo. Los ítems fueron agrupados como comportamientos negativos tales como la apatía, la falta de espontaneidad, la indiferencia, la

inflexibilidad, el concretismo, el abandono personal, la distractibilidad, la falta de atención, la pérdida de Insight, la logopenia, la apraxia verbal y la mano extranjera. Estos últimos tres ítems fueron incluidos para captar comportamientos del habla y motores específicos que podían asociarse con la DFL. El segundo grupo de comportamientos contenía ítems de desinhibición tales como la perseveración, la irritabilidad, la jocosidad, la irresponsabilidad, la impropiedad, la impulsividad, la agitación eufórica, la agresión, la hiperoralidad, la hipersexualidad, la conducta de utilización y la incontinencia. Desde que se realizó el estudio piloto, se han incluido modificaciones y aspectos adicionales que han sustituido la desinhibición, ya que se hacía referencia a demasiados comportamientos similares. Los últimos cinco ítems representaban el comportamiento observado normalmente en estadios avanzados de DFL intensa. Son muy perturbadores para las familias.

En un estudio piloto, se administró el test a 12 pacientes a los que se les había diagnosticado clínicamente DFL, a 16 pacientes con EA seleccionados para estadios precoces de la enfermedad en un departamento de consultas externas y a 11 pacientes con demencia depresiva diagnosticados mediante evaluación psiquiátrica e inventarios de depresión. Los pacientes con EA cumplían los criterios NINCDS-ADRDA. La intensidad de la demencia fue definida por las puntuaciones en la Escala de Valoración de la Demencia de Mattis (MDRS) y se equipararon los grupos de acuerdo con ésta. Se seleccionaron los pacientes con DFL porque presentaban un comportamiento extraño, aunque en los estadios posteriores de la enfermedad varios de ellos desarrollaron una alteración logopénica progresiva y también uno de ellos presentó la típica enfermedad de las neuronas motoras (ENM). Las pruebas mediante neuroimagen confirmaron una atrofia frontolobular en 10 pacientes sobre 12. A tres pacientes se les confirmó, mediante autopsia, la patología variante de Pick, uno presentaba el tipo corticobasal y los otros dos inclusiones tau negativas y ubiquitina positivas y evidencias clínicas de ENM. Tomado de

demencia frontotemporal, enfermedad de pick y complejo de pick. Andrew Kertesz (1998)

Este inventario fue diseñado y desarrollado con el propósito de empezar a diferenciar la demencia frontotemporal especialmente la variante comportamental (DLF) demencia del lóbulo frontal de otras demencias tales como la Enfermedad de Alzheimer y la demencia Vascular.

Existen otras escalas como la de Gustafson y Nilsson (1982) cuyo propósito es diferenciar entre la demencia de Pick y la demencia del lóbulo frontal de la demencia Tipo Alzheimer través de una cuantificación de los ítems típicos de la demencia frontotemporal de variante comportamental y aquellos de la DTA. (Demencia Tipo Alzheimer).

Un cuestionario retrospectivo fue usado para correlacionar los hallazgos en la autopsia de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y demencia del lóbulo frontal (DLF) usando el inventario neuropsiquiátrico de Cummings en pacientes que se caracterizaron por desinhibición, escaso Insight, poca capacidad de empatía comportamientos sociales inadecuados y ocasionalmente mutismo. Binetti et. Al., 1998; cummings et al., 1994; levy et al., 1996, Rozzini et al., 1997). Citado por Kertesz (1998)

Algunas escalas fueron desarrolladas especialmente para población con Demencia Frontotemporal por ejemplo la escala de comportamiento frontotemporal (lebert et al, 1998), cuya correcta clasificación aparece posteriormente en el inventario de comportamiento Frontal FBI (Kertesz, et al., 2000) y el FBS (lebert 1998). Los sistemas de calificación de las escalas son diferentes. La escala de comportamiento frontotemporal está compuesta por 4 test y cada uno consta por 5 sub ítems que se califican de acuerdo a presencia o ausencia del síntoma (1 o 0), por el contrario el inventarios de comportamiento frontal tienen 24 ítems que se califican en un rango de 0 a 3, obteniendo la severidad de varios síntomas y no solamente la presencia o ausencia del síntoma.

El inventario de comportamiento frontal fue construido incorporando el consenso de criterios de Lund y Manchester (1994) modificados posteriormente por Neary et al. Criteria (1998). La publicación original del FBI fue en 1997. Posteriormente se publicó una nueva versión en el año 2003.

Los objetivos del inventario son:

1. completar La historia reportada por el paciente y el familiar o acompañante, el inventario sirve para estandarizar cada pregunta.
2. Tener un sistema de puntajes estandarizado que permita comparar entre los pacientes y establecer la severidad de los síntomas
3. Hacer más exacto el diagnóstico de la demencia frontotemporal y hacer más notorios aquellos comportamientos que son más discriminativos entre las entidades clínicas
4. Registrar los cambios en la severidad y analizar que ítems van cambiando y en qué grado.
5. Medir los efectos del tratamiento o detectar alteraciones comportamentales que no responden al tratamiento.

Para evaluar síntomas de apatía en la enfermedad de Alzheimer se han desarrollado escalas como la SPC Genérica, Y SPCD asociada a procesos demenciales.

Turró & Cols (2009) realizaron un estudio longitudinal de la apatía en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de dicho síntoma comportamental en una muestra clínica de

pacientes con enfermedad de Alzheimer, y factores relacionados con su incidencia y mantenimiento después de 12 meses de evolución, y determinar el efecto sobre la evolución cognitiva y funcional, tomaron pacientes diagnosticados con probable demencia tipo Alzheimer de gravedad mínima y leve evaluados con la batería CAMCOG-R y El NPI que es un instrumento que evalúa la síntomas psiquiátricos.

Los separaron en dos grupos, el A con síntomas de apatía y el B sin síntomas de apatía. Al transcurrir los doce meses se distribuyo la muestra en 4 grupos en A uno en el que persistía la apatía, el otro en el cual se remite. En B uno en el que apatía y el otro sin apatía. A los 12 meses se observo la evolución y el 100% de los pacientes mostro perdido de la espontaneidad, (característica comportamental que ocupa el tercer lugar en cuanto a prevalencia en grado severo en el presente estudio con el 52%)

Encontraron también una prevalencia de la apatía de 18% con incidencia durante esos 12 meses del 21,7%, no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo edad y nivel de escolaridad entre los pacientes con y sin apatía.

Concluyeron que los pacientes con EA y apatía presentan una pérdida de capacidad funcional, especialmente en iniciativa y capacidad ejecutiva. La apatía estuvo presente a lo durante toda la enfermedad y su prevalencia aumentó en los estadios avanzados. Turró & Cols (2009).

TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Actualmente se recomiendan dos tipos de tratamiento para la Enfermedad de Alzheimer. Los inhibidores de colinesterasa que se basa en la pérdida progresiva de las neuronas colinérgicas que se observa en estos pacientes y la disminución de acetilcolina que se correlaciona con el deterioro cognitivo, y la memantina que es un antagonista de uno de los receptores del glutamato, los cuales se considera desempeñan un rol importante en la

patogénesis de las alteraciones neurodegenerativas, ya que aproximadamente el 70% de las sinapsis del sistema nervioso central se estimulan mediante el glutamato, y la liberación constante de este neurotransmisor puede producir activación del receptor del glutamato lo que produce una progresiva muerte de células nerviosas tanto corticales como subcorticales, la memantina bloquea la continua activación del receptor del glutamato evitando la estimulación excesiva de este sistema. (Aguera, 2010)

Por lo general el programa de intervención para pacientes con enfermedad de Alzheimer incluye Programas de estimulación y actividad como la terapia de orientación a la realidad, reminiscencia, terapia de validación, musicoterapia, actividad física, programas de estimulación integral.

Entrenamiento en capacidades cognitivas específicas, reestructuración ambiental: objetos que incluyan identificación del paciente; utilizar fotos, nombres en letras grandes y colores diferentes en las puertas, etc. Técnicas de modificación de conducta como programas de contingencia y programas familiares

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Todo lo descrito anteriormente nos lleva a la necesidad de comenzar a describir cuales son esas alteraciones comportamentales en la enfermedad de Alzheimer ya que no se han descrito de forma lo suficientemente clara con el fin de obtener un perfil completo que incluya los comportamientos frontalizados de los pacientes con esta enfermedad. Se utilizo la escala de comportamiento frontal de kertes z justamente porque son dichos comportamientos los que nos interesa hallar y describir en estos pacientes a si como la afectación del mismo en relación con los síntomas.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las alteraciones comportamentales comprendidas en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz en un grupo de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer por la Fundación Activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las alteraciones comportamentales de mayor prevalencia en un grupo de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer por la fundación activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

Determinar el nivel de afectación comportamental de un grupo de pacientes con diagnostico de enfermedad de Alzheimer valorados por la fundación activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

Hallar la relación entre la edad y los comportamientos frontalizados de los pacientes con enfermedad de Alzheimer evaluados en la fundación Activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

Determinar la relación entre el nivel de escolaridad y las alteraciones comportamentales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer valorados por la Fundación Activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

Identificar la relación entre el estadio de la enfermedad y los comportamientos frontalizados en los pacientes con enfermedad de Alzheimer valorados por la fundación Activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

Identificar la relación entre el sexo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y las manifestaciones comportamentales frontalizadas en los pacientes valorados por la fundación Activar en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y marzo de 2011.

VARIABLES:

24 Síntomas comportamentales descritos en el inventario de comportamiento frontal y nivel de afectación de los pacientes , comparados con variables como edad, sexo, estadio de la enfermedad y nivel de escolaridad

METODO

Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca en el enfoque empírico , el tipo de estudio utilizado es descriptivo ya que busca determinar las alteraciones de conducta que se presentan en pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, el método utilizado es retrospectivo en el cual se tomaron evaluaciones realizadas en por la fundación activar en el periodo comprendido entre enero de 2009 y marzo 2011.

Unidad de análisis:

Historias clínicas con protocolo de evaluación e informe neuropsicológico de pacientes valorados por el equipo de la fundación activar en el periodo comprendido entre enero de 2009 y marzo de 2011 (115 pacientes) diagnosticados con enfermedad de Alzheimer (39 pacientes) a los cuales se les aplico el inventario de comportamiento frontal de Kertesz (17 pacientes).

Procedimiento:

Fase 1: Se estableció contacto con la directora de la Fundación Activar de la ciudad de Bogotá con el propósito de lograr un acuerdo para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Fase 2: Se gestionó el permiso para acceder a la información de los pacientes evaluados entre enero de 2.009 y marzo de 2.011 (protocolos de evaluación e informes neuropsicológicos) garantizando la confidencialidad de cada uno de ellos.

Fase 3: Se definió la unidad de análisis de la presente investigación mediante la revisión y selección de las historias clínicas (115), con protocolos de evaluación e informes neuropsicológicos de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (39) – A los cuales se les aplico el inventario de comportamiento frontal de kertes. (17).

Fase 4: Con los protocolos de evaluación e informes neuropsicológicos de los pacientes se organizó la tabla de datos y resultados cuantitativos del inventario de comportamiento frontal kertes

Fase 5: Se describieron con detalle (cuantitativa y cualitativamente) los resultados de los pacientes en esta prueba neuropsicológicas específica del comportamientos frontalizados en cuanto a la prevalencia de comportamientos resultados en el inventarios de las a la luz de las variables como sexo, edad y nivel educativo. Y el nivel de afectación de los individuos pertenecientes a esta unidad de análisis.

Fase 6: se tomaron los resultados obtenidos y se compararon con los objetivos planteados inicialmente para el estudio.

Instrumentos: Matriz de información extraída de la prueba kertes z perteneciente al protocolo para pacientes con déficits cognoscitivos asociados a enfermedad de Alzheimer de la fundación activar entre los años 2009 a 2011

Inventario comportamental Kertes z.

Descripción de la prueba. (Inventario de comportamiento frontal de kertes z & Muñoz , 1998)

Está compuesto por 24 ítems, es cuantificable, requiere de un observador, dura entre 20 y 30 minutos de acuerdo a la severidad de los síntomas y de la capacidad de expresión verbal.

Descripción e interpretación de los ítems.

Apatía: ha perdido interés en amigos o actividades o se muestra interesado en amigos y actividades. La apatía es un síntoma común en la depresión, en la Enfermedad de Alzheimer, en tumores cerebrales y en otras alteraciones cerebrales que afectan al lóbulo frontal. Sin embargo es un síntoma temprano y común en la demencia frontotemporal., está relacionada con la espontaneidad, la indiferencia y la inapropiedad social.

Aespontaneidad: hace referencia a si el paciente inicia o no actividades. La pérdida de espontaneidad y la pérdida de iniciativa y respuestas no verbales, están relacionadas con la apatía, la inatención e indiferencia a

Indiferencia, aplanamiento afectivo: hace referencia a si el si el paciente responde a situación emocionales o ha perdido esta respuesta. La indiferencia significa la no reacción a eventos significativos, pérdida de respuesta emocional, pérdida de empatía, inapropiedad social.

Inflexibilidad: hace referencia a si el paciente puede cambiar una idea en su esquema mental o si presenta rigidez. Si presenta rigidez mental o inflexibilidad para cambiar de actividad, el concretismo es el síntoma más relacionado con la

inflexibilidad, inhabilidad para generalizar o abstraer conclusiones, o entender el sentido del humor o metáforas

Concretismo: interpreta apropiadamente lo que le dicen o solo escoje el significado concreto de los que se dice.

Inatención: presta atención a lo que está ocurriendo o parece no tener seguimiento del todo. La pérdida de la atención focalizada y sostenida de forma significativa. Está relacionada con la desorganización y la apatía.

Negligencia personal: presta cuidado a su higiene personal como lo ha hecho de costumbre. La negligencia personal está relacionada con la apatía, la inatención la desinhibición social.

Desorganización: está relacionado con la acidad de la persona para planear actividades complejas o si se distrae y se muestra indeciso ante una tarea La perdida de la planeación y de la secuenciación de una actividad es una de las más tempranas manifestaciones de una alteración de un síndrome disejecutivo, está relacionado, con la inatención, la distractibilidad, la apatía y la aespontaneidad

Perdida del Insight: es consciente de cualquier problema o cambio consigo mismo o parece no se consciente de ellos, o los niega cuando se le discute. A veces un paciente puede ser superficialmente consciente y decir que tiene un tipo de demencia y puede no ser consciente de sus conductas inapropiadas y las consecuencias desastrosas de su conducta.

Logopenia: es activo en su lenguaje como antes o ha disminuido su expresión verba. .La logopenia es la disminución de la expresión verbal, por dificultades para encontrar la palabra, es común incluso en pacientes con demencia frontotemporal que se produzca mutismo.

Apraxia verbal: Habla con claridad o últimamente ha cometido errores en su lenguaje expresivo, ha tenido dificultad para articular las palabras o dudas en la

pronunciación, esta característica se presenta con frecuencia en la afasia primaria progresiva.

Perseveraciones: repite o persevera en sus conductas, este síntoma es uno de los más característicos, halan siempre del mismo tema o contestan las mismas frases.

Irritabilidad: presenta irritabilidad o comportamientos intolerantes, reacciona ante el estrés como lo hacía antes. Muchos pacientes pueden iniciar siendo dóciles y apáticos y empezara ser irritables cuando no pueden decir ciertas cosas, es diferente a la agresividad pero puede progresar hacia la agresión.

Jocosidad excesiva: ha realizado bromas o chistes ofensivos, o a destiempo.

Juicio pobre: ha realizado un juicio adecuado en las decisiones. O ha actuado irresponsablemente, con pobre juicio con negligencia.

Inapropiedad: ha mantenido as reglas sociales o ha realizado conductas fuera del nivel de aceptabilidad, ha actuado de forma ruda o infantil. Perdida de la inteligencia social, perdida de la cognición social,

Impulsividad: ha actuado o hablado sin pensar en las consecuencias, sin reflexión. Este es uno de los síntomas que puede traer serias consecuencias ya que el paciente se puede atravesar en las calles.

Inquietud: ha estado desasosegado o hiperactivo, o a un nivel normal. Se refiere a si camina de forma compulsiva durante largas distancias

Agresividad: ha mostrado agresión o ha gritad o hecho daño físico o a alguien .puede presentarse en estadios tempranos de la demencia Fronto temporal. Diferente a lo que sucede en la enfermedad e Alzheimer donde se presenta en estadios avanzados de la enfermedad.

Hiperoralidad: ha estado tomando o comiendo más que de costumbre, comiendo cualquier cosa que tenga a la vista, o llevándose cosas a la boca.

Hipersexualidad: tiene comportamientos sexuales inusuales o excesivos, está muy relacionado con la desinhibición. La pérdida de límites puede haber comportamientos frecuentes de masturbación.

Comportamiento de utilización: parece que necesitara tocar, sentir, examinar, agarrar objetos, que estén al alcance en distancia o visión.

Incontinencia: este fenómeno es usual en estadios finales de la enfermedad aunque ocasionalmente se presenta de forma temprana.

Mano extraña: ha tenido problemas con la utilización de la mano, como si una mano interfiriera con la otra, (se debe excluir artritis, trauma físico, parálisis).

Tomado de Frontal behavioral inventory, Kertesz (1998)

RESULTADOS:

Para la distribución poblacional se tomaron los protocolos aplicados para adulto mayor con posibles alteraciones cognoscitivas en la fundación activar, se encontraron 115 protocolos con estas características y se dio inicio a la clasificación por diagnóstico planteado en el informe neuropsicológico y se obtuvieron los siguientes hallazgos.

Tabla 1.1 Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica general.

| Perfil – Idx | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Normal | 26 | 22.61 | 26 | 22.61 |
| Deterioro Cognitivo Leve | 23 | 20 | 49 | 42.61 |
| Sdx Demencial | 56 | 48.7 | 105 | 91.31 |
| Asociado a Idx por psiquiatría | 2 | 1.74 | 107 | 93.05 |
| No concluyente | 8 | 6.95 | 115 | 100 |

Dentro de los 115 protocolos analizados se encuentra que las alteraciones que más se presenta son síndromes demenciales 47.8%. y el menos prevalente es el deterioro de las funciones neuropsicológicas asociado a alguna enfermedad psiquiátrica.

Tabla 1.2. Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica específica.

| Perfil – Idx | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Normal | 26 | 22.61% | 26 | 22.61% |
| Deterioro Cognitivo Leve | 23 | 20% | 49 | 42.61% |
| Enfermedad de Alzheimer | 39 | 33.91% | 88 | 76.52% |
| Demencia Fronto-Temporal | 5 | 4.35% | 93 | 80.87% |
| Demencia Vascular | 2 | 1.74% | 95 | 82.61% |
| Demencia Mixta | 7 | 6.09% | 102 | 88.70% |
| Demencia Córtico-Subcortical | 3 | 2.61% | 105 | 91.31% |
| Asociado a Idx por psiquiatría | 2 | 1.74% | 107 | 93.05% |
| No concluyente | 8 | 6.95% | 115 | 100% |

El 33.9% de la unidad de análisis es decir los protocolos analizados corresponde a pacientes con enfermedad de Alzheimer siendo este el síndrome

demencial de mayor prevalencia, seguido por los paciente con diagnostico de perfil cognitivo normal.

Tabla 1.3 Distribución de frecuencias de la impresión diagnóstica del síndrome demencial.

| Síndrome Demencial | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Enfermedad de Alzheimer | 39 | 69.64% | 39 | 69.64% |
| Demencia Mixta | 7 | 12.5% | 46 | 81.14% |
| Demencia Fronto-Temporal | 5 | 8.93% | 51 | 91.07% |
| Demencia Córtrico-Subcortical | 3 | 5.36% | 54 | 96.43% |
| Demencia Vascular | 2 | 3.57% | 56 | 100% |

La demencia de menor prevalencia dentro de este grupo de sujetos evaluados por la fundación activas en los años 2009 2011 fue la demencia vascular donde 2 de los 56 sujetos que presentan demencia corresponde a esta etiología: 2% de la unidad de análisis total y el 3.57% dentro del grupo de los sujetos diagnosticados con síndrome demencial.

Tabla 1.4. Distribución de frecuencias de protocolos con aplicación del inventario de comportamiento frontal.

| Aplicación del kertes | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|--|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Protocolos con aplicación escala de kertes | 17 | 43.58% | 17 | 43.58% |
| Protocolos sin aplicación de la escala de kertes | 22 | 56.41% | 39 | 100% |

El 43.58% de la unidad de análisis incluyo dentro de su protocolo el inventario de comportamiento frontal de kertes, que corresponde a 17 pacientes de los cuales se analizo las características comportamentales a través de la versión del familiar. Y se obtuvo lo siguiente.

Se analizaron 17 protocolos pertenecientes a pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer a los cuales se les aplicó el inventario de comportamiento frontal de Kertesz & Muñoz.

A continuación se mostrara como se comportaron los 24 componentes del inventario de Kertesz, las tablas de distribución de frecuencias y análisis de porcentajes encontrados

Frecuencias

APATIA

Tabla 2.1. distribución del síntoma de la apatía

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 1 | 5,9 | 5,9% | 5,9% |
| | LEVE | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | MODERADO | 5 | 29,4 | 29,4% | 35,3% |
| | SEVERO | 11 | 64,7 | 64,7% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

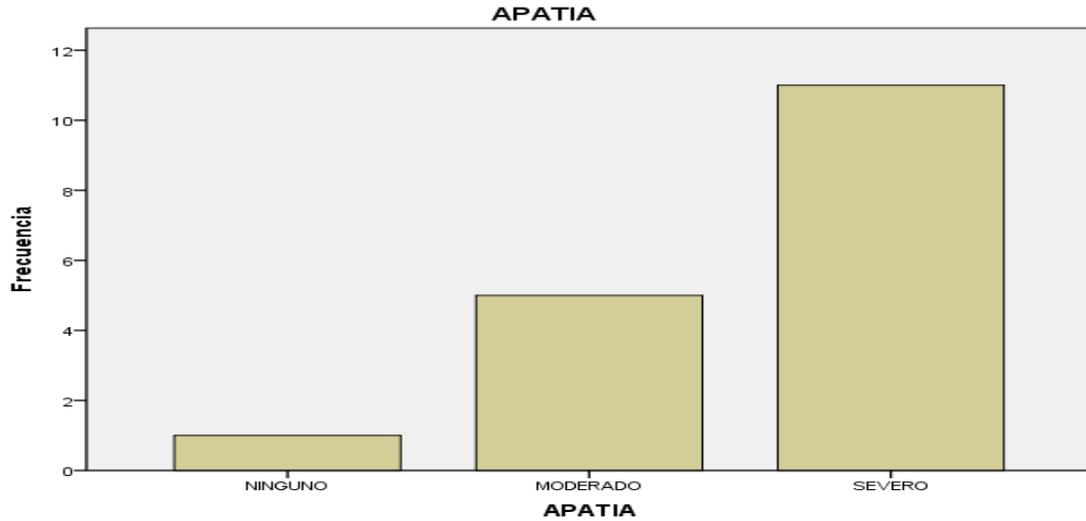


Figura 1.1. Distribución del síntoma de la apatía

El 64% de los protocolos analizados presentan un nivel severo de apatía, han perdido interés por actividades diarias, mientras que solamente el 5.9% es decir uno de los sujetos de los protocolos analizados que corresponde a un paciente no presenta ningún nivel de apatía.

AESPONTANEIDAD

Tabla 2.2. distribución del síntoma de la aespontaneidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 2 | 11,8 | 11,8% | 11,8% |
| | LEVE | 2 | 11,8 | 11,8% | 23,5% |
| | MODERADO | 4 | 23,5 | 23,5% | 47,1% |
| | SEVERO | 9 | 52,9 | 52,9% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

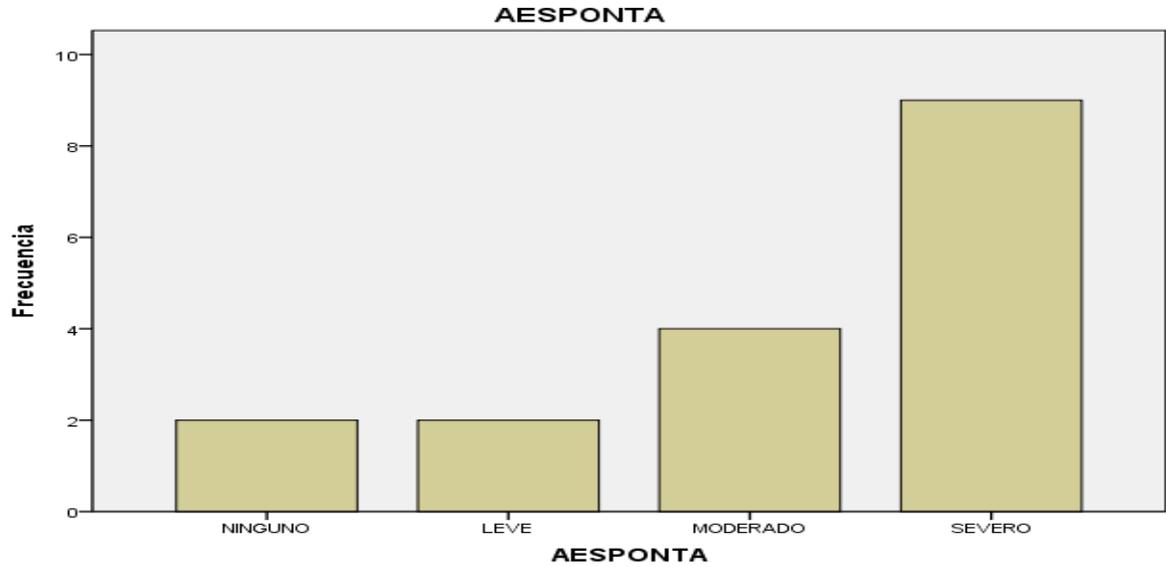


Figura 1.2. Distribución del síntoma de la espontaneidad

En El 52% de los protocolos analizados los sujetos presentan nivel severo de dificultad para iniciar una conducta, y el menor porcentaje en este ítem 18.8% correspondió a los sujetos sin afectación en este ítem y aquellos con un puntaje leve en dificultad para tener iniciativa.

INDIFERENCIA

Tabla 2.3. distribución del síntoma de la indiferencia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos NINGUNO | 4 | 23,53 | 23,53% | 23,53% |
| LEVE | 3 | 17,64 | 17,64% | 41,17% |
| MODERADO | 4 | 23,53 | 23,53% | 64,7% |
| SEVERO | 6 | 35,3 | 35,3% | 100,0 |
| Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

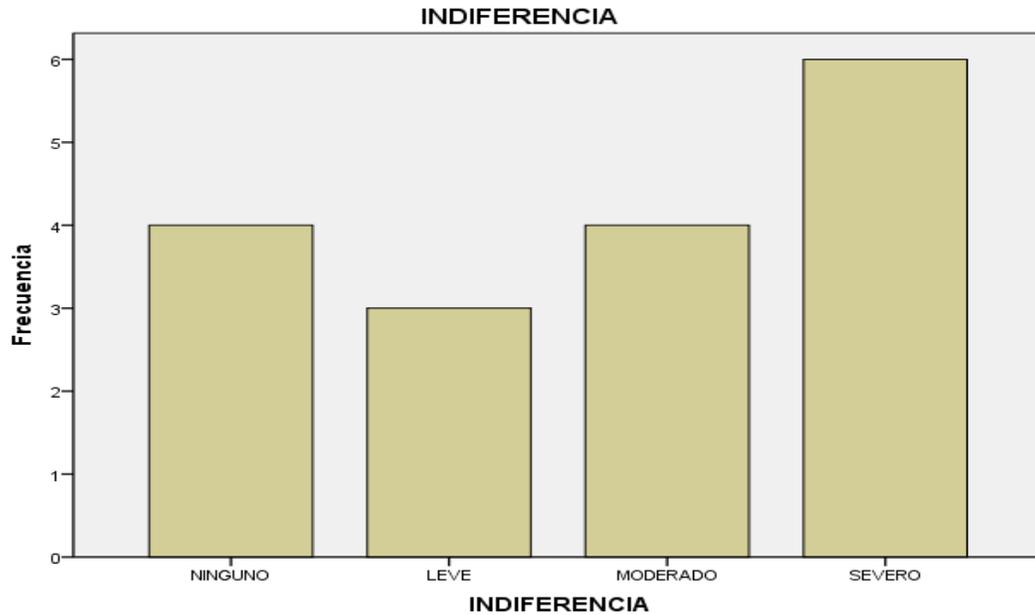


Figura 1.3. Distribución del síntoma de la indiferencia

Se encontró que el 35,3 % de los protocolos perteneces a sujetos con disminución de la respuesta afectiva y el menor porcentaje de esta característica se situó en sujetos que presentaron un nivel leve de alteración aplanamiento afectivo correspondiente al 17.64%

INFLEXIBILIDAD

Tabla 2.4. distribución del síntoma de la inflexibilidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 1 | 5,9 | 5,9% | 5,9% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 11,8% |
| | MODERADO | 5 | 29,4 | 29,4% | 41,2% |
| | SEVERO | 10 | 58,8 | 58,8% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

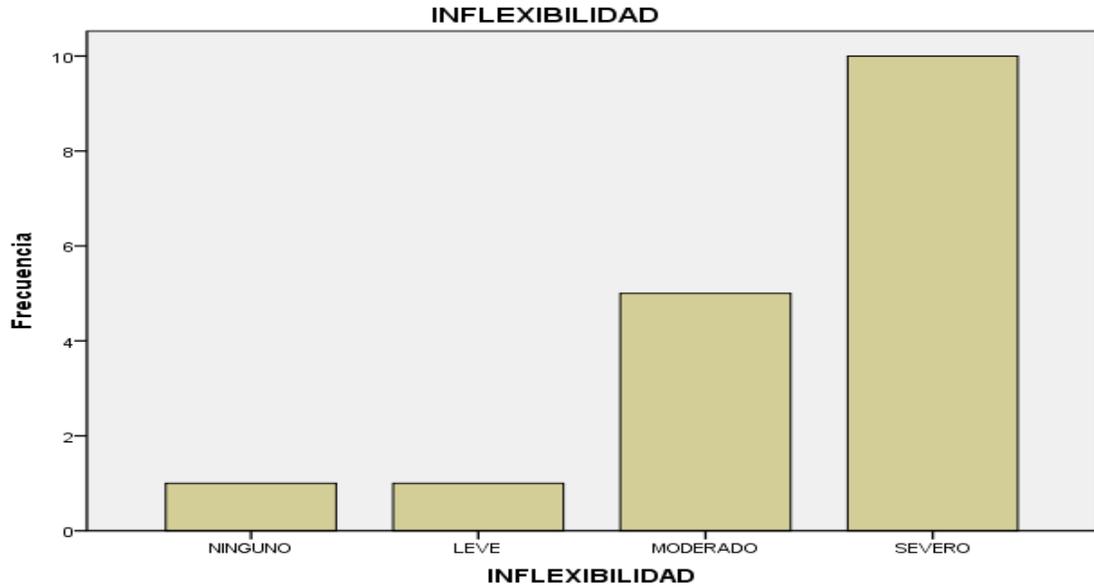


Figura 1.4. Distribución del síntoma de la inflexibilidad

Se encontró también que la gran mayoría de los sujetos, el 58.8%, es decir 10 de los 17 sujetos presentaron inflexibilidad en un nivel de afectación severo. Y tan solo el 5.9%, es decir uno de los protocolos corresponden a sujetos que no tienen dificultades o presentan dificultad leve para cambiar de parecer o para mostrarse rígidos.

CONCRETISMO

Tabla 2.5. distribución del síntoma de concretismo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 4 | 23,52 | 23,52% | 23,52% |
| | LEVE | 3 | 17,64 | 17,64% | 41,16% |
| | MODERADO | 3 | 17,64 | 17,64% | 58,8% |
| | SEVERO | 7 | 41,2 | 41,2% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

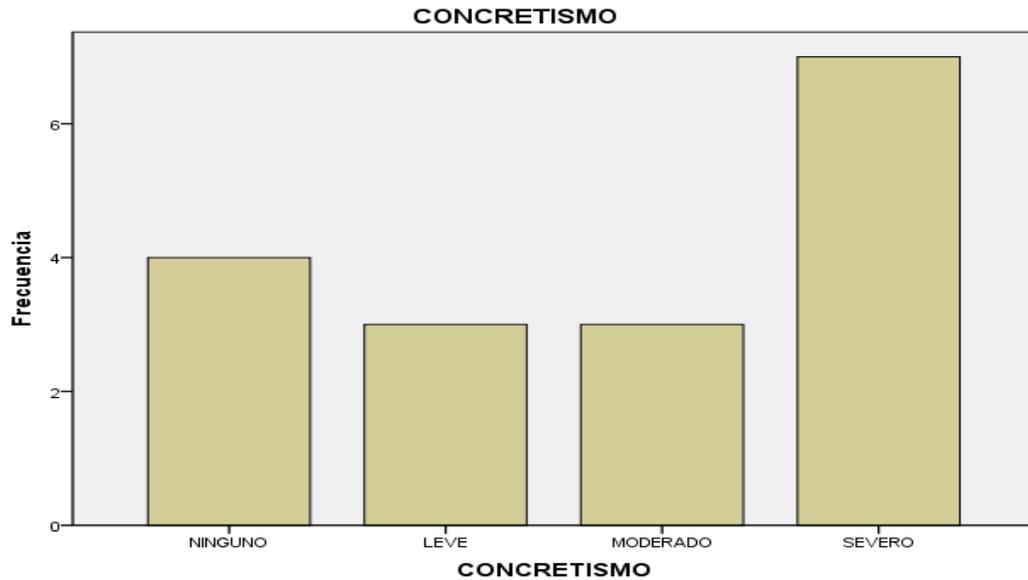


Figura. 1.5. Distribución del síntoma del concretismo

Los resultados se muestran distribuidos de forma menos inequitativa entre los niveles de este ítem en todos los protocolos analizados, sin embargo se encontró que el 41.2% de los sujetos tienen dificultad de abstracción del pensamiento y se muestran concretos.

NEGLIGENCIA

Tabla 2.6. distribución del síntoma de negligencia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 7 | 41,2 | 41,2% | 41,2% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 47,1% |
| | MODERADO | 4 | 23,52 | 23,52% | 70,6% |
| | SEVERO | 5 | 29,4 | 29,4% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

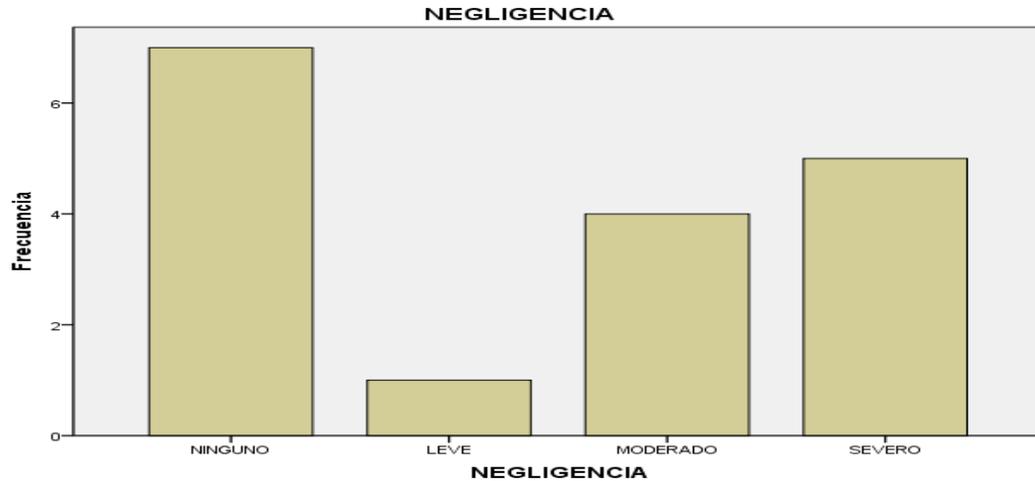


Figura 1.6. Distribución del síntoma de negligencia

Se observó en este ítem que es uno de los aspectos que menos se afectó dentro del grupo de protocolos analizados observando que el 41.2% de los protocolos corresponden a personas que no tienen dificultades en el cuidado personal, y un solo sujeto que corresponde al 5% del total analizado presentó un nivel leve de afectación de esta característica. El 29% de los protocolos analizados los sujetos tienen una dificultad severa para mantener hábitos de autocuidado.

DESORGANIZACION

Tabla 2.7. distribución del síntoma de desorganización

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 1 | 5,9 | 5,9% | 5,9% |
| | LEVE | 7 | 41,2 | 41,2% | 47,1% |
| | MODERADO | 2 | 11,7 | 11,7% | 58,8% |
| | SEVERO | 7 | 41,2 | 41,2% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

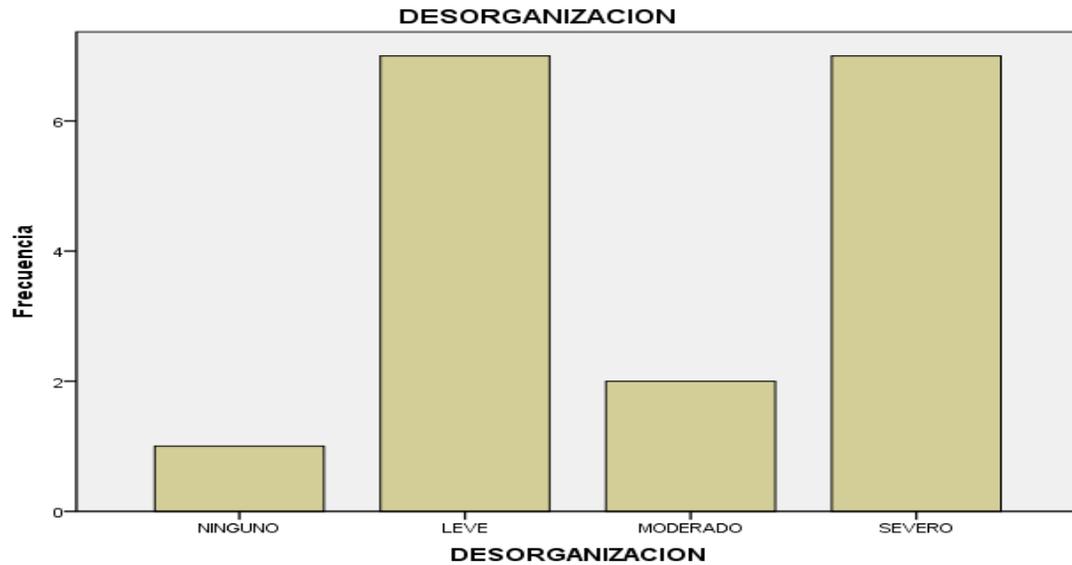


Figura 1.7. Distribución del síntoma de desorganización

Otra de las alteraciones comportamentales por esta escala medida es a desorganización, se encontró que el 42% de los sujetos tienen severas dificultades para planear una actividad. Y tan solo un sujeto, el 5.9% no presenta ninguna dificultad para organizar o programar una conducta.

INATENCION

Tabla 2.8. distribución del síntoma de inatención

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 1 | 5,9 | 5,9% | 5,9% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 11,8% |
| | MODERADO | 10 | 58,8 | 58,8% | 70,6% |
| | SEVERO | 5 | 29,4 | 29,4% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

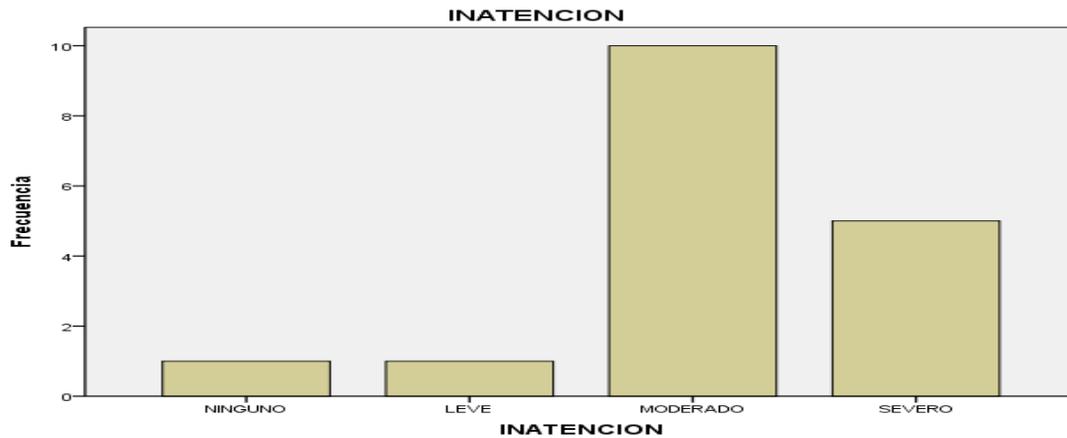


Figura 1.8. Distribución del síntoma de inatención

La mayoría 58.8% de los sujetos analizados a través de los protocolos presentaron un nivel moderado de afectación para atender a las situaciones a las demandas del medio, dos sujetos presentaron los niveles más bajos, uno no tiene ninguna dificultad para atender y uno tiene una dificultad leve de atender estímulos del medio, el 29% de los sujetos no tienen ya la capacidad de prestar atención a estímulos antes importantes,

PERDIDA DEL INSIGHT

Tabla 2.9. distribución del síntoma de pérdida del Insight

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 4 | 23,52 | 23,52% | 23,52% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 29,42% |
| | MODERADO | 4 | 23,52 | 23,52% | 52,94% |
| | SEVERO | 8 | 47,06 | 47,06% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

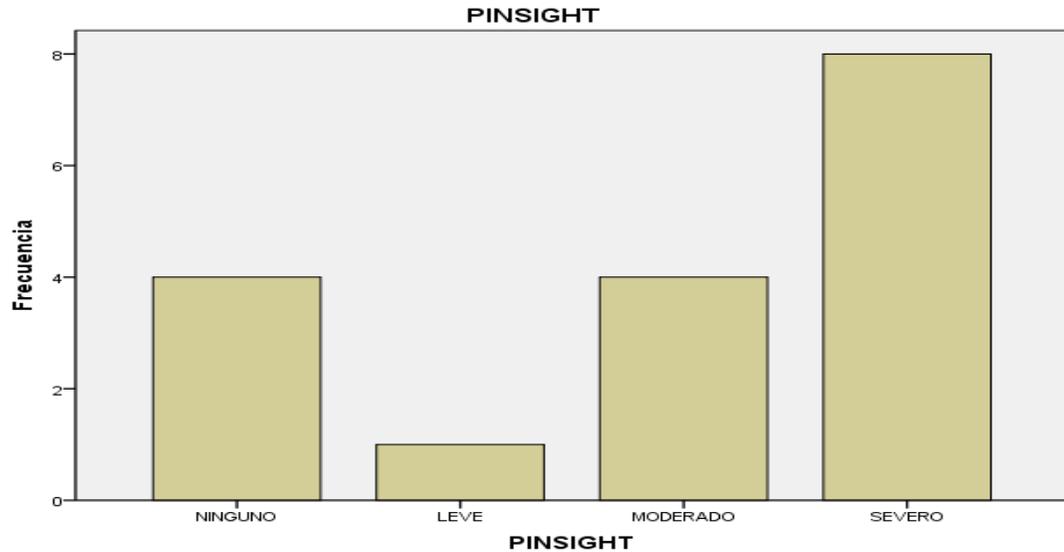


Figura 1.9. Distribución del síntoma de pérdida del Insight

La mayoría de los pacientes 47% Pierden la capacidad para darse cuenta de que cometieron un error y tan solo el 5.9%, uno de los individuos presentaron dificultad leve para hacerlo, el 23% logran identificar aun sus fallas y hacer en cuenta de un error, sin ningún nivel de afectación.

LOGOPENIA

Tabla 2.10. distribución del síntoma de logopenia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 2 | 11,8 | 11,8% | 11,8% |
| | LEVE | 4 | 23,52 | 23,5% | 35,32% |
| | MODERADO | 5 | 29,4 | 29,4% | 64,7% |
| | SEVERO | 6 | 35,3 | 35,3% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

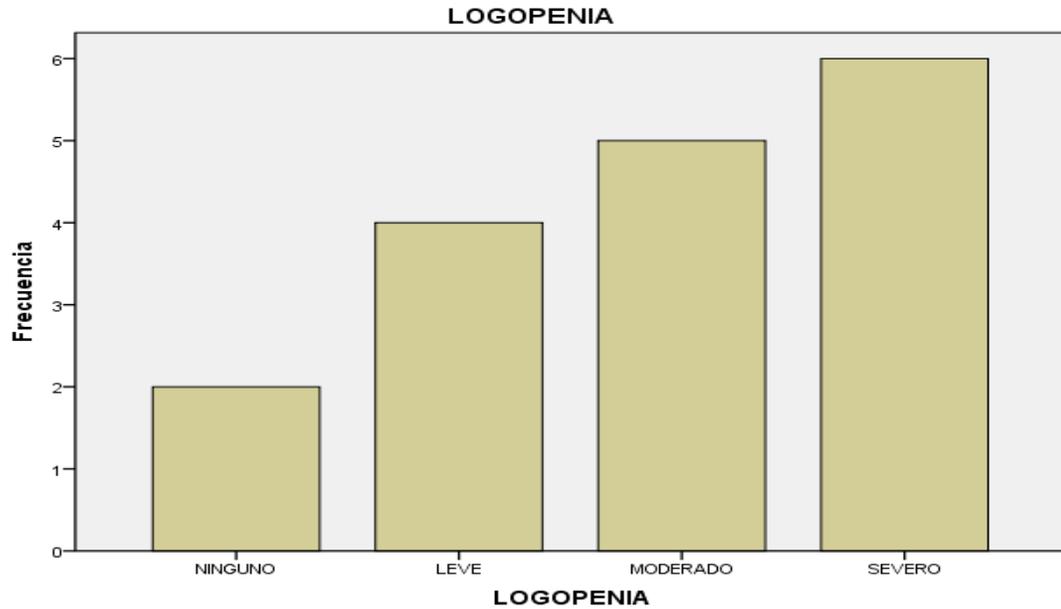


Figura 1.10. Distribución del síntoma de logopenia

En uso del lenguaje se encuentra disminuido se forma severa en el 35% de los protocolos que se analizaron y el 11.8% de los sujetos no presento ninguna alteración a nivel de expresión del lenguaje

APRAXIA VERBAL

Tabla 2.11. distribución del síntoma de apraxia verbal

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos NINGUNO | 8 | 47,06 | 47,06% | 47,06% |
| LEVE | 5 | 29,4 | 29,4% | 76,5% |
| MODERADO | 3 | 17,64 | 17,64% | 94,1% |
| SEVERO | 1 | 5,9 | 5,9% | 100,0% |
| Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

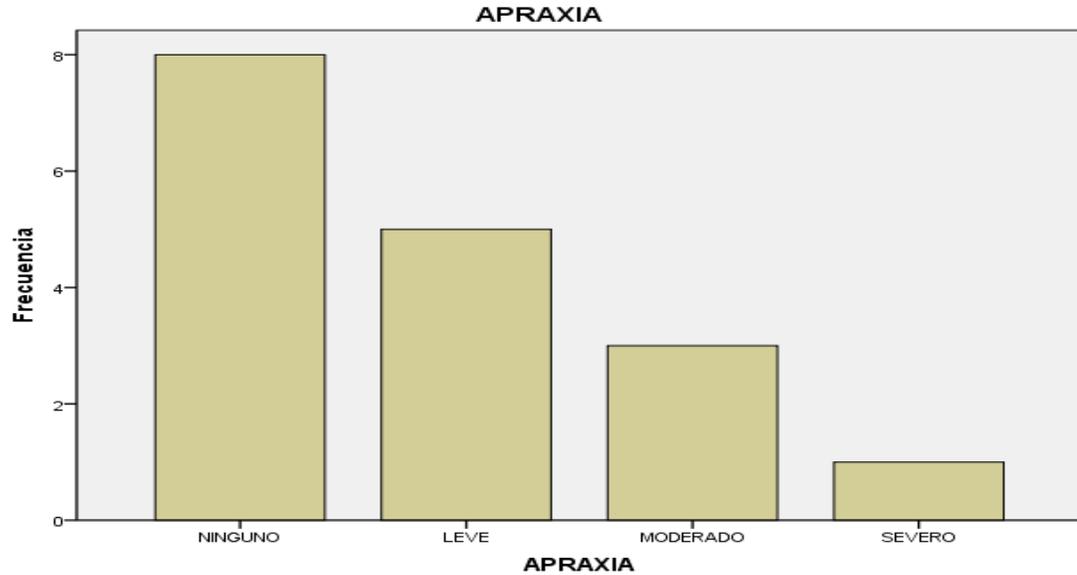


Figura 1.11. Distribución del síntoma de apraxia verbal

Es uno de los ítems donde menor afectación se presentó, la mayoría de los sujetos no presentan dificultades en el lenguaje expresivo en cuanto a pronunciación 47,06 %, el 29,4 % presentó dificultad leve y tan solo un sujeto 5,9% presenta alteración severa de su lenguaje expresivo

PERSEVERACION

Tabla 2.12. distribución del síntoma de conductas perseverativas

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 4 | 23,5 | 23,5% | 23,5% |
| | LEVE | 2 | 11,8 | 11,8% | 35,3% |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8% | 47,1% |
| | SEVERO | 9 | 52,9 | 52,9% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

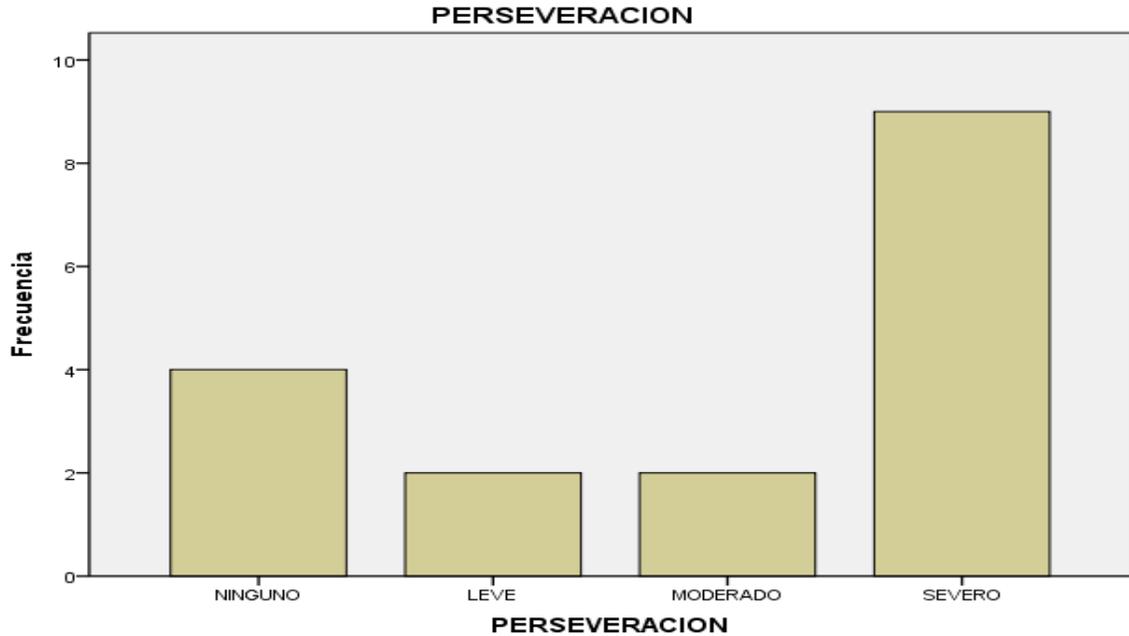


Figura 1.12. Distribución del síntoma de conductas perseverativas

La mayoría de los sujetos presentan actitudes perseverativas, que corresponde al 52.9% lo cual quiere decir que la mayoría de ellos son insistentes en sus conductas, 4 protocolos de evaluación, el 23.5% pertenecen a los individuos que no tuvieron afectación en esta conducta.

IRRITABILIDAD

Tabla 2.13. Distribución del síntoma de irritabilidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 4 | 23,5 | 23,5% | 23,5% |
| | LEVE | 5 | 29,4 | 29,4% | 52,92% |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8% | 64,7% |
| | SEVERO | 6 | 35,3 | 35,3% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

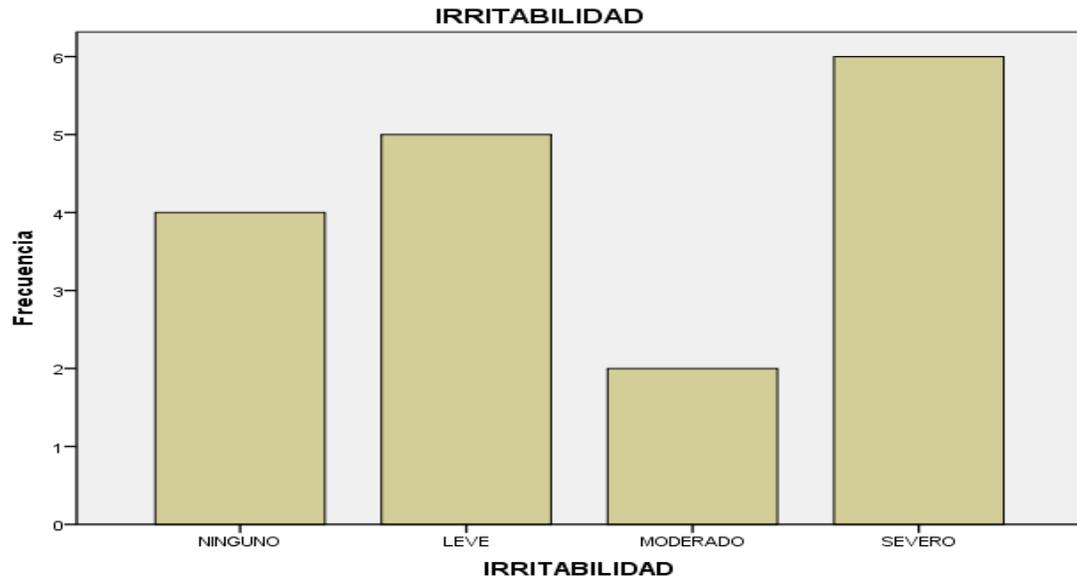


Figura 1.13. Distribución del síntoma de irritabilidad

El 35% de los individuos se muestra más irritable con respecto a su personalidad pre mórbida, tan solo dos sujetos 11.8% tienen un nivel moderado de dificultad para reaccionar ante situaciones de estrés

JOCOSIDAD

Tabla 2.14. Distribución del síntoma de Jocosidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 11 | 64,7 | 64,7% | 64,7% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 70,6% |
| | MODERADO | 1 | 5,9 | 5,9% | 76,5% |
| | SEVERO | 4 | 23,5 | 23,5% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

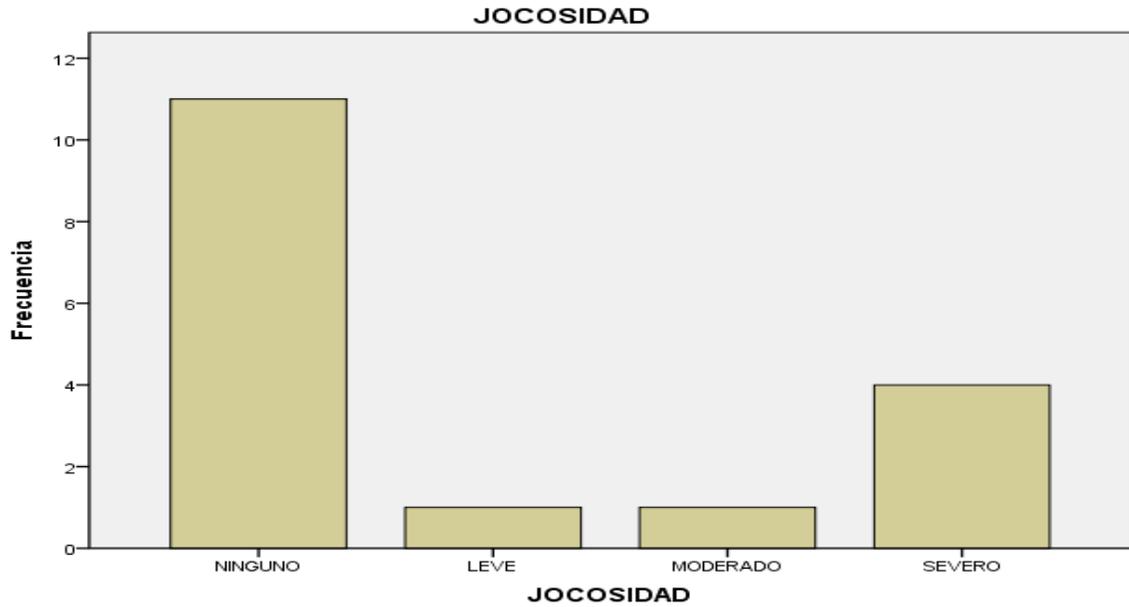


Figura 1.14. Distribución del síntoma de Jocosidad

La gran mayoría de los protocolos estudiados, 64,7, pertenecen a personas que no han tenido dificultad con expresiones de humor inapropiadas, y 4, el 23 % de los sujetos han emitido con mucha frecuencia chistes a destiempo u ofensivos.

JUICIO EMPOBRECIDO

Tabla 2.15. Distribución del síntoma de juicio empobrecido

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 8 | 47,0 | 47,0% | 47,0% |
| | LEVE | 2 | 11,8 | 11,8% | 58,8% |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8% | 70,6% |
| | SEVERO | 5 | 29,4 | 29,4% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

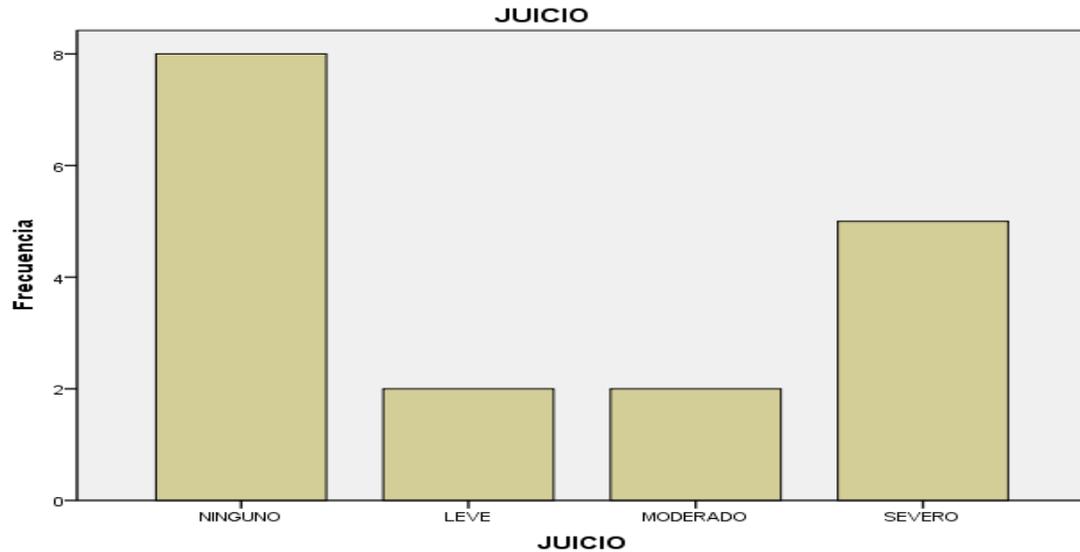


Figura 2.15. Distribución del síntoma de juicio empobrecido

En cuanto a la capacidad para emitir un juicio o hacer toma de decisiones la mayoría de los sujetos (8) que corresponde al 47.06% no han presentado dificultad a este nivel sin embargo le sigue en porcentaje los que han tenido dificultades severas en este aspecto 29.4%

INAPROPIEDAD

Tabla 1.16. Distribución del síntoma de inapropiedad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 8 | 47,06 | 47,06% | 47,06% |
| | LEVE | 3 | 17,64 | 17,64% | 64,7% |
| | MODERADO | 1 | 5,9 | 5,9% | 70,6% |
| | SEVERO | 5 | 29,4 | 29,4% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

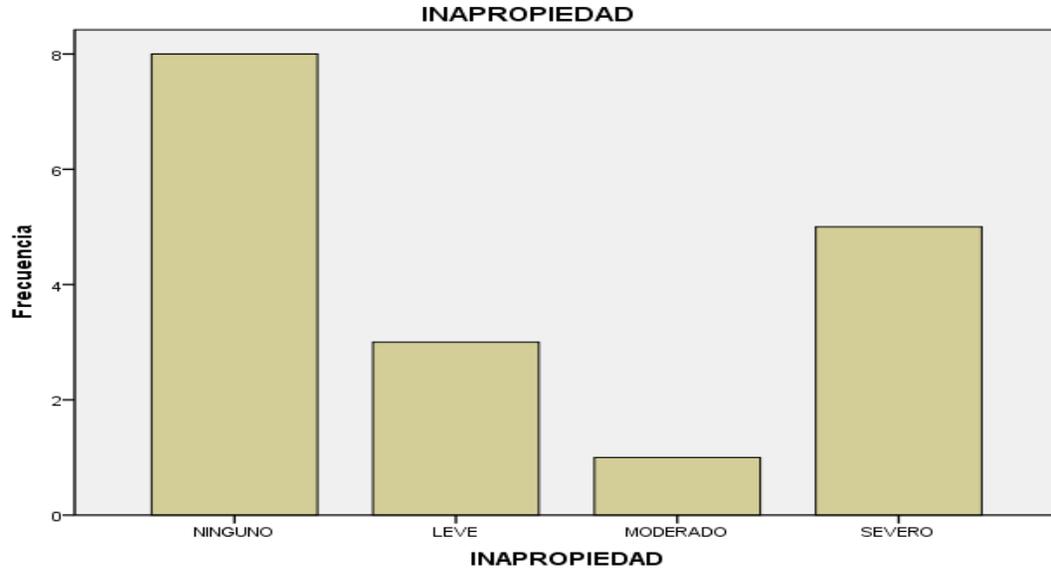


Figura 2.16. Distribución del síntoma de inapropiedad

Los sujetos evaluados en su comportamiento a través del inventario de kertzsz, en su mayoría no han presentado conductas inaceptables socialmente 47.06%, 5 sujetos, el 29.4% corresponde a sujetos cuya afectación en este sentido es severa.

IMPULSIVIDAD

Tabla 2.17 distribución del síntoma de impulsividad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 7 | 41,17 | 41,17% | 41,17% |
| | LEVE | 2 | 11,8 | 11,8% | 52,97% |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8% | 64,7% |
| | SEVERO | 6 | 35,3 | 35,3% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

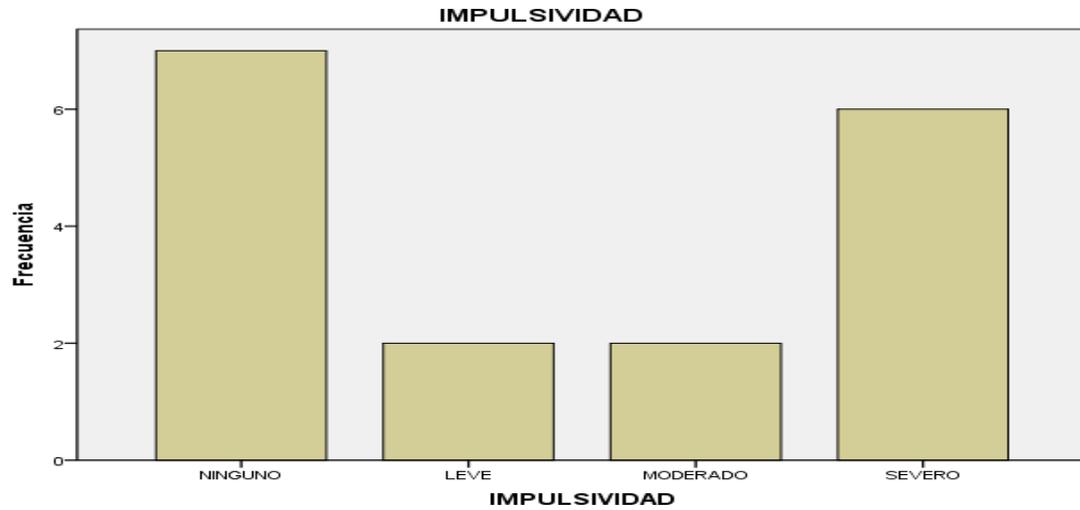


Figura 1.17 distribución del síntoma de impulsividad

La distribución de la población en cuanto al ítem de impulsividad de evidencia que el 41.17% no han actuado de forma deliberada sin pensar en las consecuencias, le sigue por otra parte la población cuya dificultad en este sentido es severa con un 35.3%.

INQUIETUD

Tabla 2. 18. Distribución del síntoma de inquietud

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos NINGUNO | 6 | 35,3 | 35,3% | 35,3% |
| LEVE | 4 | 23,52 | 23,52% | 58,82% |
| MODERADO | 4 | 23,52 | 23,52% | 82,34% |
| SEVERO | 3 | 17,64 | 17,64% | 100,0% |
| Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

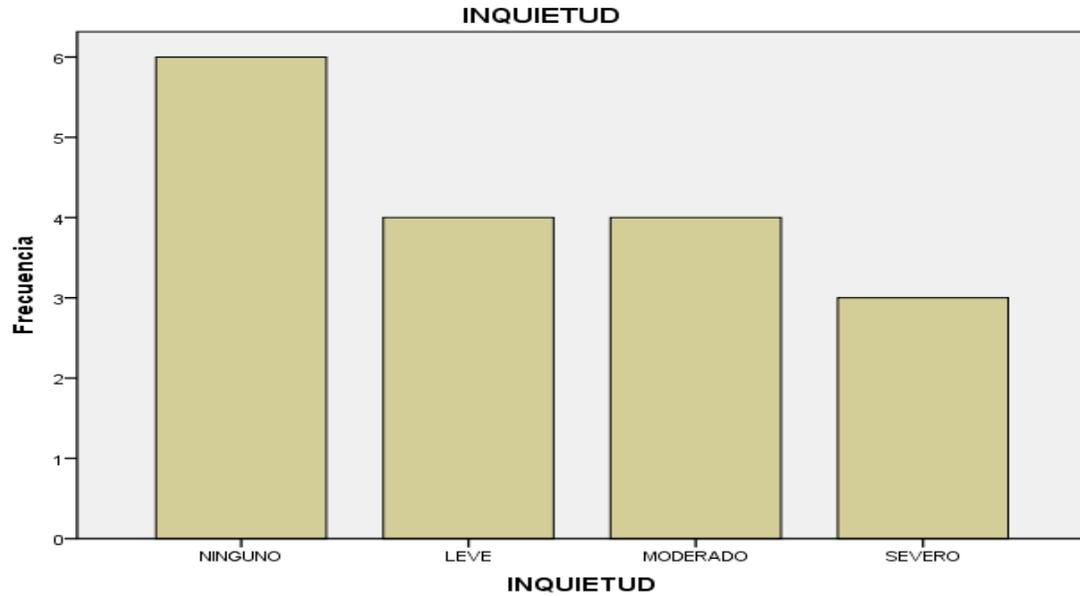


Figura 1.18. Distribución del síntoma de inquietud

En cuanto a la inquietud los resultados están más distribuidos en los niveles de afectación, Sin embargo la mayor cantidad de los sujetos, 35.3% se situó dentro de los que no han tenido un estado de actividad excesivamente elevado.

AGRESIVIDAD

Tabla 2.19. distribución del síntoma de agresividad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 8 | 47,06 | 47,06% | 47,06% |
| | LEVE | 4 | 23,53 | 23,53% | 70,6% |
| | MODERADO | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | SEVERO | 5 | 29,41 | 29,41% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

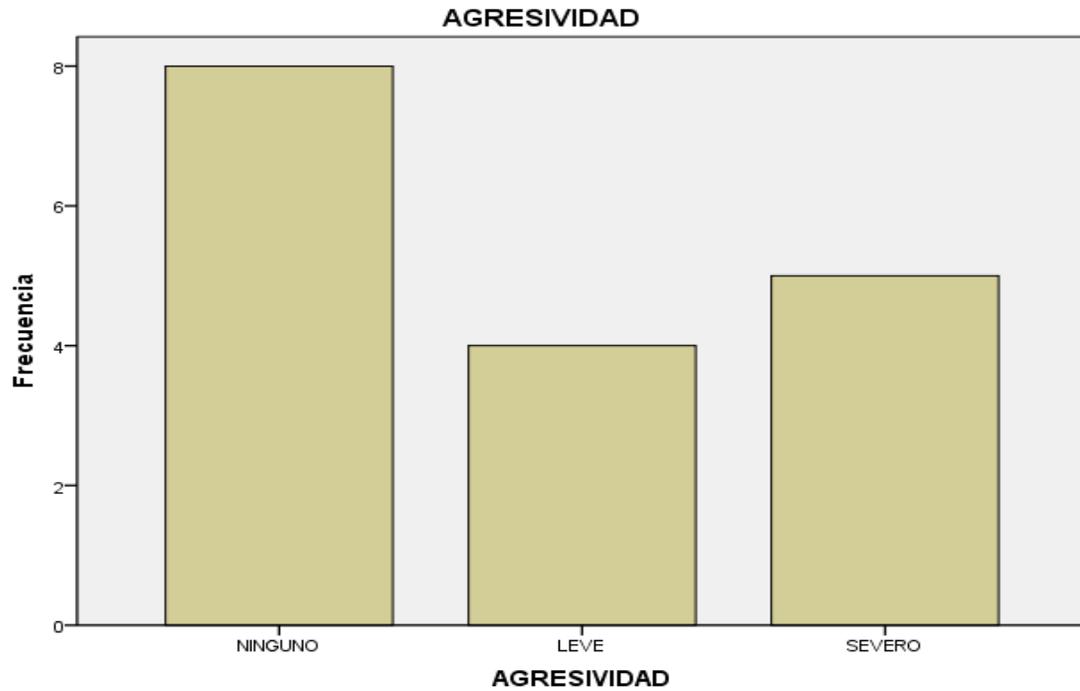


Figura 1.19. Distribución del síntoma de agresividad

El 47.06% de los sujetos no han tenidos episodios de agresividad hacia alguien y 5 de los 17 sujetos 29.41% han presentado conductas de agresividad frente a los demás.

HIPERORALIDAD

Tabla 2. 20. Distribución del síntoma de hiperoralidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 11 | 64,7 | 64,7% | 64,7% |
| | LEVE | 2 | 11,8 | 11,8% | 76,5% |
| | SEVERO | 4 | 23,5 | 23,5% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

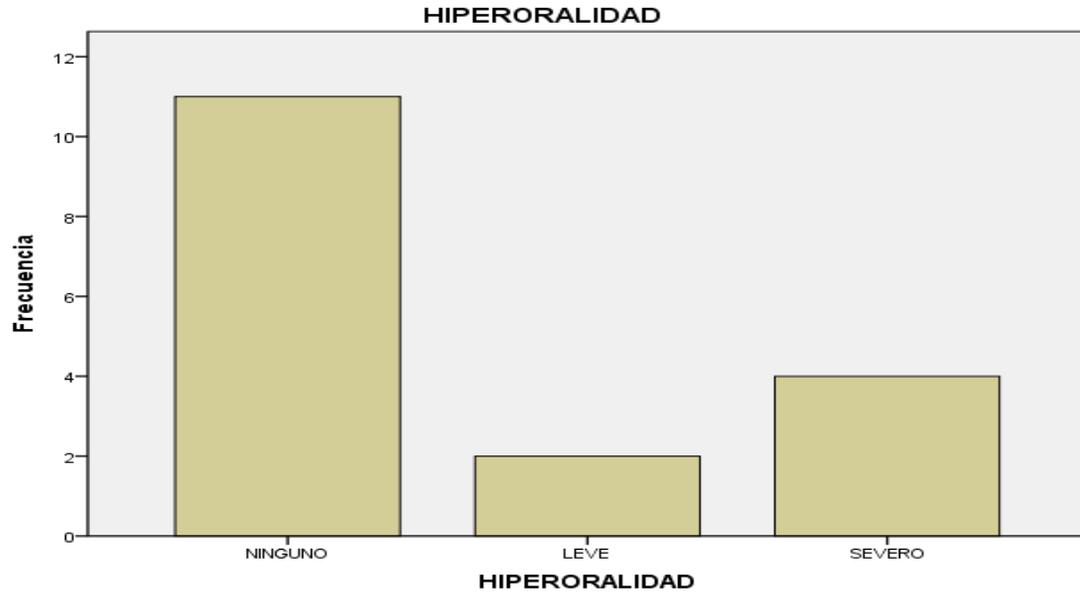


Figura 1. 20. Distribución del síntoma de agresividad

Otra de las conductas que menos afectaron a la población fue la hiperoralidad, la mayoría de los protocolos analizados, el 64.7% de los individuos no han tenido cambios en cuanto a consumo exagerado de bebidas y alimentación, el 23.5%, es decir 4 sujetos han tenido esta dificultad con nivel de afectación severo.

HIPERSEXUALIDAD

Tabla 2.21. Distribución del síntoma de hipersexualidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 14 | 82,3 | 82,3% | 82,3% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 88,2% |
| | MODERADO | 1 | 5,9 | 5,9% | 94,1% |
| | SEVERO | 1 | 5,9 | 5,9% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

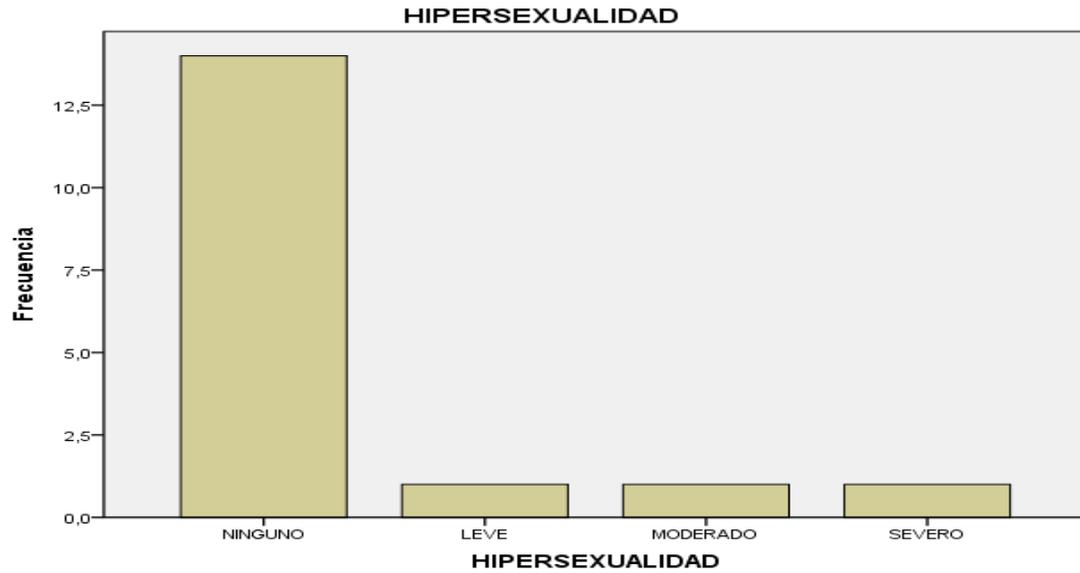


Figura 1.21. Distribución del síntoma de hipersexualidad

Es una conducta muy poco afectada en la población analizada, la inmensa mayoría el, 82.35% no ha presentado ningún cambio en cuanto a exacerbación de conductas sexuales o comportamientos atípicos en este sentido.

COMPORTAMIENTO DE UTILIZACION

Tabla 2.22. Distribución del síntoma de comportamiento de utilización

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 10 | 58,8 | 58,8 | 58,8 |
| | LEVE | 4 | 23,5 | 23,5 | 82,4 |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8 | 94,1 |
| | SEVERO | 1 | 5,9 | 5,9 | 100,0 |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0 | |

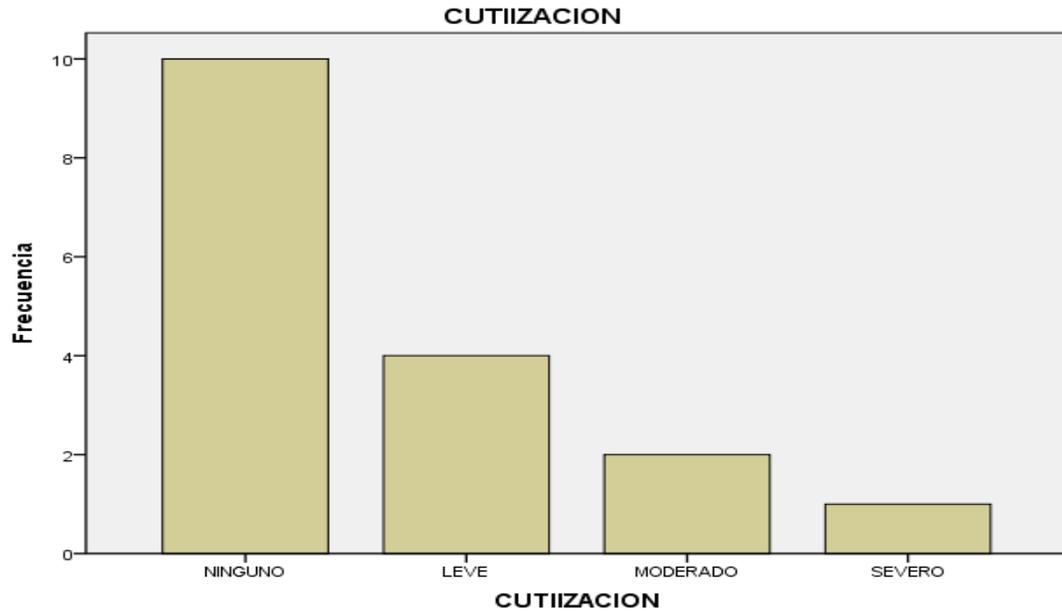


Figura 1.22. Distribución del síntoma de comportamiento de utilización

Una sola persona de los protocolos utilizados para el estudio presentó comportamiento de utilización significativo, la mayor parte de los protocolos pertenece a sujetos que no han presentado necesidad de agarrar objetos o manipular o sentir elementos con sus manos.

INCONTINECIA

Tabla 2.23. Distribución del síntoma de incontinencia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 9 | 52,9 | 52,9% | 52,9% |
| | LEVE | 3 | 17,64 | 17,6% | 70,6% |
| | MODERADO | 2 | 11,8 | 11,8% | 82,4% |
| | SEVERO | 3 | 17,64 | 17,6% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

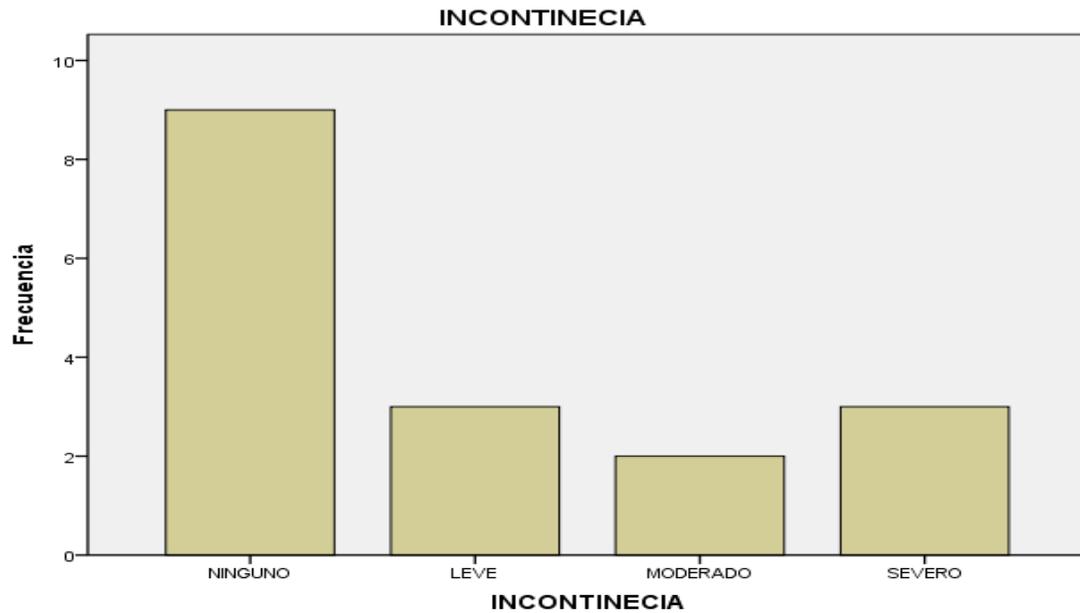


Figura 1.23. Distribución del síntoma de incontinencia

La mayoría de los individuos el 52.9% no ha presentado incontinencia lo cual es favorable puesto que esta característica es muy discapacitante para los sujetos, 3 de los tienen incontinencia evaluados

MANO EXTRAÑA

Tabla 2.24. Distribución del síntoma de mano extraña

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NINGUNO | 15 | 88,2 | 88,2% | 88,2% |
| | LEVE | 1 | 5,9 | 5,9% | 94,1% |
| | SEVERO | 1 | 5,9 | 5,9% | 100,0% |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0% | |

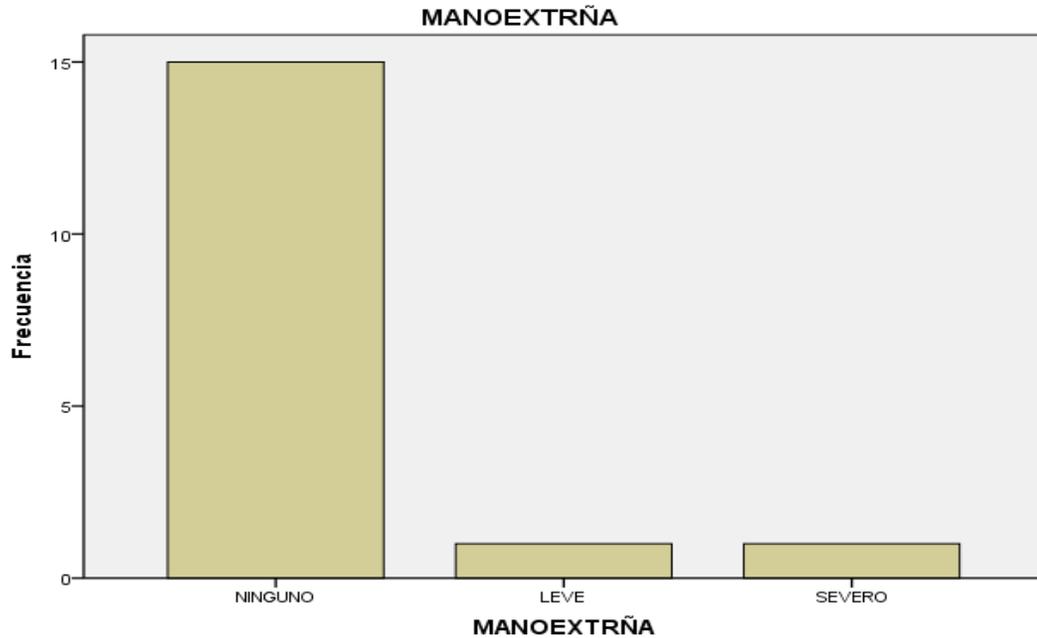


Figura 1.24. Distribución del síntoma de mano extraña

Este es el comportamiento frontal de menor prevalencia solamente dos sujetos presentaron esta conducta 88.2%. Uno con un nivel de afectación severo y otro sujeto con un nivel moderado lo cual corresponde al 11.8% entre los dos.

PREVALENCIAS

Para analizar la prevalencia de los trastornos comportamentales presentados en los protocolos de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, se tomaron los datos de los protocolos que puntuaron con índice severo de ocurrencia de la conducta en cada uno de los comportamientos frontales. Es decir 3 puntos.

RELACION ENTRE EL SEXO Y LOS SINTOMAS MAS PREVALENTES

APATIA Y SEXO

Tabla 3.1 Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la apatía

| Sexo | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|--------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Leve | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 4 | 23,5 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 8 | 47,05 | 12 | 70,59 |
| HOMBRE | Leve | 1 | 5,9 | 13 | 76,37 |
| | Moderado | 1 | 5,9 | 14 | 82,25 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 17 | 100 |

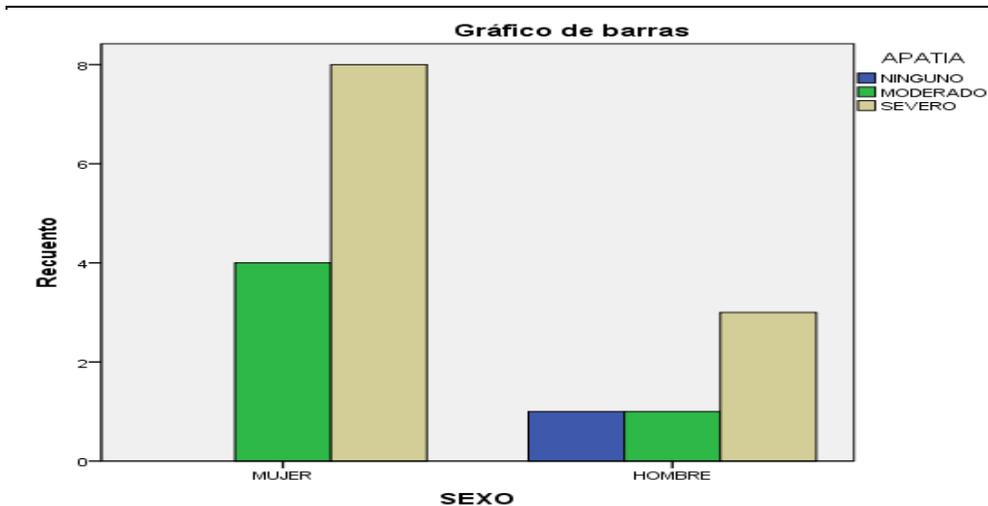


Figura 2.1 Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la apatía

Se encontró El 60 % de los hombres presento síntomas severos de apatía, por su parte 5 de las 12 mujeres presentaron ese mismo nivel, el 66% de las mujeres han perdido interés por actividades diarias. Del total de la unidad de análisis 47% son mujeres que presentan apatía severa.

SEXO Y AESPONTANEIDAD

Tabla 3.2. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la aespontaneidad

| Sexo | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 2 | 11,76 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 8 | 47,05 | 12 | 70,57 |
| HOMBRE | Ninguno | 1 | 5,88 | 13 | 76,45 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 14 | 82,33 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 16 | 94,1 |
| | Severo | 1 | 5,88 | 17 | 100 |

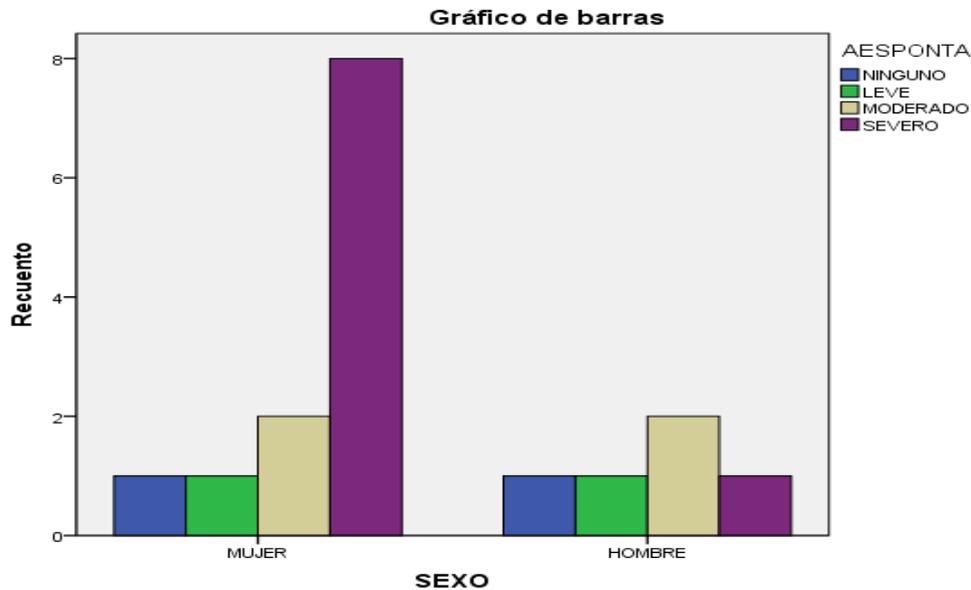


Figura 2.2. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la aespontaneidad

Las mujeres pierden mas la iniciativa para realizar conductas, mientas el 20% de los hombres pierden esa iniciativa el 66% del total de las mujeres

presentan esta dificultad, la diferencia es del 46%. Entre ambos sexos. El 47% de las personas que tienen síntoma severo de espontaneidad pertenecen a mujeres,

SEXO E INFLEXIBILIDAD

Tabla 3.3. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la inflexibilidad

| Sexo | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 0 | 0 | 1 | 5,88 |
| | Moderado | 4 | 23,52 | 5 | 29,32 |
| | Severo | 7 | 41,17 | 12 | 70,5 |
| HOMBRE | Ninguno | 12 | 0 | 12 | 70,5 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 13 | 76,3 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 14 | 82,17 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 17 | 100 |

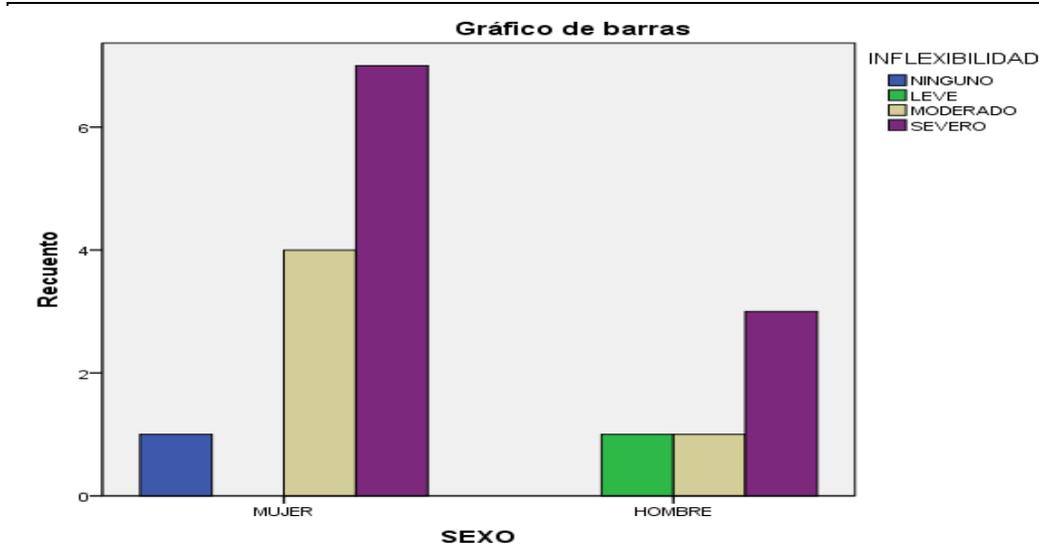


Figura 2.3. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la inflexibilidad

Hay una diferencias mínima entre ambos sexos, 2% más en hombres que en mujeres. El 58.78% de la población presentan terquedad y rigidez de pensamiento, del cual el 41,17 son mujeres. Y el 17% son hombres.

SEXO Y PÉRDIDA DEL INSIGHT

Tabla 3.4. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la pérdida del Insight

| Sexo | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|--------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Ninguno | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 4 | 23,52 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 7 | 41,16 |
| HOMBRE | Severo | 5 | 29,41 | 12 | 70,57 |
| | Ninguno | 1 | 5,88 | 13 | 76,45 |
| | Leve | 0 | 0 | 13 | 76,45 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 14 | 82,33 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 17 | 100 |

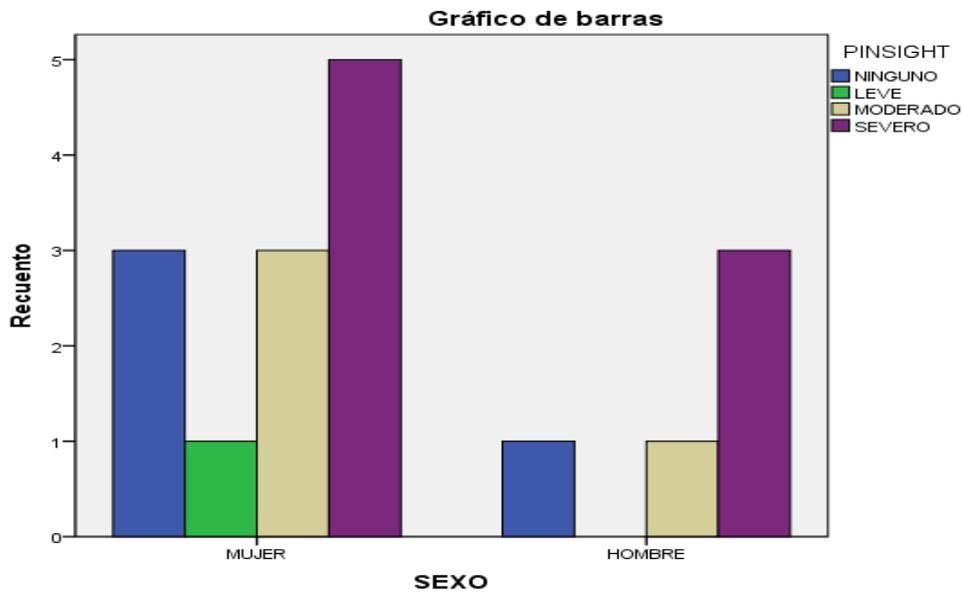


Figura 2.4. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de la pérdida del Insight

Los hombres presentaron 18.4% Mas afectación en cuando a la perdida de la conciencia de sus dificultades con respecto al sexo opuesto.

Tabla. 3.5. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de las conductas perseverativas

| Sexo | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Ninguno | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 4 | 23,52 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 5 | 29,32 |
| | Severo | 7 | 41,17 | 12 | 70,5 |
| HOMBRE | Ninguno | 1 | 5,88 | 13 | 76,37 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 14 | 82,25 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 15 | 88,13 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 17 | 100 |

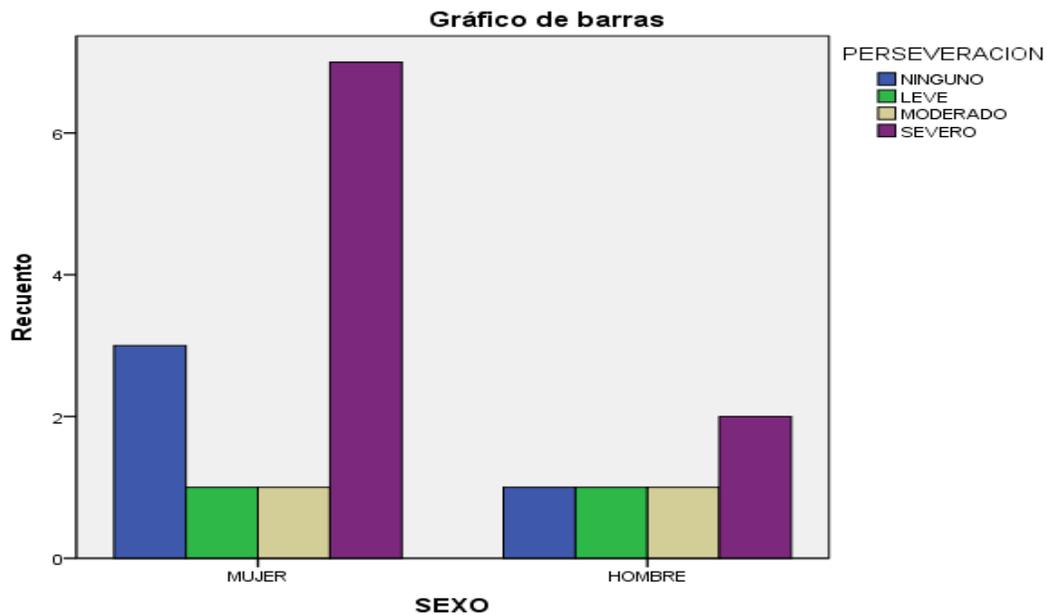


Figura 2.5. Distribución de frecuencias el sexo con respecto a la severidad del síntoma de las conductas perseverativas

Las mujeres presentan más conductas de perseveración que los hombres, hay una diferencia entre ambos sexos del 18,3%. EL 58.8% De las mujeres tienen grado alto de apatía hacia actividades de la cotidianidad, en los

hombres se encontró que el 40% de ellos en este ítem presentan dificultades severas.

RELACION ENTRE LA EDAD Y LOS SINTOMAS MAS PREVALENTES

Se tomaron tres rangos de edades , el primero de 70 a 80 años (10 sujetos, 58,82%), de 81 a 90 años (3 sujetos 35,3%) y el tercer rango correspondiente a mayores de 90 años (1 sujeto, 5,9% de la población estudiada. Con una mediana de 78 años.

Tabla 3.6. Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la edad.

| Rango de Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70- 80 | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Severo | 7 | 41,17 | 10 | 58,81 |
| 81- 90 | ninguno | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 12 | 70,57 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 16 | 94,09 |
| 91 años o mas | ninguno | 0 | 0 | 16 | 94,09 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 17 | 100 |
| | severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

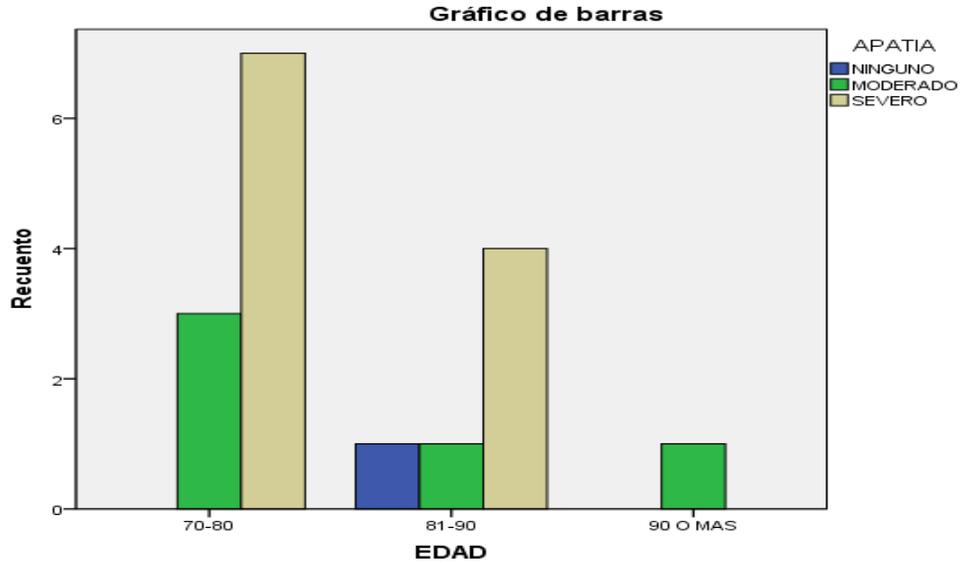


Figura 2.6. Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la edad.

El 70 % de los sujetos con ENTRE 70 Y 80 años presentaron alto í nivel de en apatía, por su parte entre los sujetos del rango de 80 a 90 años se encontró que el 66% de estos presentaron este mismo nivel de desinterés por actividades que antes si se interesaban.

Tabla 3.7. Distribución de frecuencias de la severidad de la aespontaneidad con respecto a la edad.

| Rango de Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70- 80 | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 2 | 11,76 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 6 | 35,29 | 10 | 58,81 |
| 81- 90 | ninguno | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | leve | 1 | 5,88 | 12 | 70, 57 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 13 | 76,45 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 16 | 94,09 |
| 91 años o mas | ninguno | 0 | 0 | 16 | 94,09 |
| | leve | 0 | 0 | 16 | 94,09 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 17 | 100 |
| | severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

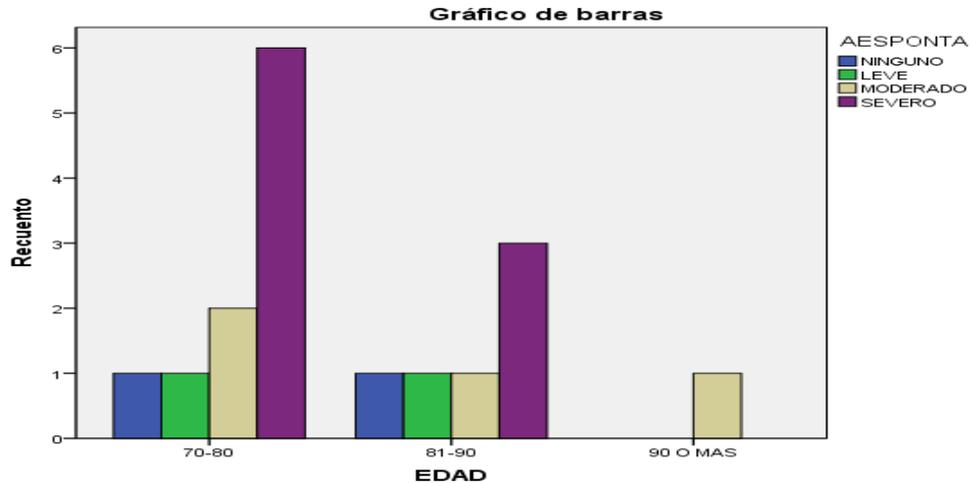


Figura 2.7. Distribución de frecuencias de la severidad de la aespontaneidad con respecto a la edad

6 de los 10 sujetos del rango de 70 a 80 años presentaron dificultades en la iniciativa de conductas (60%), mientras que de los 6 sujetos pertenecientes al rango entre 80 y 90 3 tuvieron alta severidad de este ítem (50%).

Tabla 3. 8. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la edad.

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70- 80 | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 0 | 0 | 0 | 5,88 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 4 | 23,51 |
| | Severo | 6 | 35,29 | 10 | 58,81 |
| 81- 90 | ninguno | 0 | 0 | 10 | 58,81 |
| | leve | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 13 | 76,45 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 16 | 94,1 |
| 91 años o mas | ninguno | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | leve | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | moderado | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | severo | 1 | 5,88 | 17 | 100 |

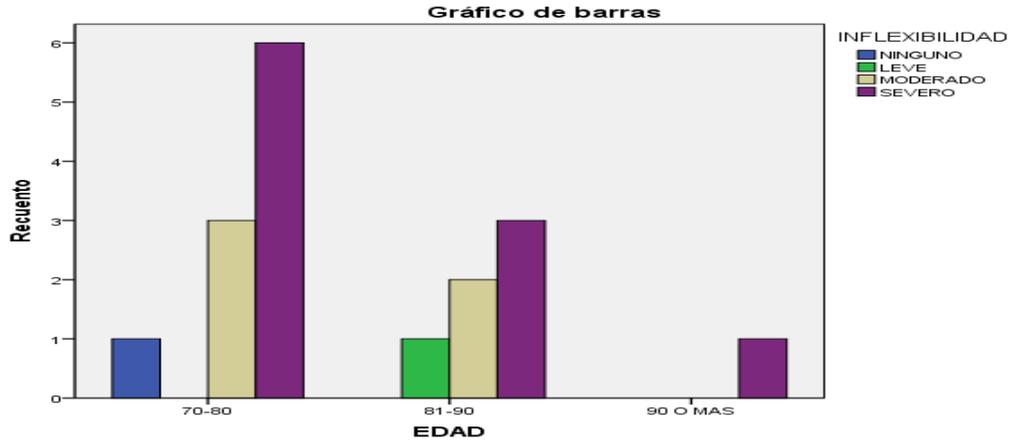


Figura 2.8. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la edad

El 60% de las personas ente 70 y 80 años presentan rigidez de pensamiento y terquedad, en el rango de 80 a 90 son 3 (50%) de las pertenecientes a este rango las que tienen mayor dificultad en este ítem.

Tabla 3.9 Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la edad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70- 80 | Ninguno | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 3 | 17,64 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 6 | 35,28 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 10 | 58,81 |
| 81- 90 | ninguno | 2 | 11,76 | 12 | 70,56 |
| | leve | 0 | 0 | 12 | 70,56 |
| | Moderado | 0 | 0 | 12 | 70,56 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 16 | 94,1 |
| 91 años o mas | ninguno | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | leve | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 17 | 100 |
| | severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

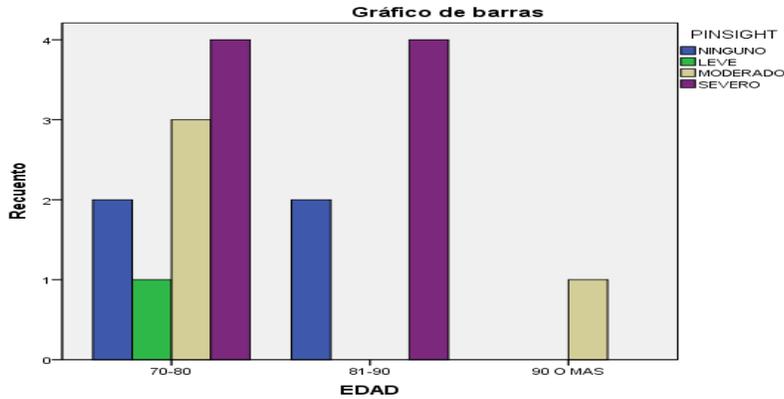


Figura 2.9 Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la edad

4 sujetos, el 40% de las personas entre 70 y 80 años presento dificultades severas para tener conciencia de sus fallas, por su parte en el rango de 80 a 90 años el 66 % de los sujetos tienen este mismo nivel de dificultad.

Tabla 3.10. Distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto a la edad.

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70- 80 | Ninguno | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Leve | 0 | 0 | 3 | 17,64 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 6 | 35,29 | 10 | 58,81 |
| 81- 90 | ninguno | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | leve | 1 | 5,88 | 12 | 70,57 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 13 | 76,5 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 16 | 94,1 |
| 91 años o mas | Ninguno | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | leve | 1 | 5,88 | 17 | 100 |
| | moderado | 0 | 0 | 17 | 100 |
| | severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

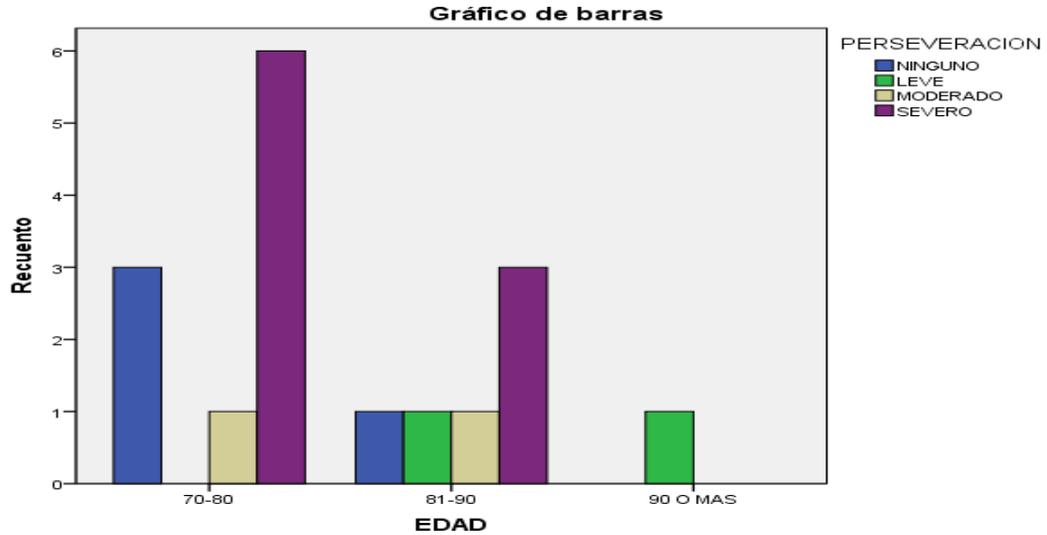


Figura 2.10. Distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto a la edad

En el rango de 70 a 80 años se encontró que el 60 % de ellos tienen conductas perseverativas de importancia, en el Rango de 70 a 80 años 3 de los 6 sujetos la presentan lo cual corresponde al 50% de los mismos.

Con respecto a la escolaridad se encontró lo siguiente

8 de los 17 sujetos tienen educación primaria 47% del total de la muestra, el 35,2 es decir 6 personas tienen nivel de educación secundaria y tres de los 17 protocolos corresponde personas con educación universitaria, 17,64% del total de la unidad de análisis

Tabla 3.11 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la escolaridad.

| Escolaridad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Severo | 5 | 29,41 | 8 | 47,01 |
| SECUNDARIA | ninguno | 0 | 0 | 0 | 47,01 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 10 | 58,81 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 14 | 82,33 |
| UNIVERSITA RIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 15 | 88,21 |
| | moderado | 0 | 0 | 0 | 88,21 |
| | severo | 2 | 11,76 | 17 | 100 |

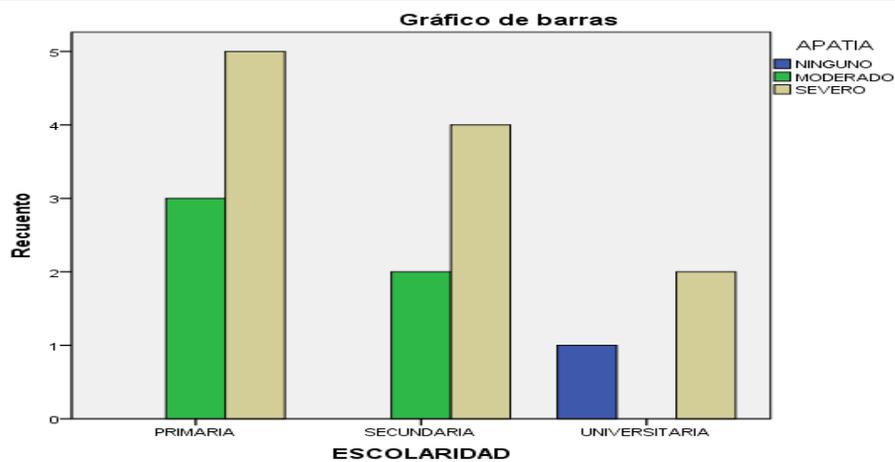


Figura. 2.11 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto a la escolaridad

5 de los 8 sujetos que tienen educación primaria es decir el 62% tienen dificultades severas en apatía, de los 6 protocolos de personas con educación secundaria, 4, el 66,6% tienen el síntoma de la apatía de forma severa. En cuanto a las personas con educación universitaria 2 /3 tienen este síntoma conductual con severidad alta 66,6%.

Tabla 3.12. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la escolaridad.

| Escolaridad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 2 | 11,76 | 3 | 17,64 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 8 | 47,04 |
| SECUNDARIA | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| | leve | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 11 | 64,68 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 4 | 82,32 |
| UNIVERSITARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 15 | 88,21 |
| | leve | 0 | 0 | 15 | 88,21 |
| | moderado | 0 | 0 | 15 | 88,21 |
| | severo | 2 | 11,76 | 17 | 100 |

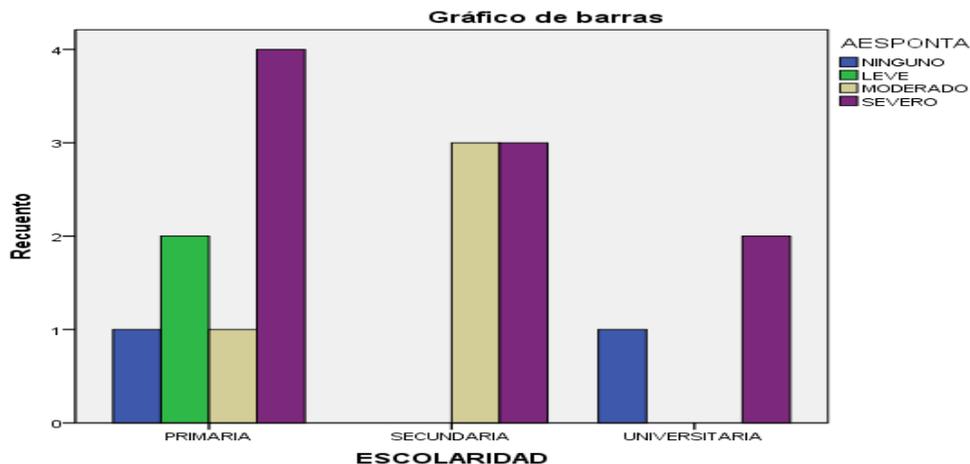


Figura 2.12. Distribución de frecuencias de la severidad de la espontaneidad con respecto a la escolaridad.

En cuanto al ítem de la pérdida de iniciativa por actividades se encuentro que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo a la escolaridad e la siguiente forma. 50% de los sujetos con educación primaria, 50% de los sujetos con educación secundaria y 66,6% de los sujetos con estudios universitarios.

Tabla 3.13. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la escolaridad.

| Escolaridad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 0 | 0 | 1 | 5,88 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 3 | 17,64 |
| | Severo | 5 | 29,41 | 8 | 47,05 |
| SECUNDARIA | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,05 |
| | leve | 0 | 0 | 8 | 47,05 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 10 | 58,81 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 14 | 82,33 |
| UNIVERSITARIA | Ninguno | 0 | 0 | 14 | 82,33 |
| | leve | 1 | 5,88 | 15 | 88,21 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 16 | 94,1 |
| | severo | 1 | 5,88 | 17 | 100 |

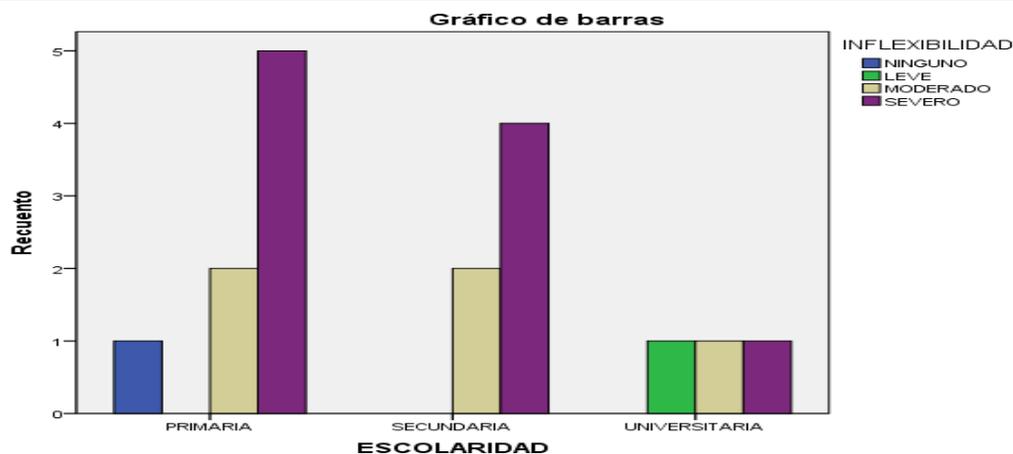


Figura 2.13. Distribución de frecuencias de la severidad de la inflexibilidad con respecto a la escolaridad.

En cuanto al ítem de la inflexibilidad de pensamiento se encuentra que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo a la escolaridad e la siguiente forma. 62,5% de los sujetos con educación primaria, 66,6% de los sujetos con educación secundaria y 33,3% de los sujetos con estudios universitarios.

Tabla 3.14. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la escolaridad.

| Escolaridad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Ninguno | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Leve | 0 | 0 | 3 | 17,64 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 4 | 23,52 | 8 | 47,05 |
| SECUNDARIA | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,05 |
| | leve | 1 | 5,88 | 9 | 52,93 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 12 | 70,57 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 14 | 82,33 |
| UNIVERSITARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 15 | 88,21 |
| | leve | 0 | 0 | 15 | 88,21 |
| | moderado | 0 | 0 | 15 | 88,21 |
| | severo | 2 | 11,76 | 17 | 100 |

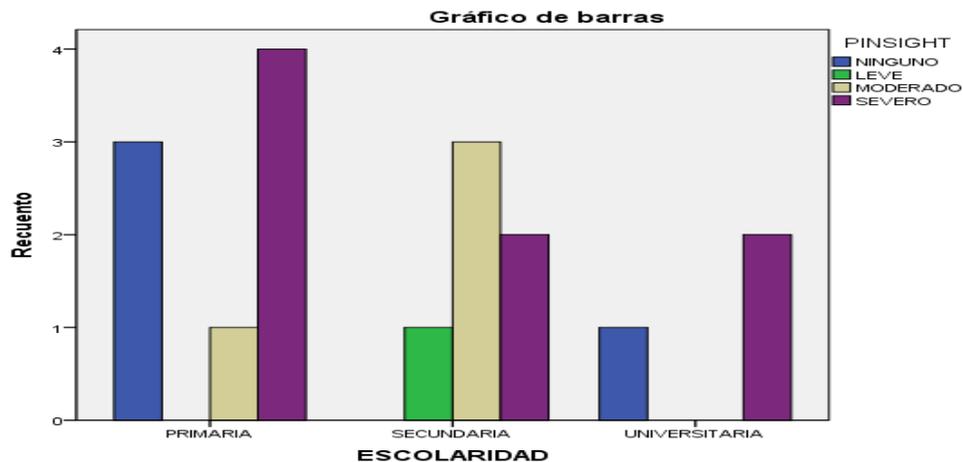


Figura 2.14. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto a la escolaridad

En cuanto al ítem de la pérdida del Insight se encontró que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo a la escolaridad e la siguiente forma. 50% de los sujetos con educación primaria, 33,3% de los sujetos con educación secundaria y 66,6% de los sujetos con estudios universitarios.

Tabla 3.15 distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto nivel de escolaridad.

| Edad | Nivel de afectación | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Ninguno | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 3 | 17,64 |
| | Moderado | 0 | 0 | 3 | 17,64 |
| | Severo | 5 | 29,41 | 8 | 47,05 |
| SECUNDARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 9 | 52,93 |
| | leve | 1 | 5,88 | 10 | 58,81 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 11 | 64,69 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 14 | 82,33 |
| UNIVERSITARIA | Ninguno | 1 | 5,88 | 15 | 88,21 |
| | leve | 0 | 0 | 15 | 88,21 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 16 | 94,1 |
| | severo | 1 | 5,88 | 17 | 100 |

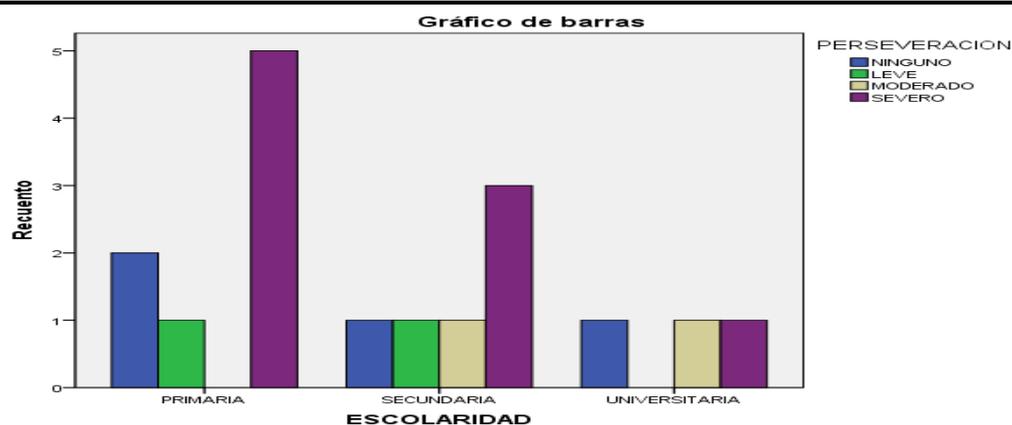


Figura 2.15 distribución de frecuencias de la severidad de la conducta perseverativa con respecto nivel de escolaridad

En cuanto a las conductas perseverativas se encontró que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo a la escolaridad e la siguiente forma. 62% de los sujetos con educación primaria, 50% de los sujetos con educación secundaria y 33,3% de los sujetos con estudios universitarios.

CON RESPECTO AL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

De los 17 protocolos tomados como unidad de análisis se encontró que 4 se encuentran en un estadio inicial de demencia (leve) 23,5%, 4, en estadio moderado, lo que corresponde al 23,5% del total, y el 53% a personas en un estadio avanzado de la enfermedad de Alzheimer.

Tabla 3.16 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto al estadio de la enfermedad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | ninguno | 1 | 5,88 | 5 | 29,4 |
| | Moderado | 0 | 0 | 5 | 29,4 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| | moderado | 3 | 17,64 | 11 | 64,7 |
| | severo | 6 | 35,29 | 17 | 100 |

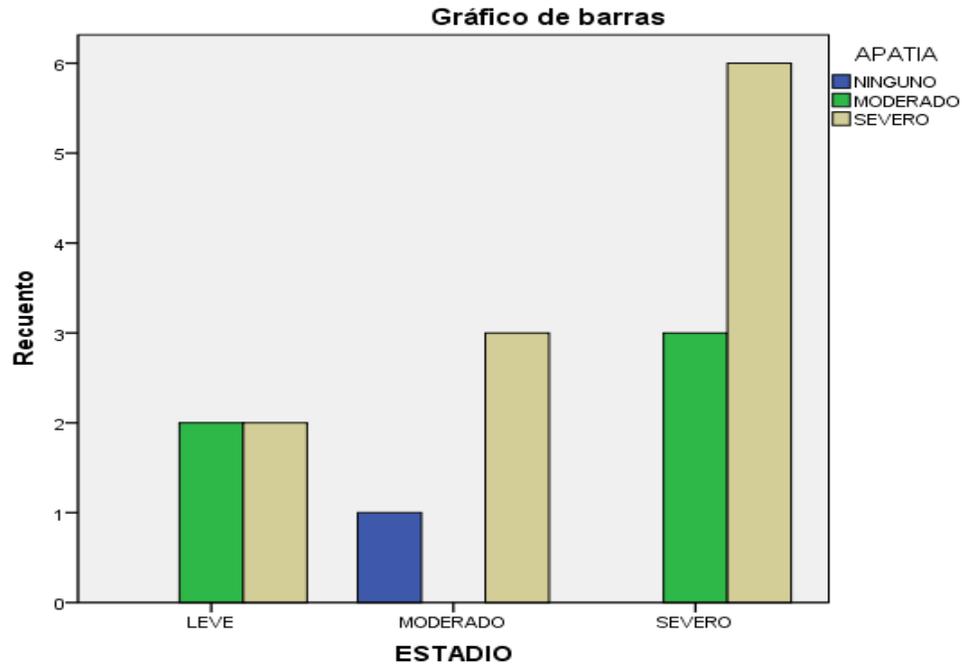


Figura 2.16 Distribución de frecuencias de la severidad de la apatía con respecto al estadio de la enfermedad

En cuanto al ítem de la apatía por actividades cotidianas y amigos se encontró que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo al estadio de la enfermedad de Alzheimer de la siguiente forma. 50% de los pacientes con demencia incipiente, 75% de los sujetos con síndrome demencial en estadio moderado 66,6% de los sujetos con estadio severo.

Tabla 3. 17. Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de aespontaneidad con respecto al estadio de la enfermedad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Leve | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | Ninguno | 2 | 11,76 | 6 | 35,28 |
| | leve | 0 | 0 | 6 | 35,28 |
| | Moderado | 0 | 0 | 6 | 35,28 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| | leve | 2 | 11,76 | 10 | 58,8 |
| | moderado | 2 | 11,76 | 12 | 70,56 |
| | severo | 5 | 29,41 | 17 | 100 |

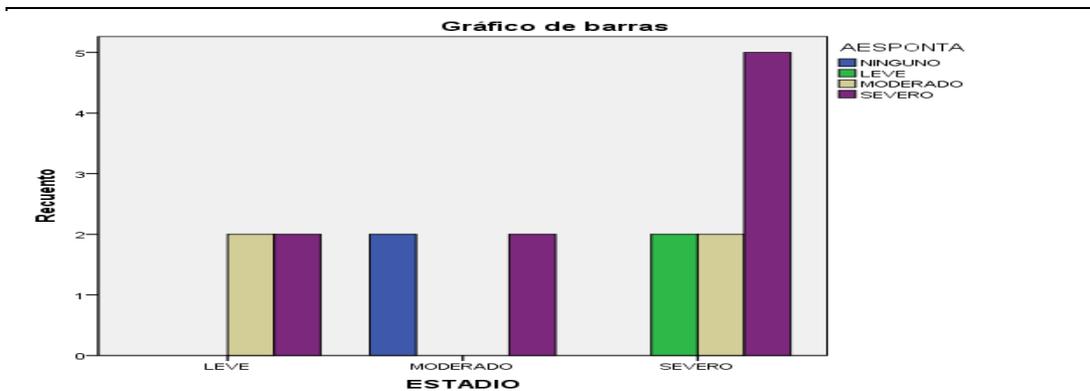


Figura 2. 17. Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de aespontaneidad con respecto al estadio de la enfermedad

En cuanto al ítem de la aespontaneidad se evidencia que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo al estadio de la enfermedad de Alzheimer de la siguiente forma. 50% de los pacientes con demencia incipiente, 50% de los sujetos con síndrome demencial en estadio moderado 55,5% de los sujetos con estadio severo.

Tabla 3. 18 Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de inflexibilidad con respecto al estadio de la enfermedad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Leve | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 3 | 17,64 |
| | Severo | 1 | 5,58 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | Ninguno | 0 | 0 | 4 | 23,52 |
| | leve | 1 | 5,88 | 5 | 29,4 |
| | Moderado | 0 | 0 | 5 | 29,4 |
| | Severo | 3 | 17,64 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Ninguno | 1 | 5,88 | 9 | 52,92 |
| | leve | 0 | 0 | 9 | 52,92 |
| | moderado | 2 | 11,76 | 11 | 64,7 |
| | severo | 6 | 35,29 | 17 | 100 |

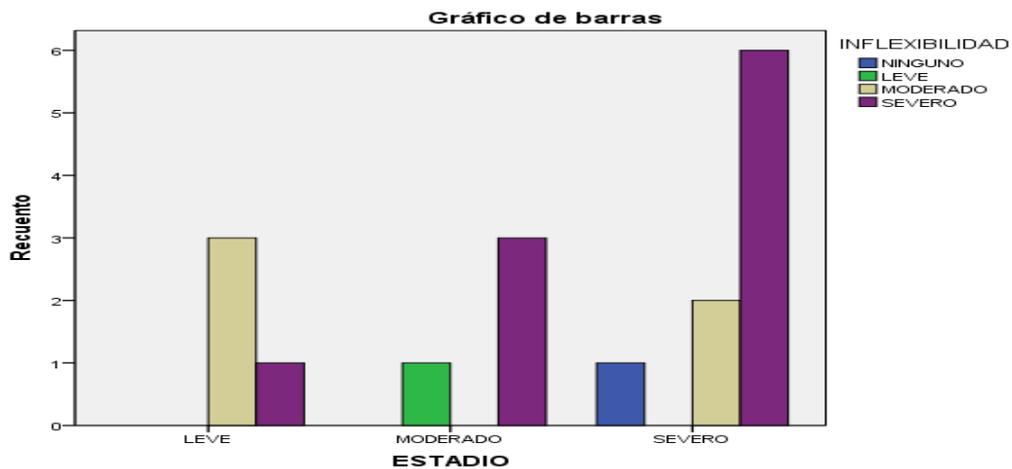


Figura 2.18 Distribución de frecuencias de la severidad de los síntomas de inflexibilidad con respecto al estadio de la enfermedad

En cuanto al ítem de la terquedad e inflexibilidad de pensamiento se encontró que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo al estadio de la enfermedad de Alzheimer de la siguiente forma. 25% de los pacientes con demencia incipiente, 75% de los sujetos con síndrome demencial en estadio moderado 66,6% de los sujetos con estadio severo

Tabla 3.19. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto al estadio de la enfermedad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Ninguno | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Leve | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Moderado | 3 | 17,64 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 0 | 0 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | Ninguno | 2 | 11,76 | 6 | 35,28 |
| | leve | 0 | 0 | 6 | 35,28 |
| | Moderado | 0 | 0 | 6 | 35,28 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Ninguno | 2 | 11,76 | 10 | 58,8 |
| | leve | 0 | 0 | 10 | 58,8 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | severo | 6 | 35,29 | 17 | 100 |

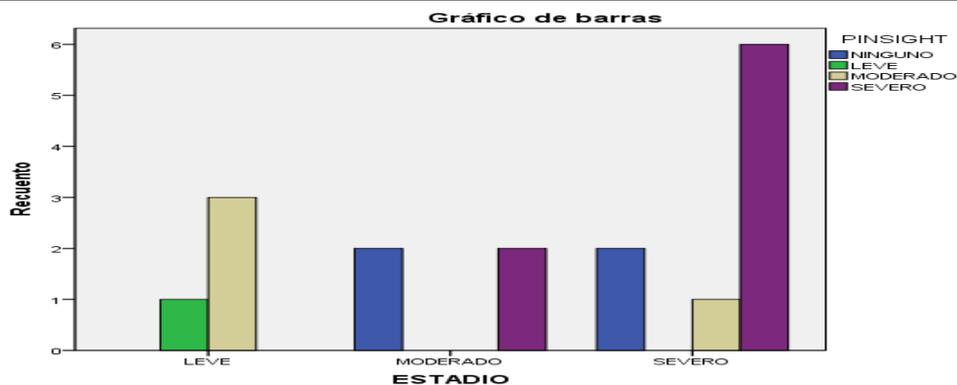


Figura 2.19. Distribución de frecuencias de la severidad de la pérdida del Insight con respecto al estadio de la enfermedad

En cuanto al ítem de la pérdida de de la capacidad falencias evidencio que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo al estadio de la enfermedad de Alzheimer de la siguiente forma. 0% de los pacientes con demencia incipiente, 50% de los sujetos con síndrome demencial en estadio moderado 66,6% de los sujetos con estadio severo.

Tabla 3.20 Distribución de frecuencias de la severidad de las conductas perseverativas con respecto al estadio de la enfermedad

| Edad | Severidad del síntoma | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Ninguno | 1 | 5,88 | 1 | 5,88 |
| | Leve | 0 | 0 | 1 | 5,88 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 2 | 11,76 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | Ninguno | 3 | 17,64 | 7 | 41,16 |
| | leve | 0 | 0 | 7 | 41,16 |
| | Moderado | 0 | 0 | 7 | 41,16 |
| | Severo | 1 | 5,88 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Ninguno | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| | leve | 2 | 11,76 | 10 | 58,8 |
| | moderado | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | severo | 6 | 35,29 | 17 | 100 |

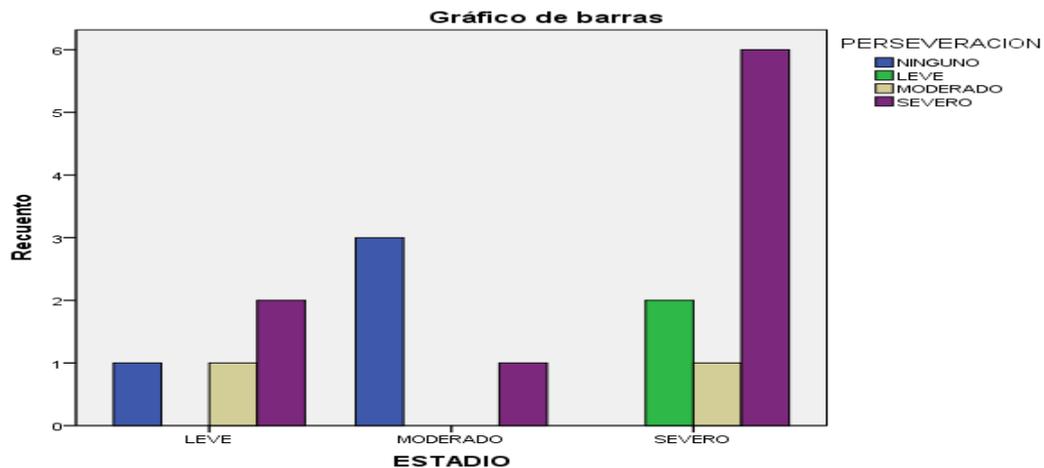


Figura 2.20 Distribución de frecuencias de la severidad de las conductas perseverativas con respecto al estadio de la enfermedad

En las conductas perseverativas se encontró que la afectación significativa de este ítem estuvo presente en la población de acuerdo al estadio de la enfermedad de Alzheimer de la siguiente forma. 50% de los pacientes con demencia incipiente, 25% de los sujetos con síndrome demencial en estadio moderado 66,6% de los sujetos con estadio severo.

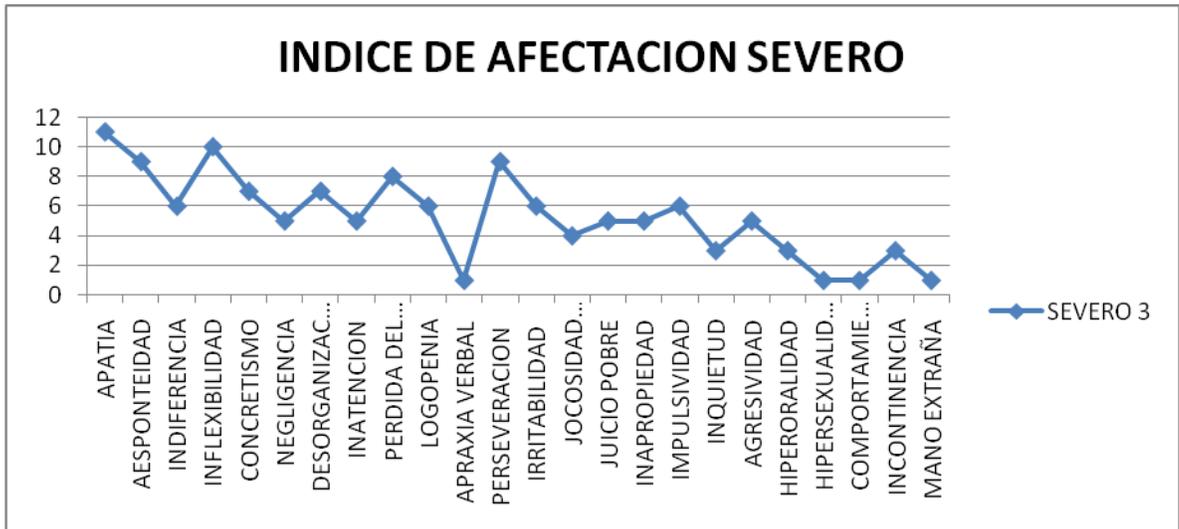


Figura 2.21 nivel de severidad de los síntomas en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz

Se encontró que los ítems con mayor prevalencia en afectación del comportamiento severo fueron apatía con 11 protocolos (64.7%), inflexibilidad 10 (58.8%), aespontaneidad y conductas perseverativas con 9 (52.9%) y perdida del Insight con 8 sujetos, que corresponde al 47.1% de la unidad de unidad de análisis.

La siguiente grafica muestra la tabla de porcentajes donde se evidencia que las conductas que menos aparecen en la unidad de análisis fueron la mano extraña, 1 sujeto (5.9%), comportamiento de utilización 1 sujeto (5.9%), hipersexualidad 1, correspondiente al 5.9% de los protocolos analizados y apraxia verbal 5.9% correspondiente a un individuo.

La apatía es el comportamiento que mas afecto a los sujetos con enfermedad de Alzheimer analizados a través del inventario de comportamiento

frontal de kertes z y muñoz, en los años 2009 – 2011. Los sujetos pierden interés en sus actividades cotidianas, este tipo de comportamiento puede ser una reacción ante las dificultades que experimentan ante las tareas de la vida diaria y también podría estar causado por el predominio de las lesiones cerebrales en lesiones frontales. (Peña, 1999).

Teniendo en cuenta que los síntomas conductuales de mayor prevalencia en índice de afectación severo son la apatía, la Inflexibilidad, la Aespontanidad, la presencia de Conductas perseverativas y la Pérdida del Insight como la edad, analizaremos frente a estos variables tales como la edad, el nivel, educativo, el estadio de la enfermedad.

NIVEL DE AFECTACION

Para analizar el nivel de afectación de los individuos en el inventario de comportamiento frontal de kertes z se tomaron tres rangos el primero que corresponde al nivel de afectación leve (1) de los individuos que obtuvieron una puntuación entre 0 y 24 puntos.

Nivel 2: entre 25 y 48 puntos.

Nivel 3: de 49 puntos en adelante.

Estadísticos.

Tabla 4.1 nivel de afectación general en el inventario de comportamiento frontal de Kertes z

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | LEVE | 5 | 29,4 | 29,4 | 29,4 |
| | MODERADA | 10 | 58,8 | 58,8 | 88,2 |
| | SEVERA | 2 | 11,8 | 11,8 | 100,0 |
| | Total | 17 | 100,0 | 100,0 | |

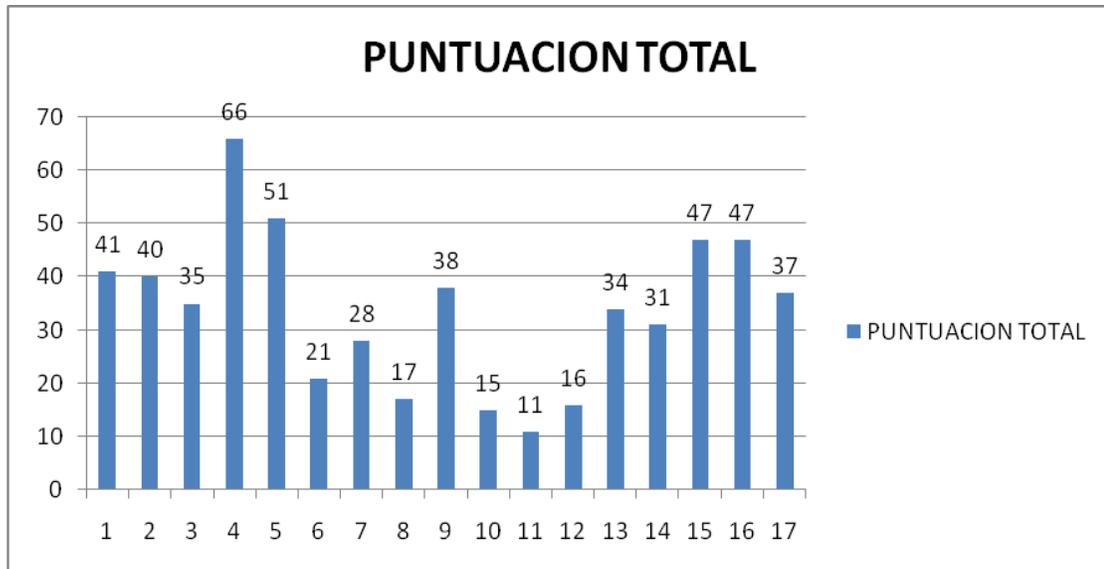


Figura 3.0 nivel de afectación por sujetos en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz

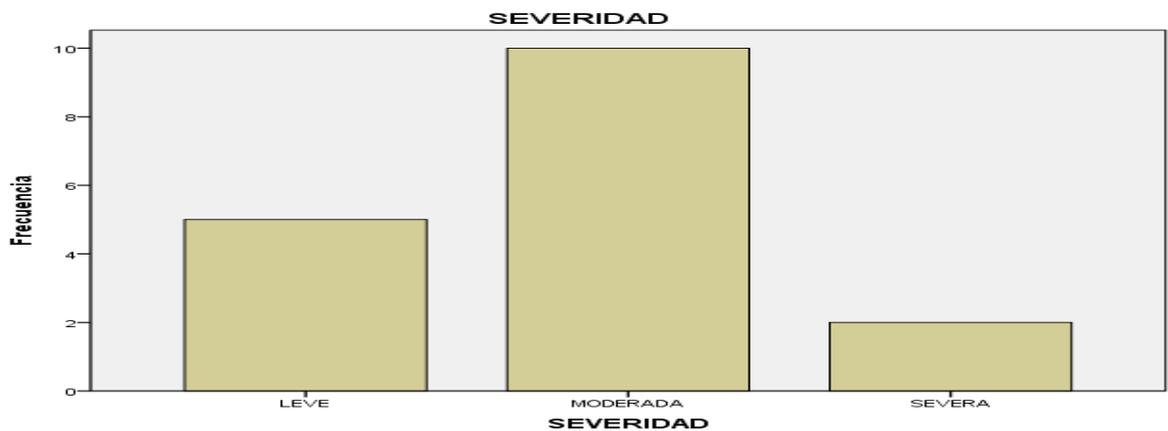


Figura 4.1.2 nivel de afectación general en el inventario de comportamiento frontal de Kertesz

El 58.8%, es decir 10 de los protocolos utilizados en el estudio pertenecen a sujetos con una puntuación moderada en el nivel de afectación de inventario de comportamiento frontal de kertesz, el 11.8% de los sujetos tienen una afectación severa del comportamiento.

La mayor prevalencia de comportamientos frontales se presenta en un nivel moderado de afectación. 2 Individuos, 11.8% de la unidad de análisis tiene una afectación severa que compromete ampliamente su funcionalidad en todos sus ámbitos.

Con un nivel de afectación moderada a nivel conductual los individuos si tiene dificultades para relacionarse socialmente con los demás y funcionar apropiadamente a nivel familiar y laboral si continúan ejerciendo este rol. Lo cual indica que si hay una relación entre la enfermedad de Alzheimer y los trastornos comportamentales frontales

Analizaremos la severidad o nivel de afectación de los sujetos en las variables de sexo, edad, estadio de la enfermedad, y nivel de escolaridad.

**RELACION ENTRE EL SEXO Y EL NIVEL DE AFECTACION
COMPORTAMENTAL**

Por cada hombre participante en la presente investigación hay 3.4 mujeres

Tabla 4. 2. Distribución de frecuencias con respecto Al sexo y nivel de afectación

| Sexo | Nivel de afectación | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|---------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| MUJER | Leve | 4 | 23.52 | 4 | 23,52 |
| | Moderado | 6 | 35.3 | 10 | 58,82 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 12 | 70,58 |
| HOMBRE | Leve | 1 | 5.88 | 13 | 76,38 |
| | Moderado | 4 | 23.52 | 17 | 100 |
| | Severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

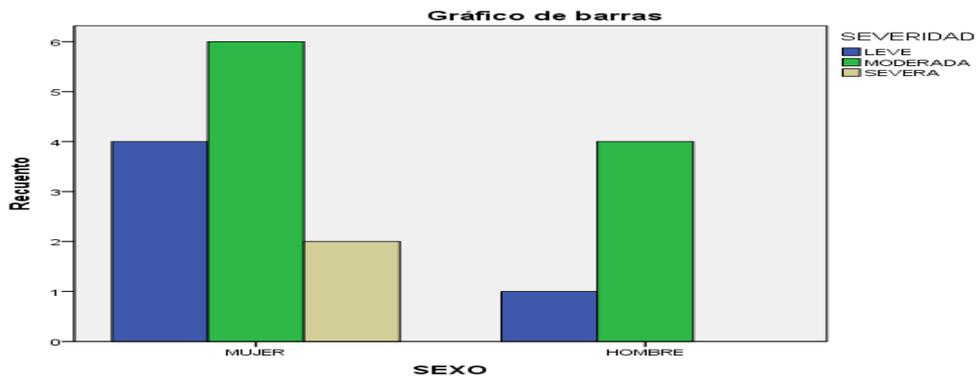


Figura 3.2 Distribución de frecuencias con respecto Al sexo y nivel de afectación

El 70.58 % de los datos analizados corresponde a mujeres mientras que el 29.5% corresponde a hombres. Por cada 5 hombres hay 12 mujeres

El 50% de las mujeres tiene un nivel de afectación moderado, el 16,7% tienen un nivel de afectación severo, en cuanto a los hombres ninguno de ellos tuvo un nivel de afectación severo, la mayoría, el 80% de ellos tuvo un nivel de afectación moderado.

RELACION ENTRE EDAD Y NIVEL DE AFECTACION COMPORTAMENTAL.

Se tomaron tres rangos de edades , el primero de 70 a 80 años (10 sujetos, 58,82%), de 81 a 90 años (3 sujetos 35,3%) y el tercer rango correspondiente a mayores de 90 años (1 sujeto, 5,9% de la población estudiada. Con una mediana de 78 años.

Tabla 4.3. Distribución de frecuencias con respecto a la edad y nivel de afectación

| RANGO DE EDAD | Nivel de afectación | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|----------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 70-80 años | Leve | 4 | 23,52 | 4 | 23,52 |
| | Moderado | 5 | 29,4 | 9 | 52,9 |
| | Severo | 1 | 5,88 | 10 | 58,8 |
| 81-90 años | Leve | 1 | 5,88 | 11 | 64,7 |
| | Moderado | 4 | 23,52 | 15 | 88,2 |
| | Severo | 1 | 5,88 | 16 | 94,1 |
| Más de 91 años | Leve | 0 | 0 | 16 | 94,1 |
| | Moderado | 1 | 5,88 | 17 | 100 |
| | Severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

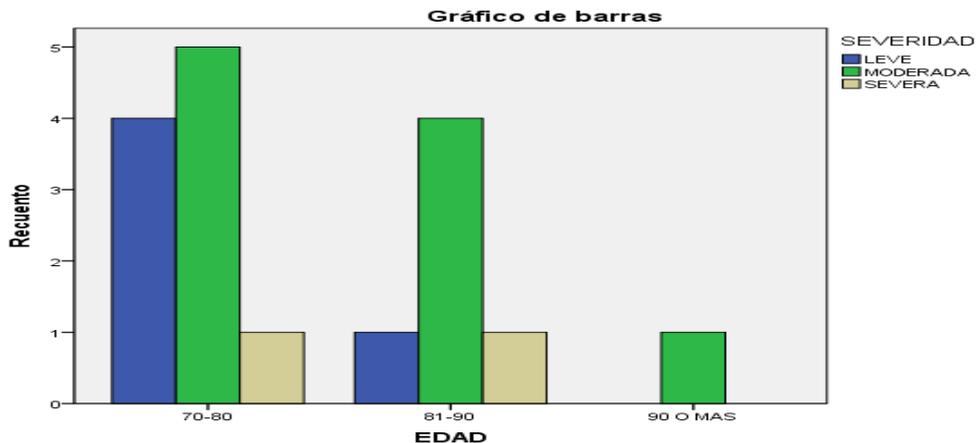


Figura 3.3. Distribución de frecuencias con respecto a la edad y nivel de afectación

Dentro del primer rango de edad 70 -80 años, se observa que el nivel de afectación en el cuestionario de comportamiento frontal que prevalece es el moderado con un 50% de los sujetos, solamente el 10 % de las personas de este rango de edad tienen un índice alto de afectación comportamental en la escala.

Las personas entre 81 y 90 años también se encontraron en su mayoría 66,7% en un nivel moderado de afectación general del inventario de comportamiento frontal de kertes, al igual que la persona evaluada de más de 90 años

RELACION ENTRE NIVEL DE AFECTACION COMPORTAMENTAL Y ESCOLARIDAD

A nivel de escolaridad de los individuos 8 de los 17 sujetos tienen educación primaria 47% del total de la muestra, el 35,2 es decir 6 personas tienen nivel de educación secundaria y tres de los 17 protocolos corresponde personas con educación universitaria, 17,64% del total de la unidad de análisis.

Tabla 4.4. Distribución de frecuencias con respecto a la escolaridad y nivel de afectación

| NIVEL EDUCATIVO | Nivel de afectación | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| PRIMARIA | Leve | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Moderado | 4 | 23,52 | 6 | 35,28 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 8 | 47,04 |
| SECUNDARIA | Leve | 2 | 11,76 | 10 | 58,8 |
| | Moderado | 4 | 23,52 | 14 | 82,33 |
| | Severo | 0 | 0 | 14 | 82,33 |
| UNIVERSITARIA | Leve | 1 | 5,88 | 15 | 88,2 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 17 | 100 |
| | Severo | 0 | 0 | 17 | 100 |

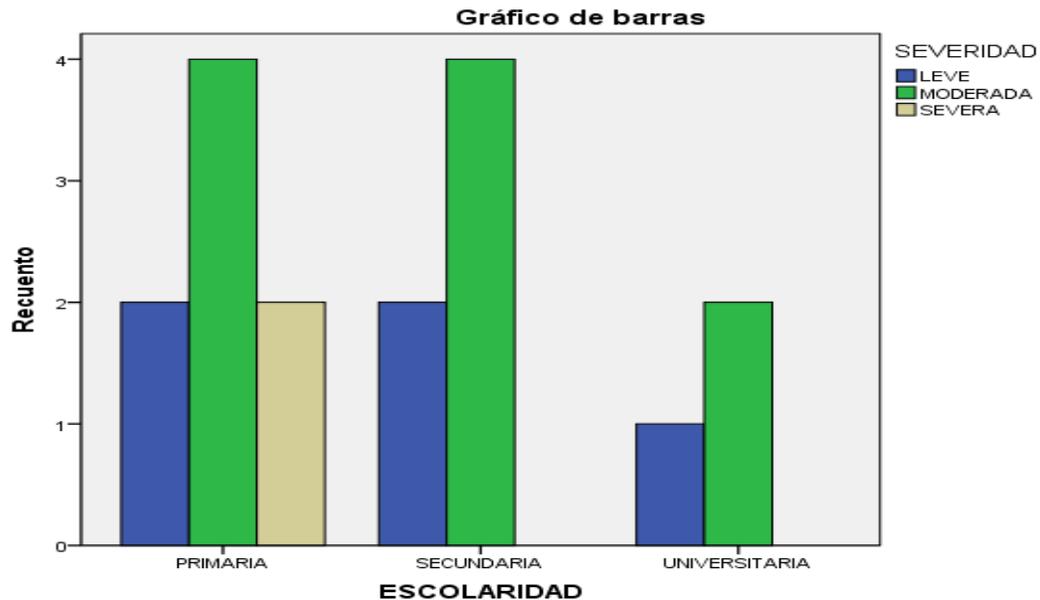


Figura 3. 4. Distribución de frecuencias con respecto a la escolaridad y nivel de afectación

El 50% de los individuos que tienen educación básica primaria tuvieron un nivel moderado de afectación general en la escala de kertes. Y el 25% un nivel severo de afectación.

En cuanto a las personas con educación secundaria se encontró que ninguno de ellos tuvo nivel de afectación severo, la mayor prevalencia se está grupo de paciente estuvo en un nivel moderado de afectación comportamental 66,7%.

En las personas con educación universitaria se identificó que el 58,8% se encontraban con un nivel de afectación comportamental frontal moderado, el 11,8% de ellos tuvieron un nivel severo de afectación.

RELACION ENTRE ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y AFECTACION COMPORTAMENTAL EN EL INVENTARIO FRONTAL DE KERTESZ

De los 17 protocolos tomados como unidad de análisis se encontró que 4 se encuentran en un estadio inicial de demencia (leve) 23,5%, 4, en estadio moderado, lo que corresponde al 23,5% del total, y el 53% a personas en un estadio avanzado de la enfermedad de Alzheimer.

Tabla 4.5. Distribución de frecuencias con respecto al estadio de la Enfermedad de Alzheimer y nivel de afectación en el inventario de comportamiento frontal

| Sexo | Nivel de afectación | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % | Frecuencia Acumulada | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| LEVE | Leve | 2 | 11,76 | 2 | 11,76 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 4 | 23,52 |
| | Severo | 0 | 0 | 4 | 23,52 |
| MODERADO | Leve | 2 | 11,76 | 6 | 35,28 |
| | Moderado | 2 | 11,76 | 8 | 47,04 |
| | Severo | 0 | 0 | 8 | 47,04 |
| SEVERO | Leve | 1 | 5,88 | 9 | 52,9 |
| | Moderado | 6 | 35,29 | 15 | 88,21 |
| | Severo | 2 | 11,76 | 17 | 100 |

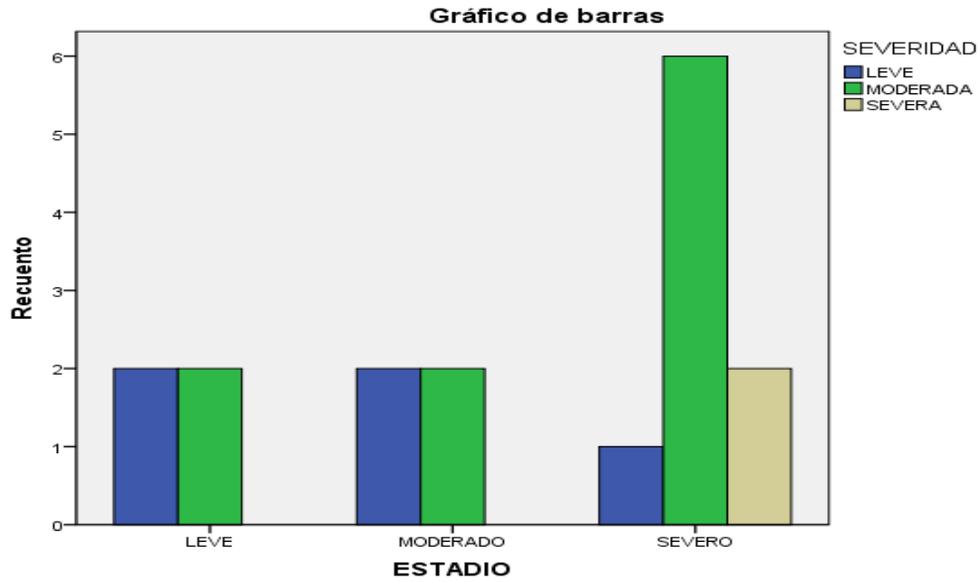


Figura 3.5. Distribución de frecuencias con respecto al estadio de la Enfermedad de Alzheimer y nivel de afectación en el inventario de comportamiento frontal

El nivel de afectación que predominó en general es el moderado en cuanto al estadio de la enfermedad se observó que el 50% de las personas con estadio inicial presentan nivel de afectación moderado en el inventario de comportamiento frontal igual en el estadio moderado de la enfermedad, en los dos se observó que ninguno de los pacientes tuvo nivel de afectación severo, que sí se presentó en un 22% de las personas que tienen un estadio avanzado en la Enfermedad de Alzheimer.

DISCUSION

Las alteraciones comportamentales son frecuentes en las personas con enfermedad de Alzheimer debidas. Algunos de estos trastornos comienzan a presentarse en al fase inicial pero es en la segunda fase o intermedia donde se manifiestan con más intensidad, sin embargo las alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer no han un objeto de estudio frecuente en las investigaciones como si lo ha el caso de las sido en el caso de las demencias frontotemporales, donde es una de las principales y más tempranas características de la enfermedad. En el presente estudio cuyos objetivos fueron por un lado establecer las características comportamentales frontalizadas que se presentan en pacientes con enfermedad de Alzheimer, establecer las mas prevalentes y el nivel de afectación es decir la severidad en que se presentan estos comportamientos frontalizados, lo que se encontró es que las características frontales se encuentran presentes en diferentes grados , de los 24 ítems o rasgos frontales todos se presentaron en una u otra medida en el grupo de pacientes analizados, donde los trastornos o comportamientos frontales mas prevalentes fueron la apatía, las conductas perseverativas, la inflexibilidad, la pérdida del Insight, y la aespontaneidad. No se encuentra como algunos autores lo señalan una marcada agresividad.

La apatía La enfermedad de Alzheimer entonces es uno de los síntomas más frecuentes durante la enfermedad, La apatía está definida como un estado de pérdida de motivación, de interés por las actividades y de la iniciativa, además de una respuesta afectiva baja frente a situaciones positivas y negativas

La apatía no se encentra tipificada como trastorno dentro de los manuales de clasificación como el DSM IV TR, se encuentra descrita dentro de los criterios de trastorno depresivo mayor

En el presente estudio la apatía estuvo presente de forma severa en el 64,7% de los evaluados, en cuanto a la variable sexo hubo una diferencia del 6% igual que entre grupos de edad. En cuanto a la apatía frente al estadio de la enfermedad la diferencia fue más amplia, las personas del estadio moderado fue 25% más afectado en este ítem que las personas en estadio leve de la enfermedad. No hubo diferencias en cuanto a escolaridad en este síntoma comportamental. De esta forma podemos observar que este estudio concuerda con estudios previos tales como el realizado por Turro & cols, 2009 en el cual se encontró que la apatía estuvo presente durante la enfermedad con una prevalencia del 18% y dicha prevalencia aumento en estadios avanzados.

Es importante notar que sí se encontraron características frontales, que afectan no solamente al paciente si no la calidad de vida de las personas que habitan con él, ya que su cotidianidad se ve alterada por los dichos comportamientos frontales, y si bien no todos están presentes en cada uno de los individuos si se encuentran unas conductas que están más presentes en la población estudiada, como la apatía, las conductas perseverativas, la incapacidad para notar que se están presentando fallas en su ejecución (perdida del Insight), falta de espontaneidad y terquedad y rigidez de pensamiento, conductas que si trasladamos a la vida familiar se tornan motivo de conflictos frecuentes ya que desencadenan discusiones por ejemplo, la terquedad, la apatía la perdida de iniciativa (espontaneidad) y las conductas perseverativas generan molestia en las familias unas conductas más que otras y debido a que el paciente no logra darse cuenta de sus errores o fallas no es posible cambiar la situación y se dificulta aún más la modificación de conducta.

En algunas de las enfermedades neurodegenerativas se presentan cambios observables clínicamente como los cambios conductuales donde de forma temprana hay alteraciones en la personalidad, los pacientes pierden interés por su aspecto personal, se presentan conductas inapropiadas a nivel

social y sexual, desordenes afectivos, hiperoralidad, hipersexualidad y conductas perseverativas (Ranalli & cols, 2001), que como se encontró en el presente estudio es una de las alteraciones conductuales mas prevalentes en la unidad de análisis que se tomo donde el 53% de los sujetos presentaron conductas perseverativas.

Por otra parte además de los pacientes desinhibidos, con las características ya mencionadas, existen pacientes con demencia frontotemporal apáticos e inertes, con pérdida de iniciativa, afectividad aplanada y que muestran respuestas pobres a los estímulos, características que encajan ampliamente en el inventario de comportamiento frontal que comúnmente se ha utilizado para este tipo de síndrome.

Sin embargo en el presente estudio observamos que es de utilidad para evaluar el comportamiento en la demencia tipo Alzheimer ya que como se evidencia las algunas de las principales características encontradas en la muestra están relacionadas con los comportamientos de apatía, conductas perseverativas y espontaneidad, siendo estas junto con la pérdida del Insight y la flexibilidad las de mayor prevalencia en el estudio.

Características que en términos de aparición se encuentran en estadios iniciales de la demencia frontotemporal diferente a la enfermedad de Alzheimer donde según lo encontrado en el presente estudio los síntomas comportamentales no están presentes de forma severa en el estadio incipiente ni moderado sino de forma severa en el estadio avanzado de la enfermedad.

Lo cual sugiere que estas patologías por tener un cuadro tan complejo, de origen neurodegenerativo, deben tener un especial cuidado como en el diagnostico diferencial por compartir características, en este caso observamos que el uso del inventario de comportamiento frontal no solamente es útil para los casos en los que es necesario describir el comportamiento de las personas con demencia frontotemporal sino para personas con alteraciones comportamentales de diferentes etiologías incluyendo la enfermedad de Alzheimer puesto que para el presente estudio se encontró que la muestra se

encuentra en su mayoría con un nivel de afectación moderado, es decir si se encuentran presentes síntomas conductuales que el inventario si logra identificar.

Sin embargo hay que tener en cuenta que los rangos que aquí se definen lo se encuentran tipificados en el manual del inventario de comportamiento frontal de forma explícita, la prueba los arroja a través de la suma de puntajes de la severidad de los 24 ítems, De 0 a 24 puntos primer rango. (Nivel de afectación leve), Entre 25 y 48 puntos (Nivel de afectación moderada. Con un puntaje superior a 49 (nivel de afectación severa)

CONCLUSIONES

Es necesario ampliar los estudios realizados frente al tema de las alteraciones comportamentales en la Enfermedad De Alzheimer ya que unos de los motivos para realizar el estudio fue justamente la necesidad de describir como son estas alteraciones ya que hay muy poca evidencia en cuanto a este tema. Sin embargo es importante tener en cuenta que el presente estudio cuenta con una muestra clínica de 17 protocolos analizados con el inventario de comportamiento frontal de Kertesz, lo que no permite en ningún sentido generalizar los resultados dado que uno de los hallazgos es la importante presencia de síntomas apatía es necesario que se generen otros estudios que permitan una aproximación más exacta que permitan dar cuenta de los factores de mantenimiento y remisión, esta ayudara a que se generen también nuevas estrategias de intervención no solamente alrededor de este síntoma sino otros de prevalencia significativa, mas si se tiene en cuenta que la apatía es un predictor de mayor deterioro cognitivo

Finalmente se encontró que las alteraciones comportamentales frontalizadas mas prevalentes en los pacientes con enfermedad de Alzheimer fueron la apatía, la espontaneidad, la pérdida del Insight, la inflexibilidad y las conductas

perseverativas. En cuanto al segundo objetivo que rige el presente estudio que fue establecer el nivel de afectación se encontró que la mayoría de los pacientes con enfermedad de Alzheimer estudiados se encuentra en un nivel de afectación moderado de comportamientos frontalizados sin embargo es necesario de igual forma no solo para pacientes con enfermedad de Alzheimer sino para las características comportamentales de las otras demencias validar los rangos propuestos en el presente estudio ya que no se ha tenido en cuenta dicho aspecto en investigaciones anteriores.

Con respecto al sexo se encontró que las mujeres presentaron niveles de afectación comportamental más elevados que los hombres ya que 16% de las mujeres presento nivel de afectación comportamental severo mientras que ningún hombre se encontró he dicho nivel de afectación.

Con respecto a la edad no se encontró relación ya que no hay diferencias entre los grupos es decir una de las personas del rango 1 (10%) de las pertenecientes a este rango de edad y una de las personas del rango 2 (16%) presentaron nivel de afectación comportamental severo.

En cuanto al nivel de escolaridad se evidencio que el 25 % de las personas con nivel de escolaridad primaria presentaron nivel de afectación comportamental severo, comparados con individuos con educación secundaria y universitaria de los cuales ninguno (0%) presentaron dicho nivel de afectación.

Finalmente en cuanto a la relación entre el estadio de la enfermedad de afectación severa en individuos de estadio leve ni en el estadio moderado de la enfermedad mientras que en el estadio severo de la enfermedad el encontró que el 22% de los sujetos de este estadio presentaron niveles de afectación comportamental severo.

REFERENCIAS

Agüera – Ortiz, L. (2010) La memantina en el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer moderadamente grave a grave en España. Rev. Neurol 2010; 51 (9): 525-534

Allegri, R; Harris, P; Drake, M. La evaluación Neuropsicológica de la Enfermedad de Alzheimer. Laboratorio de Neurología del comportamiento. (2000)

Allegri Ricardo; Laurent, Bernard; Thomas-Anterion, Catherine; Serrano, Cecilia. (2005) La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer

Álvarez, B. (2005), Criterios diagnósticos y evaluación del paciente con demencia. <http://www.geriatrianet.com> (2005)

Arboleda, E; Aguirre, D.C.; Muñoz. C; Pineda, D.A.; Lopera, F (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. Rev. Neurol. 2008; 46 (12): 709- 713).

Ardila, A. (2006) Aphasias Department of Communication Sciences and Disorders Florida International University Miami, Florida, EE.UU. 2006

Ardila & Roselli (2007), Neuropsicología Clínica. Ed. Manual Moderno.

Ardila & Rosselli, (2003). Neuropsicología Clínica. Ed. Prensa Creativa Medellín.

Atlas de neuroanatomía, Heines, (2000)

Baquero, M; Blasco, R; Campos, A; Garcés, F; Fages, E.M.; Andreu, (2004):
Rev. Neurol. 2004 : 38 (4) 323- 326.

Benedet, M. J, (2002). Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la Clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva. Observatorio de la discapacidad.

Allegri, Ricardo F; Serrano, Cecilia M; Caramelli Paulo; Taragano, Fernando E; Camera, Luis (2007) Deterioro cognitivo leve; encuesta sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas; Revista de Medicina. Buenos Aires 2007

Valls-Pedret, Cinta; Molinuevo, José Luis; Rami, Lorena. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. Rev. Neurol 2010; 51 (8): 471-480.

Clark, Christopher M. & Trojanowski, John J (2000) .Neurodegenerative dementias, clinical features and pathological mechanisms

Goldstein & McNeil, (2004) clinical neuropsychology : A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians.

Harciarek & Krzysztof , (2005) Neuropsychological Differences Between Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease: A Review. Neuropsychology Review, Vol. 15, No. 3. (2005)

Horton &Wedding, (2008) The Neuropsychology handbook.

Jarl Risberg & Jordan Grafman (2006) The Frontal Lobes Development Function and Pathology ,. Cambridge University Press 2006.

Junqué & Barroso (1995) Neuropsicología. Ed. Síntesis S.A.

Kertesz, A. Frontal behavioral inventory (1998)

Kertesz, A. Pick's Disease and Pick Complex (1998)

Martínez & Pascual. Manual de Alzheimer . Aula médica ediciones. 2003

Kolb & Whishaw, (2003) Fundamentals of Human Neuropsychology primera edicion.

National Collaborating Centre for Mental Health & Social Care Institute for excellence National Institute for Health and Clinical Excellence, (2007). Dementia A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, (2007)

Manual Diagnostico de las Enfermedades mentales DSM IV (2002)

De Toledo M, F. Bermejo Pareja, S. Vega- Quiroga, D. Muñoz- Garcia. (2004) Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Datos de un estudio poblacional. . Rev. Neurol 2004; 38 (10): 901-905

Park & Schwarz, (2002). Envejecimiento Cognitivo. Ed. Médica Panamericana

Peña - Casanova J, (1999). Alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Ed. Fundación la Caixa.

Propuesta de criterios para el diagnostico clínico de la Demencia, Deterioro Cognitivo ligero y Demencia de Alzheimer. Comité Científico de la Sociedad Española de neurología.

Otero & Scheitler (2003) Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. Rev. Med. Uruguay, vol. 19 N°1, 2003)

Perri & cols (2005) Alzheimer's disease and frontal variant of frontotemporal dementia a very brief battery for cognitive and behavioral distinction J Neurol (2005) 252: 1238–1244

Ranalli, C.; Butman, J.; Allegri, R. F. (2001) demencia frontotemporal. Rev. Argentina de psiquiatría t. 2001, Vol. XII: 125-134.

Julio César Reyes-Figueroa, Marcel Rosich-Estragó, Eva Bordas-Buera, Ana Milena Gaviria-Gómez, Elisabet Vilella-Cuadrada, Antonio Labad-Alquézar (2010) revista de neurología. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve.

Sevilla & Gómez, (2007), Neurología de la conducta y Neurosicología, Demencias; Concepto y diagnostico diferencial. Cap. 20. (2007)

Serrano, C; Butman, J; Allegri, R. (2001). Demencia frontotemporal Rev. Argentina de Psiquiatría. 2001, Vol. XII

Turro Garriga, O & cols (2009) Estudio longitudinal de la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev. Neurol. 2009; 48 (1): 7-1

APENDICES

La distribución de los datos frente a las categorías de edad, sexo, nivel de escolaridad, Estadio (GDS) de la enfermedad de Alzheimer y el nivel de afectación comportamental de los individuos con respecto a los ítems contemplados en el inventario de comportamiento frontal se ilustraran en las siguientes tablas.

APENDICE 1 Relación entre sexo y la severidad de los síntomas conductuales.

| SEXO * APATIA | APATIA | | | Total | % |
|---------------------|----------------|----------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | MODERADO | SEVERO | | |
| SEXO MUJER | 0 | 4 | 8 | 12 | 70.5% |
| HOMBRE | 1 | 1 | 3 | 5 | 29.5% |
| Total | 1 | 5 | 11 | 17 | |
| SEXO * AESPONTA | AESPONTANEIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 1 | 1 | 2 | 8 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| Total | 2 | 2 | 4 | 9 | 17 |
| SEXO * INDIFERENCIA | INDIFERENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 3 | 2 | 2 | 5 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| Total | 4 | 3 | 4 | 6 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEXO * INFLEXIBILIDAD | INFLEXIBILIDAD | | | | Total |
|-----------------------------------|------------------------|-------------|-----------------|---------------|--------------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 1 | 0 | 4 | 7 | 12 |
| HOMBRE | 0 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Total | 1 | 1 | 5 | 10 | 17 |
| SEXO * CONCRETISMO | CONCRETISMO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 2 | 1 | 3 | 6 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| Total | 4 | 3 | 3 | 7 | 17 |
| SEXO * NEGLIGENCIA | NEGLIGENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 5 | 0 | 4 | 3 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 |
| Total | 7 | 1 | 4 | 5 | 17 |
| SEXO * DESORGANIZACION | DESORGANIZACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 0 | 6 | 1 | 5 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| Total | 1 | 7 | 2 | 7 | 17 |
| SEXO * INATENCION | INATENCION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 1 | 1 | 5 | 5 | 12 |
| HOMBRE | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| Total | 1 | 1 | 10 | 5 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEXO * PINSIGHT | PINSIGHT | | | | Total |
|----------------------|----------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 3 | 1 | 3 | 5 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 0 | 1 | 3 | 5 |
| Total | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| SEXO * LOGOPENIA | LOGOPENIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 2 | 3 | 1 | 6 | 12 |
| HOMBRE | 0 | 1 | 4 | 0 | 5 |
| Total | 2 | 4 | 5 | 6 | 17 |
| SEXO * APRAXIA | APRAXIA VERBAL | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 7 | 3 | 1 | 1 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| Total | 8 | 5 | 3 | 1 | 17 |
| SEXO * PERSEVERACION | PERSEVERACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 3 | 1 | 1 | 7 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| Total | 4 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| SEXO * IRRITABILIDAD | IRRITABILIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 3 | 3 | 2 | 4 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| Total | 4 | 5 | 2 | 6 | 17 |
| SEXO * JOCOSIDAD | JOCOSIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | |
|----------------------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| SEXO MUJER | 9 | 0 | 1 | 2 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 |
| Total | 11 | 1 | 1 | 4 | 17 |
| SEXO * JUICIO | JUICIO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 6 | 1 | 2 | 3 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 |
| Total | 8 | 2 | 2 | 5 | 17 |
| SEXO * INAPROPIEDAD | INAPROPIEDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 7 | 1 | 1 | 3 | 12 |
| HOMBRE | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| Total | 8 | 3 | 1 | 5 | 17 |
| SEXO * IMPULSIVIDAD | IMPULSIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 5 | 2 | 1 | 4 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 0 | 1 | 2 | 5 |
| Total | 7 | 2 | 2 | 6 | 17 |
| SEXO * INQUIETUD | INQUIETUD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 6 | 2 | 2 | 2 | 12 |
| HOMBRE | 0 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Total | 6 | 4 | 4 | 3 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEXO * AGRESIVIDAD | AGRESIVIDAD | | | | Total |
|---|------------------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 6 | 2 | 0 | 4 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| Total | 8 | 4 | 0 | 5 | 17 |
| SEXO * HIPERORALIDAD | HIPERORALIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 7 | 0 | 3 | 0 | 12 |
| HOMBRE | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Total | 11 | 2 | 0 | 0 | 17 |
| SEXO * HIPERSEXUALIDAD | HIPERSEXUALIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 11 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| HOMBRE | 3 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| Total | 14 | 1 | 1 | 1 | 17 |
| SEXO * COMPORTAMIENTO DE UTILIZACION | UTILIZACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 7 | 3 | 2 | 0 | 12 |
| HOMBRE | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| Total | 10 | 4 | 2 | 1 | 17 |
| SEXO * INCONTINECIA | INCONTINECIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 7 | 1 | 1 | 3 | 12 |
| HOMBRE | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| Total | 9 | 3 | 2 | 3 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEXO * MANO EXTRAÑA | MANO EXTRAÑA | | | | Total |
|---------------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEXO MUJER | 11 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| HOMBRE | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |

APENDICE 2. Relación variable nivel de escolaridad y severidad de cada síntoma conductual

| ESCOLARIDAD * APATIA | | APATIA | | | | Total |
|----------------------------|---------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 0 | 0 | 0 | 5 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total | | 1 | 0 | 5 | 1 | 17 |
| ESCOLARIDAD * AESPONTA | | AESPONTA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 1 | 2 | 1 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Total | | 2 | 2 | 4 | 9 | 17 |
| ESCOLARIDAD * INDIFERENCIA | | INDIFERENCIA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 2 | 1 | 2 | 3 | 8 |
| | SECUNDARIA | 1 | 2 | 0 | 3 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| Total | | 4 | 3 | 4 | 6 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| ESCOLARIDAD * INFLEXIBILIDAD | | INFLEXIBILIDAD | | | | Total |
|----------------------------------|---------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 1 | 0 | 2 | 5 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 0 | 2 | 4 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | Total | 1 | 1 | 5 | 10 | 17 |
| ESCOLARIDAD * CONCRETISMO | | CONCRETISMO | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 3 | 0 | 1 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | Total | 4 | 3 | 3 | 7 | 17 |
| ESCOLARIDAD * NEGLIGENCIA | | NEGLIGENCIA | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 2 | 0 | 3 | 3 | 8 |
| | SECUNDARIA | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| | Total | 7 | 1 | 4 | 5 | 17 |
| ESCOLARIDAD * DESORGANIZACION | | DESORGANIZACION | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 0 | 2 | 1 | 5 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 5 | 1 | 0 | 6 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|-------------|------|----------|--------|-------|
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Total | | 1 | 7 | 2 | 7 | 17 |
| ESCOLARIDAD * INATENCION | | INATENCION | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 0 | 0 | 4 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | Total | 1 | 1 | 10 | 5 | 17 |
| ESCOLARIDAD * PINSIGHT | | PINSIGHT | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 3 | 0 | 1 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| | Total | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| ESCOLARIDAD * LOGOPENIA | | LOGOPENIA | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 0 | 2 | 2 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | Total | 2 | 4 | 5 | 6 | 17 |
| ESCOLARIDAD * APRAXIA | | APRAXIA | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 2 | 3 | 2 | 1 | 8 |
| | SECUNDARIA | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------|------|----------|--------|-------|
| Total | UNIVERSITARIA | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| | | 8 | 5 | 3 | 1 | 17 |
| ESCOLARIDAD * PERSEVERACION | | PERSEVERACION | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 2 | 1 | 0 | 5 | 8 |
| | SECUNDARIA | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Total | | 4 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| ESCOLARIDAD * IRRITABILIDAD | | IRRITABILIDAD | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 1 | 3 | 2 | 2 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Total | | 4 | 5 | 2 | 6 | 17 |
| ESCOLARIDAD * JOCOSIDAD | | JOCOSIDAD | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 5 | 0 | 1 | 2 | 8 |
| | SECUNDARIA | 4 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 11 | 1 | 1 | 4 | 17 |
| ESCOLARIDAD * JUICIO | | JUICIO | | | | Total |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
|-----------------------------------|---------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 2 | 0 | 2 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 4 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | Total | 8 | 2 | 2 | 5 | 17 |
| ESCOLARIDAD * INAPROPIEDAD | | INAPROPIEDAD | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 3 | 1 | 0 | 4 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | Total | 8 | 3 | 1 | 5 | 17 |
| ESCOLARIDAD * IMPULSIVIDAD | | IMPULSIVIDAD | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 3 | 1 | 1 | 3 | 8 |
| | SECUNDARIA | 2 | 1 | 0 | 3 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| | Total | 7 | 2 | 2 | 6 | 17 |
| ESCOLARIDAD * INQUIETUD | | INQUIETUD | | | | Total |
| | | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDA D | PRIMARIA | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| | Total | 6 | 4 | 4 | 3 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| ESCOLARIDAD * AGRESIVIDAD | | AGRESIVIDAD | | | | Total |
|---------------------------|---------------|-------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| D | PRIMARIA | 3 | 2 | 0 | 3 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 1 | 0 | 2 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 8 | 4 | 0 | 5 | 17 |

| ESCOLARIDAD * HIPERORALIDAD | | HIPERORALIDAD | | | | Total |
|-----------------------------|---------------|---------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| D | PRIMARIA | 6 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 1 | 0 | 2 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Total | | 11 | 2 | 0 | 4 | 17 |

| ESCOLARIDAD * HIPERSEXUALIDAD | | HIPERSEXUALIDAD | | | | Total |
|-------------------------------|---------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| D | PRIMARIA | 7 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| | SECUNDARIA | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Total | | 14 | 1 | 1 | 1 | 17 |

| ESCOLARIDAD * COMPORTAMIENTO DE UTILIZACION | | CUTIIZACION | | | | Total |
|---|---------------|-------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| D | PRIMARIA | 4 | 3 | 1 | 0 | 8 |
| | SECUNDARIA | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| ESCOLARIDAD * APATIA | | APATIA | | | | Total |
|----------------------------|---------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 0 | 0 | 0 | 5 | 8 |
| | SECUNDARIA | 0 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total | | 10 | 4 | 2 | 1 | 17 |
| ESCOLARIDAD * INCONTINECIA | | INCONTINECIA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 |
| | SECUNDARIA | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Total | | 9 | 3 | 2 | 3 | 17 |
| ESCOLARIDAD * MANOEXTRÑA | | MANOEXTRÑA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESCOLARIDAD | PRIMARIA | 6 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| | SECUNDARIA | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | UNIVERSITARIA | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |

APENDICE 3. Relación de estadio de la enfermedad con severidad de cada síntoma conductual

| ESTADIO * APATIA | APATIA | | | | Total |
|------------------|---------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 0 | 0 | | 2 | 4 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | | |
|---------------------------------|----------|----------------|------|----------|--------|-------|
| | MODERADO | 1 | 0 | 2 | 3 | 4 |
| | SEVERO | 0 | 0 | 0 | 6 | 9 |
| | Total | 1 | 0 | 5 | 3 | 17 |
| ESTADIO * AESPONTANEIDAD | | AESPONTA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| | MODERADO | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | SEVERO | 0 | 2 | 2 | 5 | 9 |
| | Total | 2 | 2 | 4 | 9 | 17 |
| ESTADIO * INDIFERENCIA | | INDIFERENCIA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | MODERADO | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | SEVERO | 1 | 1 | 4 | 3 | 9 |
| | Total | 4 | 3 | 4 | 6 | 17 |
| ESTADIO * INFLEXIBILIDAD | | INFLEXIBILIDAD | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | MODERADO | 0 | 1 | 0 | 3 | 4 |
| | SEVERO | 1 | 0 | 2 | 6 | 9 |
| | Total | 1 | 1 | 5 | 10 | 17 |
| ESTADIO * CONCRETISMO | | CONCRETISMO | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | MODERADO | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | SEVERO | 3 | 1 | 0 | 5 | 9 |
| Total | | 4 | 3 | 3 | 7 | 17 |
| ESTADIO * NEGLIGENCIA | | NEGLIGENCIA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| | MODERADO | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| | SEVERO | 2 | 1 | 2 | 4 | 9 |
| Total | | 7 | 1 | 4 | 5 | 17 |
| ESTADIO * DESORGANIZACION | | DESORGANIZACION | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | MODERADO | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | SEVERO | 0 | 1 | 2 | 6 | 9 |
| Total | | 1 | 7 | 2 | 7 | 17 |
| ESTADIO * INATENCION | | INATENCION | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| | MODERADO | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | SEVERO | 0 | 0 | 5 | 4 | 9 |
| Total | | 1 | 1 | 10 | 5 | 17 |
| ESTADIO * PINSIGHT | | PINSIGHT | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO | LEVE | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | MODERADO | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | SEVERO | 2 | 0 | 1 | 6 | 9 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| ESTADIO * APATIA | APATIA | | | | Total |
|-------------------------|---------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 0 | 0 | | 2 | 4 |
| MODERADO | 1 | 0 | 2 | 3 | 4 |
| SEVERO | 0 | 0 | 0 | 6 | 9 |
| Total | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| ESTADIO * LOGOPENIA | LOGOPENIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| MODERADO | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| SEVERO | 0 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| Tota | 2 | 4 | 5 | 6 | 17 |
| ESTADIO * APRAXIA | APRAXIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 2 | 3 | 3 | 1 | 9 |
| Total | 8 | 5 | 3 | 1 | 17 |
| ESTADIO * PERSEVERACION | PERSEVERACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| SEVERO | 0 | 2 | 1 | 6 | 9 |
| Total | 4 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| ESTADIO * | IRRITABILIDAD | | | | Total |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| IRRITABILIDAD | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
|-------------------------------------|---------------------|------|----------|--------|-------|
| ESTADIO LEVE | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| MODERADO | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| SEVERO | 2 | 3 | 0 | 4 | 9 |
| Total | 4 | 5 | 2 | 6 | 17 |
| ESTADIO * JOCOSIDAD | JOCOSIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| SEVERO | 4 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| Total | 11 | 1 | 1 | 4 | 17 |
| ESTADIO * JUICIO EMPOBRECIDO | JUICIO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| SEVERO | 3 | 1 | 1 | 4 | 9 |
| Total | 8 | 2 | 2 | 5 | 17 |
| ESTADIO * INAPROPIEDAD | INAPROPIEDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| SEVERO | 3 | 2 | 0 | 4 | 9 |
| Total | 8 | 3 | 1 | 5 | 17 |
| ESTADIO * | IMPULSIVIDAD | | | | Total |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| IMPULSIVIDAD | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
|--------------------------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| MODERADO | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| SEVERO | 3 | 1 | 2 | 3 | 9 |
| Total | 7 | 2 | 2 | 6 | 17 |
| ESTADIO * INQUIETUD | INQUIETUD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| MODERADO | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 2 | 1 | 3 | 3 | 9 |
| Total | 6 | 4 | 4 | 3 | 17 |
| ESTADIO * AGRESIVIDAD | AGRESIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| SEVERO | 3 | 3 | 0 | 3 | 9 |
| Total | 8 | 4 | 0 | 5 | 17 |
| ESTADIO * HIPERORALIDAD | HIPERORALIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| MODERADO | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 6 | 0 | 0 | 3 | 9 |
| Total | 11 | 2 | 0 | 4 | 17 |
| ESTADIO * | HIPERSEXUALIDAD | | | | Total |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| HIPERSEXUALIDAD | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
|-----------------------------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| ESTADIO LEVE | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| SEVERO | 7 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| Total | 14 | 1 | 1 | 1 | 17 |
| ESTADIO * CUTIIZACION | CUTIIZACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 6 | 2 | 0 | 1 | 9 |
| Total | 10 | 4 | 2 | 1 | 17 |
| ESTADIO * INCONTINECIA | INCONTINECIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| MODERADO | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| Total | 9 | 3 | 2 | 3 | 17 |
| ESTADIO * MANO EXTRAÑA | MANOEXTRNA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| ESTADIO LEVE | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| MODERADO | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| SEVERO | 7 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| Total | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |

APENDICE 4 Relación entre la edad y la severidad de los síntomas conductuales

| EDAD * APATIA | APATIA | | | | Total |
|-----------------------|----------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 0 | | 3 | 7 | 10 |
| 81-90 | 1 | | 1 | 4 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | | 1 | 0 | 1 |
| Total | 1 | | 5 | 11 | 17 |
| EDAD * AESPONTA | AESPONTA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 1 | 1 | 2 | 6 | 10 |
| 81-90 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 2 | 2 | 4 | 9 | 17 |
| EDAD * INDIFERENCIA | INDIFERENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 2 | 2 | 2 | 4 | 10 |
| 81-90 | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 4 | 3 | 4 | 6 | 17 |
| EDAD * INFLEXIBILIDAD | INFLEXIBILIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 1 | 0 | 3 | 6 | 10 |
| 81-90 | 0 | 1 | 2 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 1 | 1 | 5 | 10 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * CONCRETISMO | CONCRETISMO | | | | Total |
|---------------------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 2 | 1 | 3 | 4 | 10 |
| 81-90 | 2 | 2 | 0 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 4 | 3 | 3 | 7 | 17 |
| EDAD * NEGLIGENCIA | NEGLIGENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 4 | 0 | 3 | 3 | 10 |
| 81-90 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 7 | 1 | 4 | 5 | 17 |
| EDAD * DESORGANIZACION | DESORGANIZACION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 0 | 6 | 0 | 4 | 10 |
| 81-90 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 7 | 2 | 7 | 17 |
| EDAD * INATENCION | INATENCION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 1 | 1 | 5 | 3 | 10 |
| 81-90 | 0 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * APATIA | APATIA | | | | Total |
|------------------|-----------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 0 | | 3 | 7 | 10 |
| 81-90 | 1 | | 1 | 4 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | | 1 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 1 | 10 | 5 | 17 |
| EDAD * PINSIGHT | PINSIGHT | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 2 | 1 | 3 | 4 | 10 |
| 81-90 | 2 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| EDAD * LOGOPENIA | LOGOPENIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 2 | 3 | 1 | 4 | 10 |
| 81-90 | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 2 | 4 | 5 | 6 | 17 |
| EDAD * APRAXIA | APRAXIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 7 | 2 | 0 | 1 | 10 |
| 81-90 | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 5 | 3 | 1 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * PERSEVERACION | PERSEVERACION | | | | Total |
|-------------------------|---------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 3 | 0 | 1 | 6 | 10 |
| 81-90 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| EDAD * IRRITABILIDAD | IRRITABILIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 |
| 81-90 | 0 | 3 | 0 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 5 | 2 | 6 | 17 |
| EDAD * JOCOSIDAD | JOCOSIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 8 | 0 | 0 | 2 | 10 |
| 81-90 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 11 | 1 | 1 | 4 | 17 |
| EDAD * JUICIO | JUICIO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 6 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 81-90 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 2 | 2 | 5 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * INAPROPIEDAD | INAPROPIEDAD | | | | Total |
|------------------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 6 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 81-90 | 2 | 1 | 0 | 3 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 3 | 1 | 5 | 17 |
| EDAD * IMPULSIVIDAD | IMPULSIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 5 | 1 | 0 | 4 | 10 |
| 81-90 | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 7 | 2 | 2 | 6 | 17 |
| EDAD * INQUIETUD | INQUIETUD | | | | Total |
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 6 | 2 | 1 | 1 | 10 |
| 81-90 | 0 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 6 | 4 | 4 | 3 | 17 |
| EDAD * AGRESIVIDAD | AGRESIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 6 | 1 | 0 | 3 | 10 |
| 81-90 | 2 | 2 | 0 | 2 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 4 | 0 | 5 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * HIPERORALIDAD | HIPERORALIDAD | | | | Total |
|---------------------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 5 | 2 | 0 | 3 | 10 |
| 81-90 | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 11 | 2 | 0 | 4 | 17 |
| EDAD * HIPERSEXUALIDAD | HIPERSEXUALIDAD | | | | Total |
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 9 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| 81-90 | 4 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 14 | 1 | 1 | 1 | 17 |
| EDAD * CUTIIZACION | CUTIIZACION | | | | Total |
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 5 | 3 | 2 | 0 | 10 |
| 81-90 | 4 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 10 | 4 | 2 | 1 | 17 |
| EDAD * INCONTINECIA | INCONTINECIA | | | | Total |
| | NINGUN O | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 7 | 1 | 0 | 2 | 10 |
| 81-90 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| EDAD * APATIA | APATIA | | | | Total |
|---------------|---------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 0 | | 3 | 7 | 10 |
| 81-90 | 1 | | 1 | 4 | 6 |
| 90 O MAS | 0 | | 1 | 0 | 1 |
| Total | 9 | 3 | 2 | 3 | 17 |

| EDAD * MANO EXTRAÑA | MANOEXTRÑA | | | | Total |
|---------------------|------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| EDAD 70-80 | 9 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| 81-90 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| 90 O MAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |

APENDICE 5 . De relación entre nivel de afectación de los individuos frente a la severidad de los síntomas comportamentales.

| SEVERIDAD * APATIA | APATIA | | | | Total |
|--------------------|---------|---|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 |
| MODERADA | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 1 | 0 | 5 | 5 | 17 |

| SEVERIDAD * AESPONTANEIDAD | AESPONTA | | | | Total |
|----------------------------|----------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| MODERADA | 0 | 1 | 3 | 6 | 10 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|------|----------|--------|-------|
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 2 | 2 | 4 | 9 | 17 |
| SEVERIDAD * INDIFERENCIA | INDIFERENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| MODERADA | 1 | 2 | 3 | 4 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 4 | 3 | 4 | 6 | 17 |
| SEVERIDAD * INFLEXIBILIDAD | INFLEXIBILIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| MODERADA | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 1 | 1 | 5 | 10 | 17 |
| SEVERIDAD * CONCRETISMO | CONCRETISMO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 2 | 1 | 2 | 0 | 5 |
| MODERADA | 2 | 2 | 1 | 5 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 4 | 3 | 3 | 7 | 17 |
| SEVERIDAD * NEGLIGENCIA | NEGLIGENCIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| MODERADA | 3 | 1 | 2 | 4 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 7 | 1 | 4 | 5 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEVERIDAD * DESORGANIZACION | DESORGANIZACION | | | | Total |
|--|------------------------|-------------|-----------------|---------------|--------------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 1 | 3 | 0 | 1 | 5 |
| MODERADA | 0 | 4 | 1 | 5 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 1 | 7 | 2 | 7 | 17 |
| SEVERIDAD * INATENCION | INATENCION | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 1 | 1 | 3 | 0 | 5 |
| MODERADA | 0 | 0 | 7 | 3 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 1 | 1 | 10 | 5 | 17 |
| SEVERIDAD * PINSIGHT | PINSIGHT | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| MODERADA | 1 | 0 | 3 | 6 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| SEVERIDAD * LOGOPENIA | LOGOPENIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| MODERADA | 1 | 2 | 3 | 4 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEVERIDAD * APATIA | | APATIA | | | | Total |
|---------------------------|----------|---------------|------|----------|--------|-------|
| | | NINGUNO | | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD | LEVE | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 |
| | MODERADA | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 |
| | SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | | 2 | 4 | 5 | 6 | 17 |
| SEVERIDAD * APRAXIA | | APRAXIA | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD | LEVE | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| | MODERADA | 5 | 3 | 2 | 0 | 10 |
| | SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | | 8 | 5 | 3 | 1 | 17 |
| SEVERIDAD * PERSEVERACION | | PERSEVERACION | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD | LEVE | 2 | 0 | 1 | 2 | 5 |
| | MODERADA | 2 | 2 | 1 | 5 | 10 |
| | SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | | 4 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| SEVERIDAD * IRRITABILIDAD | | IRRITABILIDAD | | | | Total |
| | | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD | LEVE | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| | MODERADA | 1 | 3 | 1 | 5 | 10 |
| | SEVERA | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Total | | 4 | 5 | 2 | 6 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEVERIDAD * JOCOSIDAD | JOCOSIDAD | | | | Total |
|--------------------------|--------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 6 | 1 | 0 | 3 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 11 | 1 | 1 | 4 | 17 |
| SEVERIDAD * JUICIO | JUICIO | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 4 | 1 | 1 | 4 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 8 | 2 | 2 | 5 | 17 |
| SEVERIDAD * INAPROPIEDAD | INAPROPIEDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| MODERADA | 4 | 3 | 0 | 3 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 8 | 3 | 1 | 5 | 17 |
| SEVERIDAD * IMPULSIVIDAD | IMPULSIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 3 | 1 | 1 | 5 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 7 | 2 | 2 | 6 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEVERIDAD * INQUIETUD | INQUIETUD | | | | Total |
|-----------------------------|-----------------|------|----------|--------|-------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 6 | 4 | 4 | 3 | 17 |
| SEVERIDAD * AGRESIVIDAD | AGRESIVIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 3 | 4 | 0 | 3 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 8 | 4 | 0 | 5 | 17 |
| SEVERIDAD * HIPERORALIDAD | HIPERORALIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 5 | 2 | 0 | 3 | 10 |
| SEVERA | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 11 | 2 | 0 | 4 | 17 |
| SEVERIDAD * HIPERSEXUALIDAD | HIPERSEXUALIDAD | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| MODERADA | 9 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| SEVERA | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 14 | 1 | 1 | 1 | 17 |

Alteraciones comportamentales frontales en la enfermedad de Alzheimer

| SEVERIDAD * CUTIIZACION | CUTIIZACION | | | | Total |
|-------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|---------------|--------------|
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 6 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| SEVERA | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 10 | 4 | 2 | 1 | 17 |
| SEVERIDAD * INCONTINECIA | INCONTINECIA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 5 | 2 | 1 | 2 | 10 |
| SEVERA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 9 | 3 | 2 | 3 | 17 |
| SEVERIDAD * MANO EXTRAÑA | MANOEXTRÑA | | | | Total |
| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | |
| SEVERIDAD LEVE | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| MODERADA | 9 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| SEVERA | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |

BOGOTAD.C. MARZO 31 DE 2011

SEÑORA

NILSA ELENA AMAYA

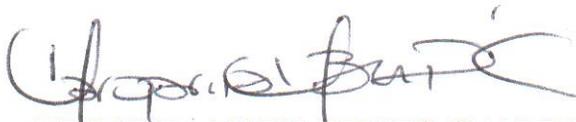
ESTUDIANTE MAESTRIA NEUROPSICOLOGIA CLINICA

UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA

CIUDAD

Dando respuesta a su solicitud para la elaboración de la tesis de la maestría en Neuropsicología Clínica sobre Alteraciones comportamentales en la Enfermedad de Alzheimer, en pacientes de la Fundación ACTIVAR, autorizo el acceso a información de los pacientes evaluados por la fundación durante el periodo de tiempo comprendido del 2009 a marzo de 2011.

Cordialmente.



MARGARITA MARIA BENITO CUADRADO

DIRECTORA DE LA FUNDACION ACTIVAR