



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
Departamento de Psicología y Antropología

**TESIS DOCTORAL**

RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO  
EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

**Doctorando:** Charles Ysaacc da Silva Rodrigues

**Directores:** Doctor. D. Florencio Vicente Castro

Badajoz, 2013





**TESIS DOCTORAL**

RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO

EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trabajo de investigación presentado por D. Charles Ysaacc da Silva Rodrigues y dirigido por el Doctor D. Florencio Vicente Castro, Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura, Badajoz.

Visto Bueno para su defensa.

El Director del trabajo

Fdo. Doctor D. Florencio Vicente Castro,





UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
Departamento de Psicología y Antropología  
BADAJOZ

**FLORENCIO VICENTE CASTRO,**

Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura

**CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de investigación titulado “RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER”, constituye el trabajo de investigación, original y inédito que presenta D. Charles Ysaacc da Silva Rodrigues para optar a la consecución del Grado de Doctor.

Para que conste

Badajoz, 2013



“El alma nace vieja, pero se vuelve joven:  
ésta es la comedia de la vida.  
El cuerpo nace joven y se vuelve viejo:  
ésa es la tragedia de la vida”.

Oscar Wilde





## **Agradecimientos**

Todos los agradecimientos serán pocos para el esfuerzo, ayuda y dedicación que directa o indirectamente muchas personas han puesto de su parte para que este trabajo pudiera ser una realidad. En primer lugar, cabe agradecer los momentos únicos que a este país ha proporcionado a mi y a mi familia, y agradecer la amistad y el cariño que hemos sentido en la Comunidad Autónoma de Extremadura, desde el día en que llegamos.

Cabe agradecer a la Universidad de Extremadura, en Badajoz, a través de la Facultad de Educación, departamento de Psicología y Antropología, y al director de esta Tesis Doctoral, Doctor D. Florencio Vicente Castro, Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura por su empeño, dedicación y amistad.

No puede faltar también mi agradecimiento a la Cruz Roja Española de Extremadura, en Badajoz por haber confiado su apoyo y su disponibilidad para que se pudiera realizar este trabajo con las condiciones ideales, proporcionando a la investigación la posibilidad de ir más allá de una labor académica. Agradecer el empeño, dedicación, la gran amistad y el compañerismo de la directora de prácticas Doña Marta Gruart Vila, Psicóloga/Neuropsicóloga del Centro de Alzheimer en Badajoz Cruz Roja Española, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, , así como a los Centros de Día que contribuyeron para el estudio, a sus auxiliares, terapeutas, DUE's y responsables por el apoyo, comprensión y por la dedicación de este año que trabajamos en conjunto.

Agradecer a los que realmente han hecho posible esta investigación, es decir, a todos los mayores que participaron en el estudio, a sus cuidadores y familiares que nos

proporcionaron con dedicación lo necesario para que se intente dar un paso más en la investigación de la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer y así, dejar esperanza a aquellos que la necesiten en el futuro.

Cabe todavía, agradecer a mis padres por la confianza que depositan en mi y en mi trabajo, agradecer a mi hermano y a mi hija por el cariño y apoyo incondicional que siempre me han dado y agradecer a Paula, por el cariño, amor, sinceridad y complicidad que ha mantenido conmigo desde el primer momento en que nos conocimos, y por la paciencia con que me apoya en los momentos más difíciles. Agradecer a mis amigos y a todos aquellos que me han dado soporte en estos difíciles 3 años de investigación.

Finalmente, quería dedicar este trabajo a mi abuela que fue una enferma de Alzheimer y que mientras mantuvo su consciencia nos hizo creer que podemos ser siempre personas mejores, y dedicarlo a todos los que lamentablemente ya no están entre nosotros para poder apoyarme, con el cariño y amor que siempre lo hicieron.

## Índice

Resumen.....	I
Abstract.....	IV
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I</b>	
El envejecimiento normal.....	11
1.1. Cuidados de salud para un envejecimiento normal.....	11
1.2. La actividad física.....	13
1.3. El deterioro de la memoria.....	15
1.4. Alteraciones de la personalidad.....	17
1.5. Envejecimiento normal en España.....	22
1.6. Envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura.....	27
1.7. Centros de Día de la Cruz Roja en Extremadura.....	28
1.7.1. Centros de Día en Extremadura.....	31
1.7.2. Características de los Centros.....	31
1.7.3. Principios Fundamentales de los Centros.....	32
1.7.4. Objetivos de los Centros.....	33
1.7.5. Equipos Multidisciplinares.....	36
<b>Capítulo II</b>	
La Demencia.....	41
2.1. El concepto de la demencia y sus principales alteraciones.....	41
2.1.1. Las Apraxias.....	43
2.1.2. De la Agnosia a la Agnosia Visual.....	47
2.1.3. De la Agnosia Visual a la Prosopagnosia.....	50

2.1.4. Agnosia, Prosopagnosia o Consciencia Visual.....	52
2.2. Criterios etiológicos de la demencia.....	57
2.3. Factores de riesgo en la demencia.....	59
2.3.1. Factores de riesgo no modificables.....	60
2.3.2. Factores de riesgo potencialmente modificables.....	60
2.3.3. Factores de riesgo modificables.....	62
2.4. Alteraciones cognitivas en la demencia.....	64
2.4.1. Deterioro cognitivo leve.....	65
2.4.2. Deterioro cognitivo moderado.....	65
2.4.3. Deterioro cognitivo grave.....	66
2.5. Alteraciones conductuales y psicológicas en la demencia.....	66
2.6. Alteraciones de la personalidad.....	68
2.7. Tratamiento farmacológico de las demencias.....	71
2.8. Tratamiento no farmacológico de las demencias.....	73
2.9. La dependencia progresiva en las demencias.....	74
2.10. La influencia de los estudios sobre la Demencia en el Mundo.....	76
2.11. Los estudios y los datos de la Demencia en Europa.....	81
2.12. Desarrollo y incidencia de la Demencia en España.....	84

### **Capítulo III**

La Enfermedad de Alzheimer.....	90
3.1. La Problemática del Diagnostico.....	90
3.2. Criterios de Diagnostico.....	94
3.3. Alteraciones de las Funciones Ejecutivas y Cognición Global.....	99
3.4. Psicosis y Alteraciones Conductuales.....	103
3.5. Alteraciones de Consciencia y Percepción de la Enfermedad.....	107

3.6. Alteraciones de la personalidad.....	113
3.7. Calidad de Vida de los Enfermos.....	118
3.8. La Importancia de la Estimulación Cognitiva.....	120
3.9. Estimulación Cognitivas y Actividades en la Cruz Roja.....	126
3.9.1. Programa de Estimulación Cognitiva.....	127
3.9.2. Estimulación Cognitiva – Reminiscencia.....	128
3.9.3. Estimulación Cognitiva – Musicoterapia.....	128
3.9.4. Estimulación Cognitiva – Psicomotricidad.....	129
3.9.5. Terapia Ocupacional.....	129
3.9.6. Actividades de la Vida Diaria.....	130
3.9.7. Actividades de Apoyo a los Familiares.....	131
3.9.8. Otras Actividades.....	133
3.10. Terapéutica farmacológica.....	135

#### **Capítulo IV**

La Personalidad.....	140
4.1. La Relación interpersonal y autodefinición.....	140
4.2. Los Rasgos de Personalidad y el Diagnostico.....	145
4.2.1. Estabilidad y Cambios del Cuadro Clínico.....	149
4.2.2. Estabilidad y Cambios en los dominios de los Cinco Factores...152	
4.3. El Modelos de los Cinco Factores de Personalidad.....	156
4.3.1. La Taxonomía de los Cinco Factores de Personalidad.....	159
4.4. Revisión del Inventario de Personalidad – NEO.....	161
4.4.1. Aspectos Generales del Inventario.....	166
4.4.2. El NEO-FFI, Versión Corta y Validación Española.....	170
4.5. Los Cinco Factores de Personalidad y las Demencias.....	173

4.6. Los Cinco Factores de Personalidad y el Alzheimer.....	176
---	-----

## **Capítulo V**

Metodología.....	184
5.1. Problema general.....	184
5.1.1. Hipótesis .....	185
5.1.2. Objetivos.....	186
5.2. Método.....	188
5.2.1. Muestra.....	188
5.2.2. Instrumentos.....	191
5.2.3. Procedimiento.....	203

## **Capítulo VI**

Análisis general para los valores cognitivos y de personalidad.....	207
6.1. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC.....	208
6.1.1. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día.....	208
6.1.2. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC con frecuencia de centro de día.....	210
6.1.3. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC sin frecuencia de centro de día.....	212
6.1.4. Análisis de grupo con frecuencia en centro de día y con enfermedad de Alzheimer, por genero .....	215
6.1.5. Análisis de grupo sin frecuencia en centro de día y con enfermedad de Alzheimer, por genero.....	217
6.1.6. Análisis de grupo con frecuencia en centro de día y sin enfermedad de Alzheimer, por genero.....	219

6.1.7. Análisis de grupo sin frecuencia en centro de día y sin enfermedad de Alzheimer, por genero.....	222
6.2. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC.....	224
6.2.1. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día.....	225
6.2.2. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con frecuencia de Centro de Día.....	226
6.2.3. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, sin frecuencia de Centro de Día.....	228
6.2.4. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, por genero.....	230
6.3. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental), entre GE y GC.....	232
6.3.1. Análisis de las medidas de personalidad (NEO-FFI), entre GE y GC.....	233
6.3.2. Análisis de las correlaciones entre medidas de personalidad (NEO-FFI) y medidas cognitivas (Mini Mental) entre GE y GC.....	234
6.3.3. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI) entre Ge y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día.....	235
6.3.4. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI), por genero.....	237
6.3.5. Análisis de otras medidas, entre GE y GC.....	239

## **Capítulo VII**

Discusión.....	242
7.1. Conclusiones.....	252
7.2. Limitaciones y sugerencias.....	254

<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	256
<b>Anexos</b> .....	325



## Índice de Cuadros

<i>Cuadro 2.1 - Las apraxias por característica clínica y neuroanatómica de Marsden, C. D. (2007). The Apraxia's are Higher-Order Defects of Sensorimotor Integration. Chichester (UK): John Wiley &amp; Sons, Ltd.....</i>	<i>43</i>
<i>Cuadro 2.2 - Las agnosias por característica clínica y neuroanatómica de Gil, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Masson S.A.....</i>	<i>47</i>
<i>Cuadro 2.3 - Las Afasias por limitaciones, cuadro clínico y región acometida de: Delgarrondo, P. (2000). Psicopatología e semiología dos trastornos. São Paulo: Artmed Editora S. A. - p.p. 145 - Adaptado de Cummings &amp; Trimble, 1995. Columna del Cuadro Clínico Asociado: Kandel, E. R., Schwartz, J. H., &amp; Jessell, T. M. (2003). Princípios da Neurociência. 4ª (ed).Barueri: Manole. Columna de nominación: Habib, M. (2002). Bases Neurológicas do Comportamiento. 1ª Edición. Lisboa: Climpse Editores.....</i>	<i>54</i>
<i>Cuadro 2.4 - Las agrafias por variables psicolingüísticas y tipos de errores de Ortiz, de K. Z. (2005). Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje y cognición. Barueri: Manole p.p. 223 y la digrafía de Boone, D. R., &amp; Plante, E. (1994). Comunicación humana e sus disturbios. 2 (ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.....</i>	<i>55</i>
<i>Cuadro 2.5 - Las dislexias y alexias por características clínicas y neuroanatomicas de Ortiz, K. Z. (2005). Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje y cognición. Barueri: Manole. Dyslexia's: Farah, M.J., Stowe, R.M. &amp; Levinson, K.L. (1996). Phonological dyslexia: Loss of a reading-specific component of the cognitive architecture? Cognitive Neuropsychology, 13, 849-868. Y Alexia's: McCarthy R.</i>	

<i>A., &amp; Warrington, E. (1990). Cognitive neuropsychology. San Diego: Academy Press.....</i>	<i>55</i>
<i>Cuadro 2.6 - Otras perturbaciones del lenguaje y su caracterización de: Costa, M. F. (2005). Diccionario de termos médicos. Porto: Porto Editora.....</i>	<i>56</i>
<i>Cuadro 2.7 - Referente a la población mayor de 60, prevalencia preliminar estimada para la demencia (2010), número estimado de personas con demencia (2010, 2030 y 2050) y incremento proporcional (2010-2030 y 2010-2050) por región mundial GBD (Carga Mundial de Morbilidad), según Alzheimer's Disease International (2009).....</i>	<i>77</i>
<i>Cuadro 2.8 - Estudios efectuados, por regiones, con respecto al tamaño de la población de edad avanzada, según Alzheimer's Disease International (2009).....</i>	<i>79</i>
<i>Cuadro 2.9 - Ejemplo de los más importantes estudios longitudinales hechos en Europa, por fecha, desde 1957 hasta el 2008. Según Brayne, Stephan y Matthews, 2011.....</i>	<i>82</i>
<i>Cuadro 2.10 - Datos sobre la demencia, especificando la Enfermedad de Alzheimer y la demencia Vasculat, por edad y por sexo. Datos recogidos entre 2005 y 2009. Según Ortega et al., 2011.....</i>	<i>87</i>
<i>Cuadro 3.1 - Se refiere a las distintas fases de la demencia tipo Alzheimer por memoria, conducta, lenguaje y comprensión, gestos y movimientos y actividades de la vida diaria, según Selmes y Selmes (1996).....</i>	<i>98</i>
<i>Cuadro 3.2 - Clasificación y descripción de los cinco subtipos de la Enfermedad de Alzheimer, según Mayeux, Stern y Spanton (1995).....</i>	<i>98</i>

<i>Cuadro 4.1 - Taxonomía de los adjetivos para los Cinco Factores de Personalidad a partir del factor bipolar de Norman, 1967 John, Angleitner y Ostendorf, 1988).....</i>	<i>168</i>
<i>Cuadro 4.2 - Descripción y clasificación de los factores y de los adjetivos de la escala y su respectiva descripción general (CGCOP, 2010).....</i>	<i>169</i>
<i>Cuadro 7.1 – Estudios revisados por relación entre personalidad pre-mórbida y alteraciones de comportamiento (Osborne, Simpson y Stokes, 2010) - Retirados de la versión original (Inglesa), donde se excluí las características de la muestra y la información sobre los informantes.....</i>	<i>243</i>
<i>Cuadro 7.2 – Estudios revisados de las características de la personalidad en enfermos de Alzheimer (Wahlin y Byrne, 2011). Retirados de la versión original (Inglesa), donde se excluí las diferencias de género y la información sobre los informantes.....</i>	<i>247</i>

## Índice de Tablas

<i>Tabla 5.1 - Caracterización social de la muestra</i> .....	190
<i>Tabla 5.2 - Caracterización clínica la muestra, por patologías asociadas y por numero de fármacos que toman</i> .....	191
<i>Tabla 5.3 - Instrumentos utilizados: muestra y cuidadores</i> .....	192
<i>Tabla 5.4 - Instrumentos por muestra y cuidadores</i> .....	204
<i>Tabla 6.1 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis general para los valores cognitivos y de personalidad</i> .....	207
<i>Tabla 6.2 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC</i> .....	208
<i>Tabla 6.3 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	210
<i>Tabla 6.4 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC</i> .....	225
<i>Tabla 6.5 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	226
<i>Tabla 6.6 - Medias de las puntuaciones cognitivas entre la 1ª y la 2ª evaluación</i> .....	233
<i>Tabla 6.7 - Medias de la personalidad entre las medidas descritas por los mayores (personalidad Alzheimer) y por los cuidadores (personalidad pre-mórbida)</i> ....	233
<i>Tabla 6.8 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI) entre Ge y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	236

*Tabla 6.9 - Medias de las puntuaciones de otras medidas, entre GE y GC.....240*

## Índice de Cuadros

<i>Cuadro 2.1 - Las apraxias por característica clínica y neuroanatómica de Marsden, C. D. (2007). The Apraxia's are Higher-Order Defects of Sensorimotor Integration. Chichester (UK): John Wiley &amp; Sons, Ltd.....</i>	<i>43</i>
<i>Cuadro 2.2 - Las agnosias por característica clínica y neuroanatómica de Gil, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Masson S.A.....</i>	<i>47</i>
<i>Cuadro 2.3 - Las Afasias por limitaciones, cuadro clínico y región acometida de: Delgarrondo, P. (2000). Psicopatología e semiología dos trastornos. São Paulo: Artmed Editora S. A. - p.p. 145 - Adaptado de Cummings &amp; Trimble, 1995. Columna del Cuadro Clínico Asociado: Kandel, E. R., Schwartz, J. H., &amp; Jessell, T. M. (2003). Princípios da Neurociência. 4ª (ed).Barueri: Manole. Columna de nominación: Habib, M. (2002). Bases Neurológicas do Comportamiento. 1ª Edición. Lisboa: Climpse Editores.....</i>	<i>54</i>
<i>Cuadro 2.4 - Las agrafias por variables psicolingüísticas y tipos de errores de Ortiz, de K. Z. (2005). Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje y cognición. Barueri: Manole p.p. 223 y la digrafía de Boone, D. R., &amp; Plante, E. (1994). Comunicación humana e sus disturbios. 2 (ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.....</i>	<i>55</i>
<i>Cuadro 2.5 - Las dislexias y alexias por características clínicas y neuroanatomicas de Ortiz, K. Z. (2005). Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje y cognición. Barueri: Manole. Dyslexia's: Farah, M.J., Stowe, R.M. &amp; Levinson, K.L. (1996). Phonological dyslexia: Loss of a reading-specific component of the cognitive architecture? Cognitive Neuropsychology, 13, 849-868. Y Alexia's: McCarthy R.</i>	

<i>A., &amp; Warrington, E. (1990). Cognitive neuropsychology. San Diego: Academy Press.....</i>	<i>55</i>
<i>Cuadro 2.6 - Otras perturbaciones del lenguaje y su caracterización de: Costa, M. F. (2005). Diccionario de termos médicos. Porto: Porto Editora.....</i>	<i>56</i>
<i>Cuadro 2.7 - Referente a la población mayor de 60, prevalencia preliminar estimada para la demencia (2010), número estimado de personas con demencia (2010, 2030 y 2050) y incremento proporcional (2010-2030 y 2010-2050) por región mundial GBD (Carga Mundial de Morbilidad), según Alzheimer's Disease International (2009).....</i>	<i>77</i>
<i>Cuadro 2.8 - Estudios efectuados, por regiones, con respecto al tamaño de la población de edad avanzada, según Alzheimer's Disease International (2009).....</i>	<i>79</i>
<i>Cuadro 2.9 - Ejemplo de los más importantes estudios longitudinales hechos en Europa, por fecha, desde 1957 hasta el 2008. Según Brayne, Stephan y Matthews, 2011.....</i>	<i>82</i>
<i>Cuadro 2.10 - Datos sobre la demencia, especificando la Enfermedad de Alzheimer y la demencia Vasculat, por edad y por sexo. Datos recogidos entre 2005 y 2009. Según Ortega et al., 2011.....</i>	<i>87</i>
<i>Cuadro 3.1 - Se refiere a las distintas fases de la demencia tipo Alzheimer por memoria, conducta, lenguaje y comprensión, gestos y movimientos y actividades de la vida diaria, según Selmes y Selmes (1996).....</i>	<i>98</i>
<i>Cuadro 3.2 - Clasificación y descripción de los cinco subtipos de la Enfermedad de Alzheimer, según Mayeux, Stern y Spanton (1995).....</i>	<i>98</i>

<i>Cuadro 4.1 - Taxonomía de los adjetivos para los Cinco Factores de Personalidad a partir del factor bipolar de Norman, 1967 John, Angleitner y Ostendorf, 1988).....</i>	<i>168</i>
<i>Cuadro 4.2 - Descripción y clasificación de los factores y de los adjetivos de la escala y su respectiva descripción general (CGCOP, 2010).....</i>	<i>169</i>
<i>Cuadro 7.1 – Estudios revisados por relación entre personalidad pre-mórbida y alteraciones de comportamiento (Osborne, Simpson y Stokes, 2010) - Retirados de la versión original (Inglesa), donde se excluí las características de la muestra y la información sobre los informantes.....</i>	<i>243</i>
<i>Cuadro 7.2 – Estudios revisados de las características de la personalidad en enfermos de Alzheimer (Wahlin y Byrne, 2011). Retirados de la versión original (Inglesa), donde se excluí las diferencias de género y la información sobre los informantes.....</i>	<i>247</i>



## Índice de Tablas

<i>Tabla 5.1 - Caracterización social de la muestra</i> .....	190
<i>Tabla 5.2 - Caracterización clínica la muestra, por patologías asociadas y por numero de fármacos que toman</i> .....	191
<i>Tabla 5.3 - Instrumentos utilizados: muestra y cuidadores</i> .....	192
<i>Tabla 5.4 - Instrumentos por muestra y cuidadores</i> .....	204
<i>Tabla 6.1 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis general para los valores cognitivos y de personalidad</i> .....	207
<i>Tabla 6.2 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC</i> .....	208
<i>Tabla 6.3 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	210
<i>Tabla 6.4 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC</i> .....	225
<i>Tabla 6.5 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	226
<i>Tabla 6.6 - Medias de las puntuaciones cognitivas entre la 1ª y la 2ª evaluación</i> .....	233
<i>Tabla 6.7 - Medias de la personalidad entre las medidas descritas por los mayores (personalidad Alzheimer) y por los cuidadores (personalidad pre-mórbida)</i> ....	233
<i>Tabla 6.8 - Test de Levene para homogeneidad de variancia de la análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI) entre Ge y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día</i> .....	236

*Tabla 6.9 - Medias de las puntuaciones de otras medidas, entre GE y GC.....240*

## Resumen

**Objetivo:** Encontrar un patrón estable de comportamiento pre-mórbido en los enfermos de Alzheimer, a través de la relación cognición / personalidad, que nos permita predecir las alteraciones posibles de los mayores con predisposición a la enfermedad. De la misma relación, encontrar un patrón estable de comportamiento, que permita describir de forma específica e sistemática la *Personalidad de Alzheimer*. Finalmente, se pretende, a partir de la relación cognición / personalidad, entre mayores con Alzheimer y mayores en fase de envejecimiento normal, proponer una análisis meta-analítica sobre el funcionamiento estructurado de la mente de estos enfermos, con el objetivo de predecir comportamientos y de contribuir para al desarrollo de la rehabilitación cognitiva.

**Diseño y local:** Un estudio experimental y longitudinal que duró un año en las evaluaciones, efectuado en las instalaciones de diversos centros de día de la Cruz Roja Española de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

**Participantes:** La muestra total de 231 mayores residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura (147 mujeres y 84 varones) fue dividida en dos grupos, el Grupo experimental (GE) con 103 usuarios con Alzheimer (71 mujeres y 32 varones) con una edad media de  $M = 82.20$  y el grupo de control (GC) con 128 usuarios en fase de envejecimiento normal (85 mujeres y 43 varones) con una edad media de  $M = 82.59$ . Entre los participantes se encontraban 119 residentes de la provincia de Badajoz (80 mujeres y 39 varones) y 112 residentes de la provincia de Cáceres (76 mujeres y 36 varones).

El grupo GE esta subdividido en 2 subgrupos, el subgrupo de mayores que frecuentan centro de día con 55 participantes (42 mujeres y 13 varones) y el subgrupo de

mayores que no frecuentan centro de día con 48 participantes (29 mujeres y 19 varones). Igualmente GC esta subdividido en 2 subgrupos, el subgrupo de mayores que frecuentan centro de día con 67 participantes (45 mujeres y 22 varones) y el subgrupo de mayores que no frecuentan centro de día con 61 participantes (40 mujeres y 21 varones).

Los participantes de GE y GD que frecuentaban el centro de día fueron escogidos aleatoriamente por los 11 centros de día de la Cruz Roja Española en la Comunidad de Extremadura, y los participantes de GE y GD que no frecuentaban el centro de día fueron escogidos aleatoriamente a través de proyectos de solidaridad social y apoyo a los mayores también de la Cruz Roja Española en la Comunidad de Extremadura.

**Instrumentos de Evaluación:** Fueron aplicados instrumentos debidamente validados para la utilización clínica en la población española. Utilizamos el Mini-Mental State de Folstein (MME), el Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (S-IQCODE), el Memory Impairment Screen (MIS), el Short Portable Mental Status, Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ), el test del Dibujo del Reloj, la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), el inventario de personalidad NEO-FFI, la escala funcional de Barthel, el Inventario de Depresión de Beck y la escala de autoestima de Rosemberg.

**Resultados:** Fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas entre GE y GC para las medidas pre-mórbidas de la personalidad, primera hipótesis, reveladas por la estadística de Pilai,  $V=0.449$ ,  $F(5, 225)=36.606$ ,  $p<0.001$ , en la responsabilidad y S-IQCODE. Esta diferencia se ha encontrado en los mayores de GE con y sin frecuencia a centro de día.

Para la segunda hipótesis entre GE y GC, encontramos diferencias estadísticamente significativas para las medidas de la personalidad de la enfermedad de Alzheimer, a

través de la estadística de Pilai,  $V=0.449$ ,  $F(5, 223)=36,392$ ,  $p<0.001$ , en el neuroticismo, apertura, responsabilidad y extroversión. Los datos apuntaron para una diferencia bastante significativa en la personalidad del Alzheimer para la amabilidad,  $V=0.026$ ,  $F(5, 223)=1,188$ ,  $p>0.05$ .

Para la última hipótesis encontramos 4 valores estadísticamente significativos, a través de la correlación estadística de Pearson. En primer lugar, encontramos una relación positiva entre la memoria inmediata y el neuroticismo,  $r=.257$ ,  $p<.001$ , en segundo, igualmente positiva, la amabilidad,  $r=.184$ ,  $p<.001$  y en tercer lugar una relación negativa con la apertura,  $r=.137$ ,  $p<.05$ . Por fin, encontramos una relación estadísticamente significativa y positiva entre la atención y el neuroticismo.

**Conclusión:** Encontramos un patrón estable del comportamiento pre-mórbido en la relación cognición / personalidad. Los datos estadísticos muestran que la responsabilidad y la cognición, se alteran antes que el mayor presente sus primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Mientras que, cuando enfermo se destaca la alteración de la amabilidad en toda las fases de la enfermedad y los restantes parámetros (neuroticismo, apertura, responsabilidad y extroversión) se alteran conforme el nivel de la enfermedad.

Considerando la misma relación se han encontrado las siguientes relaciones: que las alteraciones de memoria y atención, alteran el estado de neuroticismo y que cognitivamente existe una correlación entre memoria y atención, es decir, que la atención altera la memoria y vice-versa. Cuando se relaciona la memoria y el estado de neuroticismo se alteran la apertura y amabilidad.

Palabras Clave: *Alzheimer, envejecimiento normal, cognición, personalidad, personalidad pre-mórbida.*

## **Abstract**

**Objective:** Find a stable pattern of premorbid behavior in Alzheimer's patients, from a relation between cognition and personality, allowing predict the possible changes of older people with a predisposition to the disease. At the same regard, finding a stable pattern of behavior to be described specifically and systematically Alzheimer Personality.

Finally, it is intended, from the relation between cognition and personality, also between Alzheimer's patients and higher normal aging people, propose a meta-analysis about the mental operations and structures in these patients in order to predict behavior and contribute to the development a new type of cognitive rehabilitation.

**Methodology and location:** An experimental and longitudinal study, that lasted one year, performing evaluations at the day centers facilities of Spanish Red Cross.

**Participants:** The total sampling was 231 elderly residents in Extremadura (147 females and 84 males) were divided into two groups, the Experimental Group (GC) with 103 users with Alzheimer (71 women and 32 men) with an average age of  $M = 82.20$  and the control group (GC) with 128 users under normal aging (85 women and 43 men) with an average age of  $M = 82.59$ . Among the participants were 119 residents of the province of Badajoz (80 women and 39 men) and 112 residents of the province of Cáceres (76 women and 36 men).

The GE group is subdivided into two subgroups, one subgroup of older people that attend the day center, with 55 participants (42 females and 13 males) and the other subgroup of older people who do not attend the day center, with 48 participants (29 women and 19 men). In the same way the GC is also subdivided into 2 subgroups, the subgroup of older people that attend the day center, 67 participants (45 females and

22 males) and the subgroup of older people who do not attend the day center, with 61 participants (40 women and 21 men).

The GE and GC participants who attended the day center were chosen randomly by the 11 day centers of the Spanish Red Cross in the community of Extremadura, and GE and GD participants who did not attend the day center were chosen randomly through social solidarity projects and also support older Spanish Red Cross in the community of Extremadura.

**Assessment Instruments:** The instruments applied was an appropriately validated for clinical use in the Spanish population. We used the Mini-Mental State of Folstein (MME), the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (S-IQCODE), the Memory Impairment Screen (MIS), the Short Portable Mental Status, Pfeiffer Questionnaire (SPMSQ), the test Clock Drawing, the global deterioration scale of Reisberg (GDS), the personality inventory NEO-FFI, Barthel functional scale, Beck Depression Inventory, Beck hopelessness scale and the Rosenberg self-esteem scale.

**Results:** We found statistically significant differences between GE and GC for pre-morbid measures of personality, first hypothesis, the statistics revealed by Pilai,  $V = 0.449$ ,  $F(5, 225) = 36.606$ ,  $p < 0.001$ , in the responsibility and S-IQCODE. This difference was detected in older GE with and without day center frequency.

For the second scenario between GE and GC, we found a statistically significant differences for measures of personality Alzheimer's disease through Pilai statistic,  $V = 0.449$ ,  $F(5, 223) = 36.392$ ,  $p < 0.001$ , in neuroticism, openness, accountability and extroversion. The data indicated that for a rather significant difference in the personality of Alzheimer for kindness,  $V = 0.026$ ,  $F(5, 223) = 1.188$ ,  $p > 0.05$ .

For the last hypothesis were detected 4 statistically significant values, through

Pearson statistics correlation. First, we have find a positive relationship between immediate memory and neuroticism,  $r = .257$ ,  $p < .001$ , second, equally positive, amiability,  $r = .184$ ,  $p < .001$  and thirdly a relationship opening negative,  $r = .137$ ,  $p < .05$ . Finally, we found a statistically significant positive relationship between attention and neuroticism.

**Conclusion:** We found a stable pattern of pre-morbid behavior from the relation about cognition and personality. Statistical data shows that the responsibility and cognition changed before first symptoms of Alzheimer's disease. Meanwhile, when the patient shows changes in amiability stands throughout the disease phases and other parameters (neuroticism opening, responsibility and extroversion) changes with the level of the disease.

Considering the same relation, we found the following relation: changes in memory and attention, have influence in the state of neuroticism so there is a cognitively correlation between memory and attention, we mean, attention changes memory and vice-versa. When memory and neuroticism related, the opening and kindness changes.

*Keywords: Alzheimer's disease, normal aging, cognition, personality, premorbid personality.*



## **INTRODUCCIÓN**

El crecimiento innegable de las demencias, principalmente de la enfermedad de Alzheimer, ha sido la mayor motivación para este trabajo. Un fenómeno causado esencialmente por el aumento de la esperanza de vida y tornado aun más notorio, por la disminución de la natalidad. Así como las instituciones publicas, la comunidad científica esta también, cada vez más atenta a este efecto. Pretendemos así, que este trabajo pueda de alguna forma ayudar a entendimiento de este fenómeno, por lo menos en algunos de sus aspectos.

Pretendemos hacer un análisis, lo más específico posible, de la cognición y sus diferencias entre enfermos de Alzheimer y mayores en proceso de envejecimiento normal, ya que las alteraciones conductuales en esta enfermedad son muy variadas y casi siempre inesperadas. El análisis de la cognición permite entender las razones que pueden llevar a una serie de alteraciones conductuales y consecuentemente emocionales, y de esta forma buscamos una superposición a la personalidad.

La personalidad ha tenido dos grandes posiciones en las investigaciones realizadas sobre el Alzheimer. Una de sus perspectivas es la búsqueda de una personalidad pre-mórbida, que pueda ayudar a encontrar un patrón de personalidad claro de individuos, que podrían desarrollar la enfermedad de Alzheimer y así ayudarles de forma preventiva. La otra perspectiva es encontrar un patrón de personalidad en los propios enfermos de Alzheimer, ayudando principalmente a los cuidadores, pero también a los clínicos a predecir con alguna seguridad las conductas y sus cambios a lo largo de la enfermedad.

A partir de éstos aspectos, la verdadera pregunta que nos planteamos fue: que podemos hacer para ayudar en esta lucha? Una vez que nos parece que un trabajo de este nivel ha de tener una especificidad muy grande sobre el tema que aborda y aun más, una pertinencia evidente en la actualidad.

La investigación psicológica en el Alzheimer, se ha centrado en la personalidad intentando encontrar patrones que lleven a entender qué tipo de personalidad tiene el mayor con predisposición para la enfermedad. Cuando ya existe el Alzheimer, es importante entender los posibles cambios de la personalidad en el recorrido de la enfermedad para que cuidadores y rehabilitadores puedan sacar partido de estos cambios. A nosotros nos ha parecido también importante, intentar entender el funcionamiento mental de estos enfermos por medio de la relación entre cognición/personalidad (Kano & Kanagawa, 2001; Quit et al., 2010).

Así en el capítulo I, abordamos los cuidados de salud para un envejecimiento normal, subrayando que las preocupaciones han aumentado debido a los trastornos psiquiátricos que son de los más importantes, si no el más importante factor de morbilidad médica que frecuentemente hacen que los mayores no salgan de sus casas, y más de un 40% de estos mayores no salen de su casa sin supervisión de otro adulto debido a sus trastornos (Li & Conwell, 2007).

La necesidad de convivencia social es muy importante, tanto como la actividad física, además un gran número de estudios han demostrado que la actividad física puede mantener la actividad cognitiva por más tiempo y ha podido también demostrar que la misma actividad física puede reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Un trabajo de investigación reciente presentó evidencias de que el ejercicio mejora los niveles cardiovasculares y disminuyó los malos niveles cognitivos / funcionales, sin perjuicio de la  $\beta$ -amiloide. Un programa de ejercicios a lo largo de 6 meses, demostró mejoras significativas en mayores con deterioro cognitivo leve (Miller et al., 2011).

Los beneficios de estimulación son incontestables, capacidades como la de la memoria o del aprendizaje suelen disminuir con el aumento de la edad, además del

conocimiento general y la orientación, que tienden a ser más estables y por eso disminuyen más lentamente. Estos son los conocidos cambios cognitivos normales del envejecimiento normal y saludable, pero apenas una minoría de 10 a 20% de los mayores con más de 65 años son los que logran producir un deterioro cognitivo sin demencia, aunque apenas un 5% de estas personas presenten los criterios para el diagnóstico demencial, probablemente por incidencia del factor genético que tiene también una fuerte posición para que se produzca o no una evolución hacia la demencia (Ebly, Hogan y Parhad, 1995; Chertkow y Bergman, 1997 e Zunzunegui et al., 2000).

Presentamos la importancia de la actividad física, el impacto del deterioro cognitivo y de las alteraciones de personalidad, ya que el bienestar de los mayores pasa principalmente por su salud psicológica (Agronin, 2006; Lautenschlager et al., 2008; Miller, 2011). Todavía, en este primer capítulo abordamos la problemática del envejecimiento normal encuadrado en la realidad española (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO, 2009) y consecuentemente en una perspectiva de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Instituto Nacional de Estadística - INE, 2012).

Para finalizar el capítulo hicimos un análisis sobre los Centros de Día de la Cruz Roja en Extremadura, centrándonos en los objetivos de los mismos, en sus características, principios y equipos multidisciplinares (Cruz Roja, 2013).

En el capítulo II abordamos las demencias, porque las actividades diarias son guiadas por habilidades de comportamiento que nos permiten planificar, estimar y organizar rutinas, así como nuevos pensamientos y acciones. Las actividades de la vida diaria y sus rutinas nos permiten una estabilidad personal y social, a partir de las habilidades cognitivas, psicológicas y emocionales. Planear adecuadamente, implica

anticipar y prever qué será necesario en cuanto a las estrategias para lo que el individuo tenga que hacer (McKhann, Albert, Grossman, Miller, Dickson, Trojanowski, 2011).

Con la edad, aumenta significativamente la posibilidad del deterioro cognitivo, así como sus alteraciones adyacentes, como son las conductuales, psicológicas y en los casos demenciales del propio comportamiento, limitando las acciones personales y sociales del individuo adulto o mayor (Mayeux Reitz, Brickman, Haan, Manly, Glymour, Weiss, Yaffe, Middleton, Hendrie et al., 2011).

En este capítulo reforzamos el concepto de demencia y sus principales alteraciones clínicas, como es el caso de las apraxias, de las agnosias y de la consciencia visual (Baumann, 2011; Buxbaum, Haaland, Hallett et al, 2008; Gainotti, 2010; Giordana, Ferrero, Grifoni, Pellerino, Naldi & Montuschi, 2011). Así, explicamos los criterios etiológicos de la demencia, los factores de riesgo (no modificables, potencialmente modificable y modificables), las alteraciones cognitivas, la tipología del deterioro cognitivo y las alteraciones conductuales y psicológicas (Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias - GPAD, 2009; Snyder, Jackson, Petersen, Khachaturian, Kaye, Albert & Weintraub, 2011; Tan, 2012).

Además, complementamos el capítulo con referencia a las alteraciones de personalidad en la demencia, los beneficios y implicaciones de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y hablamos de la dependencia humana. Para finalizar hicimos una retrospectiva de la demencia en el Mundo, en Europa y en España (Bhat & Rockwood, 2011; Boustani, Sachs, Alder et al., 2011; Cruise, Bucks, Loftus, Newton, Pegoraro & Thomas, 2012; Marshall, Rentz, Frey, Locascio,

Johnson, Sperling & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative 2011; Osborne, Simpson & Stokes, 2010).

En el capítulo III, empezamos por presentar, Alois Alzheimer neuropatólogo alemán, que en 1906 describió por primera vez un tipo de demencia, conocida actualmente como enfermedad de Alzheimer. Un caso clínico de una mujer de 51 años diagnosticada con demencia, por pérdida de memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia, parafasia y manía persecutoria, despertó la curiosidad del neuropatólogo. Alzheimer estudió el cerebro de esta mujer y reveló la existencia de atrofia generalizada y arteriosclerosis, asimismo, se encontraron por primera vez ovillos neurofibrilares y depósitos de sustancia amiloidea (Pérez & Lafuente, 1996 e Barlow & Durand, 2003).

Con el pasar de los años y con los numerosos estudios efectuados a lo largo del tiempo sabemos hoy, que los pacientes con enfermedad de Alzheimer muestran con una alta prevalencia síntomas neuropsiquiátricos, que aparecen junto a las otras dos características principales de la demencia: las alteraciones cognitivas y las dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria (Munain, 2006).

El Alzheimer es un tipo de enfermedad demencial, producida por afectación orgánico cerebral, ocasionando deterioro de diversas funciones cognitivas superiores, es una enfermedad degenerativa, asociada al envejecimiento, quizás debido a la mayor longevidad que alcanzan las personas (López-Pousa, 1999).

A lo largo del capítulo abordamos la problemática del diagnóstico del Alzheimer, los criterios de diagnóstico (American Psychiatric Association - APA, 2005), las alteraciones más importantes como por ejemplo al nivel de las funciones ejecutivas y cognición global, las influencias de las psicosis, y alteraciones conductuales en el diagnóstico de la enfermedad (Mayeux et al., 2011).

Además referimos las alteraciones de consciencia y percepción de la enfermedad, las alteraciones de personalidad en el Alzheimer, la calidad de vida de los enfermos y la importancia de la estimulación cognitiva (Archer, Brown, Boothby et al, 2006; Cassimjee, 2008; Clare, 2003; Marshall et al., 2011). Finalmente comentamos la estimulación realizada en los centros de día de Cruz Roja en Extremadura (los programas, la reminiscencia, musicoterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional), la estimulación y el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, el apoyo a los familiares, entre otras actividades (Cruz Roja, 2013).

En el Capítulo IV hablamos de la personalidad como factor principal, para que sea posible intentar conocer la predisposición de un determinado individuo, su actitud personal y la capacidades de afrontamiento ante los eventos vitales, es necesario conocer algo de la estructura psíquica del individuo. Considerando que la adaptación al ambiente depende de los mecanismos de consciencia, identidad y funcionamiento mental, tan individual cuanto característico de cada individuo (Blatt, 2008).

En realidad lo que se pretende es distinguir lo que sería por una parte, los elementos que constituyen la personalidad de base, determinados por los eventos personales y familiares de la infancia y adolescencia, de los restantes eventos vitales de las demás etapas, y especialmente aquellos que aparecen más vinculados al inicio de la demencia (Mikulincer & Shaver, 2007; Pincus, 2011).

En este capítulo abordamos los conceptos de relación interpersonal y autodefinición, de los rasgos de personalidad y el diagnóstico, de la estabilidad y cambios del cuadro clínico en la personalidad y de sus 5 factores. Referimos el modelo de los 5 factores, su taxonomía, la revisión del inventario de personalidad NEO, sus aspectos generales, la versión corta y la validación para la población española. Finalmente el impacto de los 5 factores de personalidad en las demencias y

en el Alzheimer (Aluja & García, 2005; Duberstein, Chapman, Tindle, Sink, Bamonti, Robbins, Jerant & Franks, 2012; Livesley & Jackson, 2009; Soenens, Park, Vansteenkiste, & Mouratidis, 2012).

El capítulo VI explica la sistemática general, donde presentamos el tipo de metodología, la pertinencia del trabajo, los objetivos, las hipótesis, el método específico, la población, los instrumentos utilizados para evaluación y finalmente el procedimiento. En el capítulo VII presentamos los resultados, en el capítulo siguiente efectuamos la discusión y la discusión.



**PRIMERA PARTE:**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

**CAPITULO I**  
**EL ENVEJECIMIENTO NORMAL**

## **1. El envejecimiento normal y saludable**

La esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado casi 30 años durante el último siglo, lo que nos lleva a pensar que muchas más personas necesitarán, no solamente cuidados de salud, si no también centros de día y espacios específicos para el aumento de su bienestar. Son necesarios profesionales e investigadores preparados para alterar el paradigma existente, capaces de insistir en la información y actuación directa sobre los factores de riesgo y para presentar estrategias validadas. Pero principalmente, son precisos para promover los aspectos asociados al bienestar, a través de los factores psicológicos, y describirlos para que sus familiares y cuidadores no se tenga que preocupar en vano.

### **1.1. Cuidados de salud para un envejecimiento normal**

Cuando hablamos de mayores que están confinados a sus casas y que no tiene posibilidades de salir de ellas, tenemos que pensar en sus incapacidades resultantes de las numerosas enfermedades que les pueden afectar, ya que el 40,8% de ellos padecen problemas psiquiátricos, un 31,9% de otras comorbilidades medicas y los restantes 27,3% padecen de otras complicaciones, según un estudio reciente (Qiut et al., 2010).

Los trastornos psiquiátricos son de los más importantes, quizás el más importante factor de morbilidad medica, que frecuentemente hacen que los mayores no salgan de sus casas, y más de un 40% de estos mayores viven confinados en sus casas sin supervisión de otro adulto (Li & Conwell, 2007). Entre los trastornos psiquiátricos, los dos más comunes y de mayor impedimento para que ellos puedan salir de casa son la depresión y el Alzheimer, aunque se puede añadir a la lista el

abuso de sustancias, las enfermedades paranoicas y las demencias, respectivamente (Quit et al., 2007; Sun, Steffens, Au et al., 2008).

Otro estudio mostró que hasta un 17% de los adultos mayores que se encuentran en casa, pueden tener deterioro cognitivo leve sin que les haya sido diagnosticado. Ya antes, los trabajos de investigación apuntaban una alta posibilidad de diagnostico de deterioro cognitivo, especialmente en la memoria y de las denominadas funciones ejecutivas por parte de los mayores que viven en sus casa y que no presentan diagnostico medico (Martens, Franco, Burland et al., 2007).

Cuanto a las otras morbilidades medicas, un trabajo realizado en Chelsea-Village (Nueva York), propone que la enfermedad cardiovascular puede ser la mayor causa de morbilidad medica con un 74,4% de hipertensión arterial y un 31% de diabetes mellitus). La asegunda mayor incidencia de morbilidad medica son las debilidades generalizadas y después la enfermedad pulmonar crónica (Beck, Arizmendi, Purnell & House Calls for Seniors, 2009).

La incidencia de morbilidad medica, en estudios más antiguos proponen otra problemática para que los mayores se queden confinados a su casa y no mantengan relaciones sociales, que son los problemas musculo esquelético, incluyendo la osteoartritis. Además, por ser la enfermedad crónica más frecuente en los mayores que viven en sus casas, así como la artritis de la columna vertebral, lo mismo también se ha comprobado en poblaciones rurales, lo que se confirmó en otro estudio efectuado en el área rural de Pennsylvania (Ganguli, Fox, Gilby et al., 1996).

En Japón, los estudios han verificado que tres de cada cuatro mayores que no podían caminar por consecuencia de su morbilidad fisica fueron confinados en casa, mientras que uno de cada cinco mayores, que podían caminar por lo menos 5 metros, por los factores psicosociales envueltos, salían de casa, estos mismos factores

psicosociales, son modificables y por eso pueden ser manipulados a favor de mejorar el bienestar de los mayores (Kano & Kanagawa, 2001).

A medida que aumenta el número de mayores que no pueden salir de casa, surge también la necesidad de profesionales de salud que puedan tratar de una forma más activa los problemas de los mayores confinados a sus hogares, muy claramente se habla de médicos, psicólogos, enfermeros y terapeutas con disponibilidad de movilidad. Como muestran las evidencias, enfermedades cardiovasculares, demencias y depresiones son los principales problemas de salud, contribuyendo a la necesidad de cuidado de mayores en sus hogares, además del resto de problemas de salud debilitantes (Qiut et al., 2010).

Desde este punto de vista, debe haber más investigaciones para identificar la mejor forma y configuración para el tratamiento de estas enfermedades, en el hogar del paciente, para maximizar su comodidad y minimizar los costes. Esta forma de cuidar de los mayores, cuando se incluya también la estimulación, preferencialmente efectuada en centros de día con profesionales dedicados, debería contribuir para evitar el deterioro físico y psicológico que sufren al estar ubicados en residencias, donde muchas veces se limitan a esperar la muerte (Qiut et al., 2010).

Conseguir que los mayores continúen viviendo en sus casas y cambiar los factores psicosociales que lleven a que ellos puedan salir, sería lo ideal. Una pequeña inversión en el trabajo es necesario para mantener una sana relación entre mente y cuerpo. El acompañamiento médico en el hogar y buenos centros de día, podrían traer más beneficios a nivel del bienestar de los mayores, así como un equilibrio más moderado de los gastos socio-sanitarios.

## **1.2. La actividad física**

El bienestar de los mayores pasa principalmente por su salud psicológica, que podrá definir en efectivo qué tipo de bienestar dispondrán hasta el final de sus días. Varias son las condicionantes que pueden garantizar una buena manutención de sus capacidades psicológicas y funcionales de la vida diaria. Por ejemplo, la creciente evidencia de que la actividad física se asocia con un mejor resultado neurocognitivo ha promovido muchos trabajos evidenciando el ejercicio del cuerpo.

Dos estudios transversales y prospectivos demuestran que los mayores que realizan regularmente la actividad física muestran un mejor desempeño en las pruebas neuropsicológicas, además de presentar un menor número de cambios patológicos en neuroimagen (Colcombe, Erickson, Raz, Webb, Cohen, McAuley et al., 2003; Colcombe, Erickson, Scalf, Kim, Prakash, McAuley et al, 2006; Kramer, Colcombe, McAuley, Scalf, & Erick, 2005). Otro gran estudio encontró evidencias en que los mayores con problemas de memoria exhibían mejoras cognitivas después de completar un programa de ejercicios (Lautenschlager et al., 2008) y un trabajo de meta-análisis encontró un efecto considerable en la aptitud cognitiva de tareas secundarias en mayores (Colcombe & Kramer, 2003).

Un gran número de estudios han demostrado que la actividad física puede mantener la actividad cognitiva por más tiempo y también demuestra que ésta puede reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Un trabajo de investigación reciente presentó evidencias de que el ejercicio mejora los niveles cardiovasculares y disminuí los bajos niveles cognitivos y funcionales, sin perjuicio de la  $\beta$ -amiloide. Así según Miller et al., (2011), aplicando un programa de ejercicios específicos a lo largo de 6 meses se demostró mejoras significativas en mayores con deterioro cognitivo leve.

Otros estudios ya habían relacionado el ejercicio físico con un mejor mantenimiento de las capacidades funcionales, del equilibrio y de la aptitud de tareas en enfermos de Alzheimer, y también la reducción de síntomas depresivos (Rolland, Pillard, Klapouszczak, Reynish, Thomas, Andrieu et al., 2007; Sosa, Barrio, Mojares, Perez, & Lucía, 2008; Williams & Tappen, 2008). Otro trabajo de investigación reciente de Baker, Frank, Foster-Schubert, Green, Wilkinson, McTiernan et al. (2010) encontró beneficios en las funciones ejecutivas relacionadas con la actividad física; los participantes hombres y mujeres, padecían de deterioro cognitivo leve y aunque en las mujeres la mejoría fuera más significativa, en ambos sexos, el ejercicio ayudó a mejorar las respuestas de las funciones ejecutivas.

### **1.3. El deterioro de la memoria**

Capacidades como la memoria o el aprendizaje suelen disminuir con el aumento de la edad, además del conocimiento en general y la orientación, aunque parecen ser más estables que los anteriores y por eso, parece que disminuyen más lentamente. Estos son los conocidos cambios cognitivos del envejecimiento normal, pero apenas una minoría de un 10 a un 20% de los mayores con más de 65 años logran producir un deterioro cognitivo sin demencia, aunque apenas un 5% de estas personas presenten los criterios para el diagnóstico de demencia, probablemente por incidencia del factor genético que tiene una fuerte posición para que se produzca o no, una evolución hacia la demencia (Chertkow & Bergman, 1997; Ebly, Hogan & Parhad, 1995; Zunzunegui et al., 2000).

Esto lleva a una cuestión importante sobre como preservar o quizás mejorar el rendimiento de la memoria en una fase intermedia de los conocidos cambios

cognitivos normales del envejecimiento, y una fase pre-clínica de deterioro cognitivo leve o de la enfermedad de Alzheimer. Los mayores que se encuentran entre ambas fases son muchas veces diagnosticados con posible incidencia de la Enfermedad de Alzheimer y el tiempo de espera para un diagnóstico podrá llevar por lo menos 3 años (Backman & Small, 1998; Hudon, Villeneuve & Belleville, 2011).

El mismo estudio presenta el recuerdo libre como un buen ejercicio de organización semántica de la información a codificar, para los mayores con posible incidencia de la enfermedad de Alzheimer y en relación a enfermos con Alzheimer en fase inicial o de los mayores con deterioro cognitivo leve (Hudon, Villeneuve & Belleville, 2011). Anteriormente, otro trabajo de investigación ya había descrito los beneficios del recuerdo semántico de codificación en el deterioro cognitivo leve amnésico, pero en el recuerdo libre no produciría mejoras (Froger, Tacconnat, Landre, Beigneux & Isingrini, 2009).

Según estos autores, el recuerdo libre puede ser importante para la organización semántica de la información a codificar en mayores con posible incidencia de la enfermedad de Alzheimer, pero cuando se trata de mayores con enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo leve es fundamental la intervención directa al recuerdo semántico libre (Hudon, Villeneuve & Belleville, 2011).

Por lo tanto, los individuos cuando realizan una tarea de memoria intencional tienen la oportunidad de crear y gestionar estrategias de codificación semántica con el fin de apoyar el desempeño de su futura recuperación. Estas estrategias pueden ser muy útiles en situaciones donde no se imparten apoyo contextual o cognitivo en la recuperación, como en una típica tarea de recuerdo libre. Así, se puede suponer que en tareas de memoria intencional, la codificación semántica podría ser más beneficiosa en personas mayores sanas que en las personas mayores con problemas de



memoria, como fueron los casos de personas con deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer (Hudon, Villeneuve & Belleville, 2011).

Estas diferenciaciones han aumentado el progresivo interés por encontrar políticas de necesidades y condiciones a largo plazo para las personas mayores y con predisposición para las demencias (Department of Health, 2007; Department of Health, 2009; National Council for Palliative Care 2006; World Health Organisation, 2004). El interés es creciente en el plan profesional y de las políticas de atención, por la importancia de una planificación anticipada y coordinada de la atención a la salud y la asistencia social para adaptar lo mejor posible, los marcos de cuidados paliativos, y las herramientas a utilizar con personas cuyas condiciones de atención son a largo plazo (Alzheimer Europe, 2008; Department of Health,, 2007; Ellershaw, Foster, Murphy, Shea & Overill 1997).

#### **1.4. Alteraciones de la personalidad**

En los adultos de diferentes edades, un importante cuerpo de investigación sugiere que las alteraciones de personalidad, a menudo acompañan a los síndromes del eje I, cuyo resultado es normalmente el trastorno depresivo mayor (Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2006). Saber cómo una persona mayor piensa, como se siente y cómo se relaciona con su adaptación a la vejez, también es un tema de creciente interés entre los investigadores. Estudios no clínicos en adultos mayores han justificado la importante contribución de la personalidad y de los comportamientos en relación con la salud, por supuesto, como es el caso de las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, psicológico y de bienestar y los estados funcionales y físicos (Hooker & McAdams, 2003; Widiger & Seidlitz, 2002).

Estas afirmaciones, con poca frecuencia encuentran convergencia con los modelos de la psicopatología en personas mayores. La dificultad, son las diferentes taxonomías y métodos de evaluación de la personalidad frente al propio trastorno, que dificulta la comprensión de su relación en adultos y mayores, lo que puede llevar también al argumento para una nueva taxonomía de la personalidad (Widiger & Trull, 2007).

Aunque la investigación sobre las alteraciones de comportamiento en adultos mayores está en una etapa incipiente, la evidencia preliminar sugiere que las alteraciones más frecuente están relacionadas con la amplificación de los déficits funcionales, pudiendo confundirse este tipo de alteración con trastornos del Eje I. En los centros sanitarios, las alteraciones de comportamiento en mayores, pueden presentar retos únicos de diagnóstico para los médicos, muchas veces inciertos cuanto a la fenomenología de las alteraciones, en su relación con otros síndromes, y a veces inciertos debido a los métodos y medidas para la evaluación de esas mismas alteraciones (Zweig, 2003).

La personalidad, solo recientemente, se ha conceptualizado como un constructo complejo compuesto por los rasgos generales de una persona, adaptaciones características como por ejemplo, los estilos de afrontamiento, y los procesos dinámicos como la regulación de las emociones que se desarrollan durante toda la vida, en una transacción con el ambiente del individuo (APA, 2005; Hooker & McAdams, 2003). La nomenclatura de diagnóstico psiquiátrico y muchos estudios de patología de la personalidad, definen sus rasgos como patrones que se relacionan con el medio ambiente y con uno mismo, cuando están expuestos en una amplia gama de contextos sociales y personales. Y sólo se consideran trastorno de personalidad,

cuando los mismos rasgos son inflexibles, desadaptados y causan tanto deterioro funcional como desadaptación subjetiva (APA, 2005).

Otros autores añaden a la descripción del DSM-IV el fracaso para resolver tareas de la vida relacionados con el establecimiento de representaciones estables y integradas de uno mismo y de los demás, la capacidad para la intimidad, el apego, afiliación, capacidad para la conducta pro-social y de las relaciones de cooperación (Livesley, 2001).

Las tasas de trastornos y alteraciones de comportamiento en personas mayores que se puedan conocer dentro de poblaciones específicas, pueden ayudarnos a guiar la selección y interpretación de las medidas de evaluación, de las tasa de prevalencia de las alteraciones de comportamiento y de otros trastornos en personas mayores, a partir de la evaluación. Aunque los estudios disponibles tienen normalmente muestras pequeñas (Zweig & Agronin, 2006).

Según algunas investigaciones, las características socio demográficas evidenciadas han sugerido que los individuos con alteraciones iniciales de comportamiento tienen más probabilidades de vivir sin pareja, esto es decir, más probabilidades de que sean solteros, separados o divorciados. Pueden también presentar tasas más altas de la discordia civil o reportar varios matrimonios, pero pocos hijos. Ellos también parecen tener más probabilidades de tener logros educativos más bajos y de experimentar dificultades laborales, tales como largos períodos de desempleo y de cambios ocupacionales (Ames & Molinari, 1994; Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan et al., 2004; Mattia & Zimmerman, 2001; Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa & Nestadt, 2002).

La verdad, es que este tipo de datos y trabajos de investigación no pueden explicar en uniformidad el curso natural de las alteraciones de comportamiento a lo

largo del ciclo de vida, además porque los estudios transversales, por más amplios que hayan sido, están lejos de poder presentar este tipo de uniformidad. Este entendimiento debe por lo menos, llevar a los investigadores a considerar la posibilidad de un cambio madurativo favorable, persistiendo en déficits subyacentes de áreas tales como el funcionamiento social o un cambio natural de la expresión de los rasgos en la edad (Zweig & Agronin, 2006).

Podremos pensar que muchos adultos mayores con comportamientos sugestivos de patología de la personalidad, pueden presentar alteraciones de comportamiento según cambios situacionales más significativos. En un contexto de la vida, pueden presentarse cambios situacionales como por ejemplo la persistencia de una enfermedad o incapacidad física, o por otro lado estar en un contexto que respete al medio ambiente, como la transición a una comunidad de jubilados o centro de atención, también dependiendo de los cambios situacionales a largo plazo, como el convertirse en un cuidador principal. Según estos dos puntos de vista, para algunos mayores en transición a su normal entorno interpersonal en un periodo de largo plazo a un centro de rehabilitación, puede generar conductas regresivas, tales como: preocupación somática, demandas más frecuentes de asistencia, poca confianza sobre las decisiones de los otros, y que estas mismas, se podrán confundir con alteraciones de personalidad (Hooker & McAdams, 2003).

Así se verifica que, la adaptabilidad del funcionamiento de la personalidad surge sólo en determinados contextos o situaciones y por eso, deben ser diferenciadas cuidadosamente de los cambios de la expresión, por alteraciones como las que vimos anteriormente, es decir, por precipitaciones psicosociales, donde están incluidos los cambios en el contexto de vida, y de las situaciones ó del propio ambiente. Con esto, se entiende que la evaluación clínica multimodal en estos contextos puede requerir

una revisión histórica de la relación temporal entre las precipitaciones psicosociales recientes y el inicio del funcionamiento de la personalidad desadaptada. También puede ayudar a este proceso la evaluación de la importancia funcional de las conductas exhibidas en el contexto de situaciones nuevas. Tal evaluación requiere a menudo que la entrevista clínica se complemente con datos de otros informantes, como los de la familia, los de otros profesionales de salud o de aquellos que están más familiarizados con el entorno cultural del paciente (Hooker & McAdams, 2003; Zweig & Agronin, 2006).

Otro de los grandes problemas en el entendimiento de la personalidad está en la capacidad de diferenciar las alteraciones de personalidad de los cambios, debido a una afección neurológica o médica.

Los cambios en la personalidad a menudo preceden o acompañan varias condiciones neurológicas o médicas que tienen mayores tasas de prevalencia en la edad avanzada, tales como la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal o la enfermedad de Parkinson (Balsis, Carpintero & Storandt, 2005). Cuando las conductas desviadas o experiencias son prominentes de comportamientos como por ejemplo, la rigidez, la apatía, la labilidad emocional, o el egocentrismo, pero con alteraciones cognitivas subyacente sutiles o ausentes, es probable que estos cambios de comportamiento se puedan confundir con alteraciones de personalidad en un mayor. Sin embargo, estos síntomas de personalidad pueden reflejar una disfunción en las regiones cerebrales discretas y pueden anunciar un síndrome de demencia incipiente (Sadavoy & Fogel, 1992).

Aunque pueden surgir situaciones en las que alteraciones neurocognitivas alteren la condición de la expresión de un comportamiento a largo plazo, siendo que los cambios de personalidad que aparecen por primera vez en el contexto de una

enfermedad neurológica o médica se evalúan adecuadamente con los criterios del DSM-IV. Por este motivo, la entrevista clínica debe presentar de forma clara y cuidadosa los antecedentes y las evaluaciones del estado mental, porque estas pueden ser reveladoras de sutiles cambios cognitivos o deterioro funcional temporalmente asociados con los dichos cambios en la personalidad. Por todas estas razones y algunas otras más, la evaluación debe ser efectuada por un equipo interdisciplinario, que puede incluir médicos, neurólogos y neuropsicólogos, apoyados con un elemento adicional como es la consulta de neuroimagen.

### **1.5. Envejecimiento normal y saludable en España**

España presenta una población con poco más de 46 millones de habitantes, más de 500 m<sup>2</sup> y una densidad poblacional de 91 habitantes por Km<sup>2</sup> (INE, 2012).

Es uno de los países más envejecidos del mundo, con un 16,7%, o sea un total de 7,7 millones de personas que tienen 65 años o más, y de las cuales un 28,45% tiene 80 años o mas. En 2050, estos porcentajes se transformaran en un 30,8% y en un 11,1%, respectivamente (IMSERSO, 2009).

El envejecimiento de la población española ha quedado bastante paralela a la del resto de la Unión Europea y presenta dos fenómenos demográficos distintos, por un lado la disminución continua de la mortalidad y el correspondiente aumento de la esperanza de vida, y por otro lado la disminución de la fecundidad. Debemos todavía referir que España es un estado de bienestar, con un sistema público de seguridad social que cubre aproximadamente el 97% de los ciudadanos mayores de 65 años de edad (Ballesteros, 2002).

Otras cuestiones culturales son también importantes para el bienestar de los mayores, por ejemplo, donde viven y según IMSERSO (2000), apenas 2,8% de los mayores de 65 años viven en instituciones. Un 17% de los mayores en España viven solos, un 40% con su pareja, un 15% vive con la pareja y sus hijos en su propia casa y un 2% vive con la pareja y sus hijos en la casa de los hijos. Viviendo solo con sus hijos en su propia casa son un 12%, viviendo solos con sus hijos en la casa de sus hijos un 7% y un 4,2% viven con otros familiares (Ballesteros, 2002; IMSERSO, 2000). En comparación con otros países de la Unión Europea, España tiene un menor número de personas mayores que viven solas y un periodo de tiempo mas largo que viven con sus hijos, ya sea en su propia casa o en la de sus hijos (Eurostat,1998).

Un factor importante es el tiempo que pasan con la familia, por ejemplo, un 43,6% de los mayores que viven en la misma ciudad o pueblo que sus hijos ven a los nietos varias veces por semana y un 12,7% varias veces al mes. Con relación a los mayores que viven en otra ciudad o pueblo, un 12% ve a los nietos varias veces por semana y el 16% varias veces al mes. Así, los mayores ven a sus nietos con una frecuencia de 7,6%, varias veces a la semana y 20,4%, varias veces al mes, se ha verificado también que con mucha frecuencia ven a sus hermanos y otros familiares (IMSERSO, 2000).

El mismo control del IMSERSO (2000) verificó que los mayores suelen hablar con los nietos por teléfono con mucha frecuencia y, que cada 8 de 10 mayores presentan una buena relación con sus vecinos, También cada 4 de 10 mayores se relacionan con sus amigos y cada 2 de 10 mayores con sus conocidos, estando con ellos varias veces a la semana (Ballesteros, 2002; IMSERSO, 2000).

El nivel de satisfacción de los mayores en sus relaciones sociales se presenta en un 44% como bastante satisfechos en las relaciones con sus hijos que viven en el

mismo lugar y el 56% expresan el mismo sentimiento referente a sus hijos que viven en otro lugar. Más de 70% de los mayores están bastante satisfechos con las relaciones con sus nietos, y más del 80% con las de los hermanos y otros miembros de la familia (Ballesteros, 2002; IMSERSO, 2000).

La soledad es un sentimiento cada vez más discutido en el ámbito de los mayores, pero como podemos ver por los datos que se presentaron, cuando la satisfacción es la reacción positiva a las relaciones sociales, entonces la soledad es la reacción contraria, aunque ésta no sea perfecta. En España el 12,2% de los mayores expresan sentimientos de bastante soledad mientras que el 70% se siente acompañado. Pero el aspecto más importante sobre la soledad es la de vivir solo o vivir con los demás: un 38,1% de los mayores que viven solos se sienten muy solos, sólo un 7,5% de las personas que viven con otras personas expresan su sentimiento de soledad (IMSERSO, 2000).

Este sentimiento, según varios informes de Eurostat, con muestras de mayores, con más de 60 años que expresan soledad, es mayor en los países que tienen más contacto social con sus familiares y amigos, es el caso de Portugal y Grecia, donde estos mayores representan un 20%. Esta relación en España es totalmente contraria y esto se verifica en los datos presentados por los más diversos trabajos hechos a lo largo de los años (Ballesteros, 2002).

Conforme a los datos recogidos en España, las personas que viven solas expresan cinco veces más su sentimiento de soledad de las que viven acompañadas. Esta es una situación compleja; en los países del norte de Europa, personas en todas las edades, están más acostumbrados a vivir solas que los españoles, por lo que están más preparados para vivir con la soledad en la vejez, mientras que las personas de países del sur de Europa están más acostumbradas a estar con los demás. Sin



embargo, los datos transculturales epidemiológicos nos muestran más trastornos depresivos en el sur que en el norte de Europa (Ballesteros, 2002).

Así podremos tener una vista más global de lo que es y cómo funciona la vida de las personas mayores en España, teniendo en cuenta que es uno de los países europeos con el menor número de personas que viven solas, y con una gran mayoría de mayores que viven con sus hijos, bien sea en su propia casa o en casa de sus hijos. Se trata de una plataforma estructural importante para las relaciones familiares fuertes y un implemento social incalculable. La sociabilidad de los mayores, como se vio en los datos anteriormente presentados, es bastante grande. Entre los contactos de los mayores, con sus familiares, amigos y conocidos, en España es de forma más intensa que en los países del norte de Europa. Más de 6 de cada 10 mayores ve a los miembros de la familia o amigos a cada día (Ballesteros, 2002; IMSERSO, 2000).

Los mayores en España han tenido también una contribución importante para los cambios sociales y del bienestar de este país. Ellos se sienten satisfechos con sus relaciones con hijos, nietos, amigos, vecinos y otros conocidos, respectivamente, y se puede afirmar que 9 de cada 10 mayores están satisfechas con sus relaciones sociales en sentido general. Es fácil de percibir estos resultados, una vez que apenas 2% de los mayores acuden a la red de servicios sociales, por el hecho de que los mayores quieren ser ayudados por sus familiares. Otro factor cultural es el hecho de cada 4 de cada 10 mayores ayuden a sus familiares en diferentes tareas, relacionadas principalmente con sus nietos, 9 de cada 10 de ellos se sienten satisfechos por realizar estas tareas (Ballesteros, 2002).

Claro que cuando hablamos del envejecimiento tenemos también que hablar sobre su mayor factor de riesgo de muerte y discapacidad, el ictus. Este es el mayor factor de riesgo europeo, aunque de momento la tendencia sea de contradecir esos

datos, un descenso continuo desde final de los años 80 en lo respecta a los accidentes cardiovasculares (Modrego, Pina, & Lerín, 2003).

Un estudio llevado a cabo en Barcelona demostró que se decreció bastante el riesgo de muerte por accidente cerebrovascular y sus complicaciones, con la prevención, pero gracias a la inclusión de un grupo grande de personas mayores se pudo verificar que los datos cambian y que incluso, los subtipos de ictus que suelen aparecer en las personas menores de 85 años eran diferentes del de las personas aún mayores. El mismo estudio, que estuvo centrado en las personas de edad muy avanzada, mostró una tasa de mortalidad del 27% en esta población, contando con un 13,5% en personas menores de 85 años, y esto fue debido a la gravedad del accidente cerebrovascular y sus complicaciones (Arboix, Eroles, Massons, Oliveres & Targa, 2000).

Las actuales tasas parecen ser más altas debido a la vejez, por el mal estado de muchos pacientes al ingreso y la frecuencia y gravedad de las complicaciones en los hospitales. La tasa de complicaciones respiratorias se ha incrementado cada año durante los últimos 5, y la edad media de los pacientes ha ido aumentando también, siendo un gran factor de riesgo para los mayores. Otro dato a tener en cuenta como factor de muerte precoz es la retirada de la atención en pacientes deteriorados. Otro factor importante es el retraso en la alta hospitalaria, aunque la duración de la estancia de mayores en hospitales se esta reduciendo progresivamente (Modrego, Pina, & Lerín, 2003).

Así, España a constatado un aumento de las tasas de mortalidad, principalmente, por el aumento de la edad de la población. La hipertensión arterial se mantiene como el principal factor de riesgo a pesar del uso generalizado de los modernos fármacos antihipertensivos. Las expectativas no parecen tener mejorías tan pronto, una vez que

en el futuro el porcentaje de personas mayores sigue aumentando (Arboix et al., 2000; Modrego, Pina, & Lerín, 2003).

## **1.6. Envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura**

En la Comunidad Autónoma de Extremadura se encuentran empadronadas 1.109.367 millones de personas, divididas por la Provincia de Badajoz con 693.921 mil personas y la Provincia de Cáceres con 415.446 (INE, 2012). Como en todo el país, en esta comunidad el envejecimiento es cada vez mayor y con el suben los indicadores de mayores con morbilidad médica y psicológica y consecuentemente con discapacidad. Existen en la Comunidad 2 centros de información, orientación y valoración para personas con discapacidad, que reciben 17.497 personas anualmente y soportan un gasto de 1.194.729 millones de euros, también al año (Libro Blanco, 2005).

El mismo informe refiere que no existen en Extremadura servicios públicos de atención domiciliar, centros ocupacionales o de rehabilitación para personas con discapacidad, pero son concedidos subsidios sociales de ayuda a estas personas para que encuentren recursos por otras vías. Los servicios sociales de esta Comunidad presentaron un total de 26.760 usuarios, solo en el año 2004, distribuidos entonces por: 15.415 usuarios en el servicio SAD, 7.646 de los servicios residenciales, 2.789 del servicio de tele asistencia y 910 usuarios en el servicio de los Centros de día (Libro Blanco, 2005).

Cuando hablamos de las demencias tenemos que hablar de los centros residenciales para personas con discapacidad en situación de dependencia, que en la Comunidad de Extremadura son apenas 2 unidades, con 257 plazas y un gasto en

millones de euros de 6.668.335 al año. Más importante aún, son los Centros de Día, principalmente para los síndromes demenciales de tipo Alzheimer. Existen 48 Centros de día de gestión pública, con un total de 910 plazas, para una población de personas mayores de 65 años (Libro Blanco, 2005).

En total, existen en la Comunidad Autónoma de Extremadura 66 centro de día, de los que 48 son públicos y 11 son de gestión de la Cruz Roja, con un total de 2279 plazas y con un índice de cobertura de 0,38% (IMSERSO, 2009).

Los Centros de Día representan el espacio indicado para los mayores con y sin patología, aunque España sea un país donde la sociabilidad de los mayores es grande así como su nivel de bienestar, son en los Centros de Día que se puede asegurar una mejor gestión de las terapias farmacológicas y principalmente no farmacológicas para el tratamiento y la manutención de los buenos niveles de las actividades diarias y alteraciones psicológicas de estas personas.

### **1.7. Centros de Día de la Cruz Roja en Extremadura**

Los centros, considerando las propuestas teóricas de la Ley de la Dependencia se van adaptando a las circunstancias reales de cada población. Principalmente cuando hablamos de una Comunidad tan grande como lo es la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como su diversidad cultural entre los diferentes pueblos. De los 11 centros, uno de ellos trabaja específicamente con enfermos de Alzheimer, mientras los otros centros acogen a mayores en fase de envejecimiento normal y patológico.

Todos los Centros detienen la capacidad de respuestas socio sanitarias de la perspectiva multidisciplinar, de prestar apoyo a los familiares y cuidadores, detienen también horarios propios de atención diurna para establecer jornadas enteras o medias

jornadas y preparados profesionalmente para asegurar a sus usuarios terapias de estimulación adecuadas (individuales y grupales), promover el mantenimiento y la autonomía de ellos y potenciar las capacidades físicas, cognitivas y funcionales de los usuarios.

Los candidatos a los Centros presentan una solicitud con los datos personales, pero principalmente con los datos médicos y con su tratamiento farmacológico, debidamente justificados por informes médicos. Una vez analizada la solicitud y teniendo el candidato perfil para determinado Centro, se hacen las evaluaciones psicológica y social, conjuntamente y en la residencia del candidato. Pasado este proceso y mediante las plazas existentes se llaman los candidatos que pasen a hacer uso del Centro de Día indicado (Cruz Roja, 2013).

Las evaluaciones psicológicas son efectuadas a cada 6 meses y respetan un protocolo de evaluación que consiste en un screening constituido por varias escalas. La evaluación Cognitiva general es efectuada a través del MME (Folstein), específicamente para la memoria se utiliza el MIS, para la orientación el Pfeiffer, para las accesiones viso constructivas el test del reloj y el GDS para información del estado general del deterioro. Del punto de vista funcional se aplica el Índice de Barthel. Cuando necesario, el test de depresión de Beck y el S-IQCODE cuando se trata de familiares o cuidadores.

Los Centros de Día de la Cruz Roja cuentan con un gran movimiento de voluntarios, de técnico o profesionales y universitarios haciendo prácticas. Dentro de los protocolos universitarios encontramos el apoyo a trabajos de mayor dimensión como el caso de las Tesis Doctorales. Estos agentes exteriores a la organización participan activamente junto a los demás miembros de la Cruz Roja: directores de

Centro de Día, coordinadores, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, enfermeros, asistentes y administrativos.

En estos centros el papel del psicólogo es fundamental. Es el psicólogo que realiza las valoraciones neuropsicológicas, el diagnóstico emocional y conductual del mayor, elabora el informe psicológico; marca los objetivos terapéuticos y evalúa los programas de estimulación individual y grupal; establece las estrategias de intervención conductual y emocional y realiza el seguimiento y la intervención. Por otro lado, cuando es necesario, programa las actividades de intervención con la familia para la aceptación y afrontamiento de la enfermedad; organiza y dirige grupos de autoayuda y terapia familiar, y colabora en las tareas de reclutamiento, selección, formación y salud laboral (Cruz Roja, 2013).

En los Centros, las rutinas son verdaderamente importantes. El primer turno de usuarios llega a las 8:30 de la mañana, normalmente se trasladan hacia el centro a través del transporte adaptado de Cruz Roja. Algunos usuarios desayunan en el Centro y a las 9:30 empiezan las actividades de terapia ocupacional. A las 11:00 es la hora de la gerontogimnasia mas hidratación, tras ésta comienzan los talleres de estimulación cognitiva, luego viene la hora del aseo y al final, a la 13:30 la comida, al finalizar sobre las 14:30 descansan y luego pasan a hacer actividades diversas, hasta la hora de volver a sus casas.

Las comidas tienen un seguimiento especializado, para garantizar una buena nutrición y las dietas necesarias conforme el usuario. Se organizan diversas actividades exteriores durante el año, que suelen tener un significado importante para el día y mes en que ocurren como ejemplo los carnavales. Igualmente, los usuarios, individualmente o en grupo, en diferentes días de la semana se dividen en otras

actividades del Centro, como talleres de reminiscencia, musicoterapia y el acompañamiento emocional (Cruz Roja, 2013).

### **1.7.1. Centros de Día en Extremadura**

Es un dispositivo de atención diurna cuyo objetivo principal es la atención y el cuidado del usuario, para contribuir a la mejora continua de la autonomía funcional y social y el mantenimiento de las capacidades cognitivas hasta donde se pueda por sus residuos cognitivos mediante la combinación de las actividades estimulación cognitiva y la convivencia en grupo como marco de referencia.

De acuerdo con la Ley de Servicios Sociales 5/1987 de 23 de Abril de la Comunidad de Extremadura, los Centros de Día como deberán estar abiertos en régimen diurno, donde se ofrece atención a personas minusválidas, con o sin patologías asociadas, mediante programas de ajuste al nivel personal, social y de estimulación cognitiva. Esta última presenta como objetivo exclusivo, orientar la normalización y evitar en la medida de lo posible, un deterioro cognitivo rápido.

Según las normativas legales, un Centro de Día es un recurso cuya finalidad es procurar la atención integral a personas adultas de su discapacidad física, sensorial, cognitiva, conductual y/o social, y con una minusvalía reconocida superior al 33%. Estas personas, han de presentar un grado de restricción de autonomía personal que determine la necesidad de una asistencia especializada continua y permanente.

### **1.7.2. Características de los Centros**

Funcionar como un servicio de atención diurna donde los usuarios acuden de lunes a viernes al centro desde su residencia habitual. Constituye un recurso que les permite mantener su domicilio, y su entorno familiar habitual, mientras tiene sus necesidades cubiertas, evitando el deterioro y la institucionalización. En algunas situaciones se concibe como un recurso central de los servicios sociales destinados a las personas con demencias.

Estos centros ofrecen también una atención continuada hasta que la persona sea derivada a un recurso más adecuado a su estado. Los Centros presentan una infraestructura preparada y con equipamientos necesarios que garantizan la atención individual y el abordaje global de la persona, encaminado al mantenimiento de las capacidades residuales del usuario el mayor tiempo posible y así, proyectando una mayor calidad de vida en el tiempo que pasan en los Centros (Cruz Roja, 2013).

### **1.7.3. Principios Fundamentales del Centro**

La filosofía de Centro de Día se basa en el respeto a la condición de la persona discapacitada. Respeto a su consideración como ciudadano integrante de la sociedad, con unas potencialidades susceptibles de ser desarrolladas con la debida asistencia basada en estos principios.

1 - Normalización: Los modelos de atención que se planteen deben priorizar los objetivos en los de rehabilitación/estimulación. Es necesario trabajar con los pacientes y sus familias hacia la normalización de su vida, haciéndoles accesibles las pautas y condiciones de vida cotidiana que sean lo más próximas a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad.



2 -Integración: Un modelo normalizado implica la máxima integración posible de la persona en las comunidades naturales por lo que esto debe ser un horizonte de actuación. La sociedad tiene que hacerse consciente de la existencia de este colectivo y de su derecho a formar parte activa de la misma.

3 - Individualización: El desarrollo de las capacidades de cada persona exige una intervención individualizada en cuanto a evaluación y programación, compatible con la máxima integración en el grupo. Para ello, es necesario realizar una valoración exhaustiva y protocolar a partir de la cual, se diseña un plan de trabajo individual que se englobe en un marco de actividad grupal.

4 - Profesionalización: las características de las demencias pueden plasmarse en personas con una alta dependencia funcional y/o cognitiva, que precisen para un tratamiento específico.

5 - Participación: La participación activa de la persona afectada y de su familia es un principio fundamental para el Centro de Día. Es necesario potenciar la implicación del paciente (en la medida de sus capacidades) y de su familiar o tutor legal, en su caso, en la toma de decisiones que se realice respecto a las diferentes esferas de la persona (Cruz Roja, 2013).

#### **1.7.4. Objetivos de los Centros de Día**

Los Centros de Día de la Cruz Roja en Extremadura, así como deberán hacer los Centros de Día en general, ofertan una asistencia tanto a los enfermos, como a sus familiares. Tal asistencia, se desglosa del siguiente modo:

- a) Actividades de tipo terapéutico;

- b) Programas de estimulación cognitiva;
- c) Centro con plazas para respiro familiar;
- d) Atención a los familiares del enfermo;
- e) Centro con transporte propio adaptado.

Partiendo de esta premisa, y teniendo en cuenta las características de los pacientes en el curso progresivo de su enfermedad, los objetivos que de manera general se plantean son los siguientes:

1. Objetivos generales:

- a) Mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante el desarrollo de la autonomía personal y la funcionalidad en su vida diaria;
- b) Dotar de estructura y contenido estimulante y enriquecedor su vida cotidiana;
- c) Favorecer la participación y integración social para ampliar la convivencia en su entorno y fomentar la normalización de su situación;
- d) Facilitar el desarrollo y normalización de la vida del sistema familiar.

2. Objetivos específicos

- a) Fomentar la realización de hábitos básicos de autocuidado en su vida cotidiana: aseo, vestido, alimentación, etc.;
- b) Desarrollar habilidades para el manejo instrumental y la vida doméstica;
- c) Potenciar el desarrollo de hábitos de salud y seguridad, así como conductas adaptativas a sus circunstancias y entorno: hábitos de alimentación y ejercicio, evitar

conductas de riesgo, ajustar la conciencia de determinadas acciones y comportamientos, etc.;

d) Apoyar, informar y orientar a las familias para dotarlos de pautas y recursos que les permitan normalizar su vida diaria, y afrontar su situación en mejores condiciones;

e) Atender al sistema familiar a lo largo de la evolución de las necesidades, para favorecer la normalización del desarrollo del ciclo vital de sus componentes;

f) Reducir el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria;

g) Atención a los familiares con apoyo psicológico desde el centro;

h) Participación de los cuidadores principales en las acciones programadas en el centro;

i) Facilitar la permanencia del enfermo en su entorno;

j) Sensibilización social de la problemática existente al respecto;

l) Integración del usuario en el centro.

### 3. Objetivos operativos:

a) Mantener las actividades que cada usuario pueda hacer en el transcurso de su estancia en el centro;

b) Desarrollar talleres específicos;

c) Potenciar las relaciones sociales entre los usuarios;

d) Información, orientación y derivación en caso necesario de otro recurso social;

e) Coordinación con otros agentes sociales y sanitarios;

f) Estimular y mantener las capacidades residuales de los enfermos.

### **1.7.5. Equipos Multidisciplinares**

1 - El psicólogo, deberá asumir las siguientes competencias (Cruz Roja, 2013):

a) Realizar la valoración neuropsicológica, diagnóstico emocional y conductual del enfermo, y elaborar un informe;

b) Marcar los objetivos terapéuticos y evaluar los programas de estimulación cognitiva individual y grupal;

c) Realizar el seguimiento de la intervención;

d) Establecer las estrategias de intervención conductual y emocional con el enfermo;

e) Custodiar y mantener al día la documentación relativa a la evolución de la enfermedad, en cuanto a capacidades cognitivas, funcionales, estado emocional y conductual del enfermo;

f) Realizar la valoración y tratamientos psicológicos de patologías relacionadas con el cuidador principal en lo relativo a la relación con el enfermo y su entorno;

g) Programar las actividades de intervención con la familia para la aceptación y afrontamiento de la enfermedad;

h) Organizar y dirigir los grupos de autoayuda y terapia familiar;

i) Colaborar en las tareas de reclutamiento, selección, formación y salud laboral;

j) Diseñar, colaborar y participar en los estudios de investigación que se estimen oportunos.

l) Proporcionar formación y información a las familias de los usuarios y a las instituciones, dentro de las materias de su competencia.

2 - El equipo de Auxiliares Clínicos, dependerá de las dimensiones del Centro y de la cantidad de mayores y se caracterizará por atender a los mayores en la ejecución de sus tareas diarias dentro del centro, como por ejemplo, tratar de la higiene de los mayores, la comida, el vestuario, así como los cuidados generales y atención social dentro de sus capacidades.

3 - El D.U.E. (Diplomado universitario en enfermería) deberá ser responsable de la realización de las siguientes funciones:

a) Valoración diagnóstica de la dependencia/independencia en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas

b) Detección precoz de alteraciones de salud

c) Vigilar y atender a los enfermos en sus necesidades generales, sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten de sus servicios, ejecutando un plan de cuidados para cada usuario

d) Preparar y administrar fármacos según las prescripciones especificadas en los tratamientos, así como supervisar que cada enfermo recibe la dieta recomendada

e) Registrar diariamente las constantes y las alteraciones de salud en la Historia Clínica

f) Supervisar el mantenimiento de la maquinaria y utensilios propios del servicio de enfermería, así como limpiar y preparar los materiales del botiquín

g) Participar activamente en las reuniones interdisciplinarias propuestas por el equipo del centro, para establecer pautas de actuación global;

g) Proporcionar educación sanitaria al personal del centro;

- h) Proporcionar a las familias la información necesaria de cada usuario;
- i) Apoyar del punto de vista sanitario a las diferentes tareas y actividades del centro;
- j) Participar en los módulos formativos;
- l) Participar en charlas informativas y divulgativas, así como en otros foros científicos.
- m) Coordinación, en caso de ser necesario, con otros profesionales sanitarios de otros recursos comunitarios.

4 - La Trabajadora Social ejerce funciones dónde debe abordar dos áreas:

A – Buscar recursos de proyectos:

- a) Elaborar proyectos, solicitar y justificar subvenciones para el centro;
- b) Elaborar la memoria anual de los programas así como evaluar sus resultados;
- c) Llevar la coordinación y seguimiento del personal y funcionamiento del centro;
- d) Promover la coordinación con otros recursos de la comunidad, coordinar las salidas y excursiones de los enfermos al exterior;
- e) Comunicar la fecha, características, de las nuevas incorporaciones y hacer un seguimiento de las mismas;
- f) Promover una imagen positiva del Centro.

B – Trabajo Social:

a) Recepción de las solicitudes, funciones en la valoración inicial y transmitir las decisiones que éste adopte;

b) Recepción individual de las visitas, proporcionándoles información básica y orientación, derivados a programas y a recursos comunitarios fuera del centro;

c) Asesoramiento en cuestiones sociales, valoraciones sociales, estudio socioeconómico, reorientación y derivación a otros recursos en caso de baja del centro, sea voluntaria o propuesta;

d) Seguimiento del voluntariado que colabora con el Centro;

e) Coordinación con el resto de Trabajadores Sociales de Centros y Recursos comunitarios para mejorar y promover el trabajo conjunto.

En los Centros de día se encuentran también los conductores y ayudantes que se ocupan del transporte de los mayores en vehículos adaptados. Hacen, normalmente, turnos de entrada y de salida en que traen y llevan los mayores de sus casa al Centro y viceversa.

Los voluntarios, que surgen en todas las áreas de intervención, desde los cuidados básicos de los mayores, hasta la participación en las terapéuticas ocupacionales. Y finalmente, los servicios médicos de urgencia que se encargan del transporte de los mayores en situaciones sanitarias urgentes y cuyos cuidados necesiten atención especializada.

**CAPITULO II**  
**LAS DEMENCIAS**



## **2. La Demencia**

Nuestras actividades diarias son guiadas por habilidades de comportamiento que nos permiten planificar, estimar y organizar rutinas, así como nuevos pensamientos y acciones. Las actividades de la vida diaria y sus rutinas permiten una estabilidad personal y social, a partir de las habilidades cognitivas, psicológicas y emocionales. Planear adecuadamente, implica anticipar y prever el tipo de estrategia para que el individuo pueda responder a sus necesidades.

Con la edad, aumenta significativamente la posibilidad del deterioro cognitivo, así como sus alteraciones adyacentes, como son las conductuales, psicológicas y en los casos demenciales, del comportamiento, limitando las acciones personales y sociales del individuo adulto o mayor.

### **2.1. El concepto de la demencia y sus principales alteraciones**

La demencia es un síndrome clínico causado por neurodegeneración y se caracteriza por el deterioro inexorablemente progresivo de la capacidad cognitiva, psicológica y mental, además del deterioro de la capacidad para la vida independiente (Sousa, Ferri, Acosta, Albanese, Guerra, Huang et al, 2009; Wolbring, 2006). El desarrollo de la discapacidad intelectual, en los diferentes dominios cognitivos, retira a los enfermos con demencia su propia capacidad personal y social (Grabowski & Damasio, 1996; McKhann et al., 2011).

Las demencias se manifiestan principalmente por el deterioro de la memoria, que implica alteraciones significativas en la capacidad para aprender nuevas informaciones o recordar anteriorente aprendidas. Otras manifestaciones pueden

sugerir, como por ejemplo: las afasias, las apraxias, las agnosias y posiblemente, las alteraciones en la planificación, organización y abstracción (funciones ejecutivas), provocando un deterioro significativo de la actividad global del enfermo (APA, 2005; World Health Organization, 1992).

En los varios subtipos de la demencia son frecuentes las alteraciones ejecutivas, funciones que nos permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, el inicio de las actividades, operaciones mentales, autorregulación y la monitorización de las tareas. Las funciones ejecutivas son también responsables de cambios conductuales y de personalidad. Las alteraciones amnésicas pueden aparecer en cualquier momento de cualquier subtipo demencial. En las demencias degenerativas, aunque pueda pasar también en los otros tipos de demencia, suele surgir una mayor lentitud del procesamiento mental, reducción gradual de la atención y menor fluidez verbal (Mayeux et al., 2011).

Considerando las múltiples alteraciones funcionales y su diversidad asociada a las limitaciones de la demencia, encontramos las apraxias cuyo deterioro manifiesta la incapacidad para llevar a cabo actividades motoras, aunque la capacidad motora se encuentre intacta, también presentan la disminución de las capacidades de utilización de objetos o de ejecutar tareas habituales. Las apraxias pueden contribuir en dificultades tales como cocinar, vestirse o dibujar (APA, 2005).

Cuadro 2.1 - Las apraxias por característica clínica y neuroanatómica de Marsden, C. D. (2007). *The Apraxia's are Higher-Order Defects of Sensorimotor Integration*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.

Tipos de Apraxia	Características Clínicas	Características Neuroanatómicas
Motora	Limitaciones de los movimientos finos. No implica la manipulación de objetos. Movimiento voluntario comprometido	
Ideomotora	Incapacidad de manipular objetos. Fuerza muscular normal	Lóbulo frontal y parietal
Ideativa	Incapacidad de realizar secuencia de movimientos adecuadamente coordinados	
Constructiva	Incapacidad de dibujar figuras geométricas o copiar figuras bidimensionales o tridimensionales	Lóbulo parietal derecho o izquierdo
Marcha	Incapacidad o dificultad de andar. Fuerza e equilibrio mantenidos	Pre-frontale o fronto-calosa
Buco-facial	Incapacidad de sonreír, silbar, enrugar la frente, ni por comando verbal, ni por imitación	Frontal inferior y Ínsula
Vestir	Dificultades en realizar acciones relacionadas con el vestir, sin intervención de otras personas	Parte posterior del hemisferio derecho o temporo-parietal

### 2.1.1. Las Apraxias

La apraxia se define como la incapacidad para llevar a cabo correctamente movimientos de las extremidades, y que no pueden ser explicados por alteraciones motoras elementares, déficits sensoriales o problemas cognitivos (Ochipa & Rothi, 2000). Los movimientos (praxis) se pueden clasificar en dos categorías principales: los gestos y el uso de objetos. Aunque la mayoría de las pruebas clínicas sobre la apraxia se centren en el examen de los gestos, cuyo trastorno ha demostrado ser predictivo de dificultades en el uso real de objetos y limitativo en la capacidad de ejecutar tareas (Goldenberg & Hagmann, 1998; Poizner, Clark, Merians, Macauley, Rothi & Heilman, 1995).

La apraxia ocurre comúnmente como resultado de un accidente cerebrovascular y suele ser del lado izquierdo, los datos sobre accidentes cerebrovasculares, referidos en estudios efectuados en institutos sanitarios de rehabilitación y enfermería, presentan que entre 30 y 51,3%, de los individuos con este tipo de accidente tienen de hacer rehabilitación para minimizar las disfunciones adquiridas por las apraxias (Donkervoort, Dekker & Deelman, 2006; Zwinkels, Geusgens, van de Sande & Van

Heugten, 2004). Esta incapacidad de movimientos puede tener otras etiologías y diferentes procesos de rehabilitación, aunque existan muy pocos estudios sobre el tratamiento de la apraxia (Buxbaum et al, 2008; Smania, Girardi, Domenicali, Lora & Aglioti, 2000).

El sistema de la praxis se puede representar por modelos multimodales, aunque estos modelos pueden servir para aumentar la complejidad del sistema praxico como consecuencia de las distintas formas en que se pueden descomponer para producir la apraxia. Existen pocas medidas de evaluación estandarizadas y menos que ayuden a hacer la distinción entre la integridad de los diversos aspectos del sistema de praxis, como es el caso de la vía relacional de comparación del rendimiento de la prueba, y la patológica de varianza normal, cuanto al rendimiento.

Un modelo neuropsicológico intenta explicar el procesamiento praxico (Rothi, Ochipa & Heilman, 1991; Rothi, Raymer & Heilman, 1997) centrado en los gestos a partir del modelo original de Liepmann (Liepmann, 1977; Liepmann, 1980) y del modelo de Roy y la Plaza de modelo del procesamiento praxico normal (Roy, 1983; Roy, 1985). Aunque el real interés del modelo es presentar sus características claves como forma facilitada de entendimiento de la complejidad de evaluar las apraxias (Power, Code, Croot, Sheard & Rothi, 2010):

1. Componentes conceptuales y léxicas. El principio de distinción se hace entre el conocimiento conceptual de las acciones (el sistema semántico de la acción) y el léxico de las representaciones de las acciones previamente vista o producida (el léxico de la acción);

2. Léxicos de la acción. El léxico de entrada de la acción incluye recuerdos de ver acciones, por ejemplo los gestos y acciones con los objetos, y es una vía común utilizada tanto en el reconocimiento como en la imitación de gestos familiares. El

léxico de salida de la acción, contiene recuerdos de acciones elaborados previamente y se acceden en la producción del mismo gesto;

3. Traducción directa del análisis visual de patrones. Estímulos de acción novedosos o sin sentido tales como posturas individuales o secuencias de movimientos, que requieren análisis y traducción visual directa de patrones motores. Se propone que la ruta no léxica se utilice para imitar las acciones sin sentido;

4. Vías de entrada multimodales. A través de diferentes vías pre-semánticas se proponen acciones de procesos provocados a través de diferentes modalidades de estímulo: la ruta de reconocimiento de objetos (gestos de objeto o imágenes), la ruta de procesamiento auditivo (gestos de orden verbal) y la ruta de procesamiento visual temporal observada por gestos (la imitación o el movimiento visto);

5. La separación del sistema semántico de acción, tanto en el léxico de entrada como en el de salida. Algo independiente del conocimiento de las características físicas de un movimiento representado en los léxicos de acción, la comprensión y el control de las acciones dependen del conocimiento conceptual asociativo y mecánica de cómo se realiza la acción representada por el sistema semántico de acción;

6. La separación del sistema semántico de acción, de una no-acción, sistema semántico central, donde se propone que la acción del sistema semántico sea distinto de una no-acción. El conocimiento semántico verbal acerca de los objetos y las acciones se considera parcialmente representado independientemente del conocimiento de la acción;

7. Aparecen dos dominios independientes de acción semántica del conocimiento. La acción del conocimiento semántico puede tener componentes distintos, incluido un conocimiento asociativo de las relaciones de acción con la herramienta, y el conocimiento de las ventajas mecánicas de las herramientas;

8. Representación diferencial de gestos transitivos e intransitivos. Una acción con un gesto (que requieren el uso de un objeto, como cepillarse los dientes con un cepillo dental), donde lo transitivo está representado diferencialmente por el gesto intransitivo (movimientos que no requieren el objeto).

Por falta de trabajos de investigación en esta área y por ser una alteración bastante común en las demencias, utilizamos las 8 características de comprensión presentadas en el Florida Apraxia Battery–Extended and Revised Sydney – FABERS (Power et al., 2010). Del estudio se verifican errores de patrón en la evaluación de las apraxias, debido a limitaciones léxicas de la instrucción verbal o de su asociación con el gesto o con el objeto a utilizar para desempeñar el gesto, o simplemente, porque entre el gesto simple sin objeto y el gesto con el objeto propiamente dicho se puede verificar una situación relacional diferente de la esperada (Power et al., 2010).

Otro test utilizado para la detección de las apraxias es el Test: Upper Limb Apraxia – TULIA, que presenta en su marco teórico la preocupación frente a la evidencia clínica de que los pacientes apráxicos pueden diferencialmente estar afectados por los dominios y aspectos semánticos (Vanbellingena, Kerstenb, Van-Hemelrijka, Van-Winckelc, Bertschid, Murid, Weerdte & Bohlhalterd, 2010) que corroboran con la idea del Florida Apraxia Battery–Extended and Revised Sydney – FABERS.

Así, entre el reconocimiento de que la apraxia es un trastorno cognitivo-motor con considerable impacto en la vida cotidiana, y su prevalencia en las demencias y enfermedades degenerativas, acrecida de la dificultad de una evaluación exacta del problema y de su tipología, han conseguido una atención especial a los problemas praxicos. Por otro lado, así como con las psicosis, las alteraciones praxicas pueden ser confundidas como hemos visto, con las asociaciones de gestos con objetos o

simplemente con la semántica, pero también con otras alteraciones como es el caso común de las agnosias visuales y incluso, con alteraciones del comportamiento.

En las agnosias el fallo en el reconocimiento de objetos a pesar del enfermo mantener las funciones sensoriales puede variar lo bastante como para crear seis subtipos de agnosia. Un sujeto puede tener agudeza visual normal, pero perder la capacidad de reconocer objetos como una silla o un lápiz, pueden aún, ser incapaces de reconocer a los familiares o su propia imagen cuando es reflejada en un espejo, o tener sensaciones táctiles corrientes, pero siendo incapaces de identificar objetos, por el tacto cuando están en sus manos (APA, 2005).

Cuadro 2.2 - Las agnosias por característica clínica y neuroanatómica de Gil, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Masson S.A.

Tipos de Agnosia	Características Clínicas	Características Neuroanatómicas
Visual	Incapacidad de reconocer algunos componentes del mundo, o sea, objetos, sea por su forma, significado o color	Lóbulo occipital, área visual primaria o estriada, áreas visuales extra-estriadas
Espacial	Incapacidad o dificultad de percepción espacial de estímulos de objetos del medio ambiente	Lesiones hemisféricas cerebrales posteriores
Auditivas	Incapacidad de reconocer sonidos comunes o vulgares. Amusia (hemisferio izquierdo, o ritmo; hemisferio derecho, la melodía)	Lóbulo temporal
Táctiles	Incapacidad de interpretar datos a través del tacto	Lóbulo parietal
Prosopagnosia / Agnosia de los rostros	Incapacidad de reconocer los rostros de los familiares o el suyo	Lesiones Temporo-occipitales unilaterales o bilaterales
Asomatognosia	Alteración de la representación mental del cuerpo (esquema corporal)	Lóbulo parietal

### 2.1.2. De la Agnosia a la Agnosia Visual

Es normal encontrar agnosias en las demencias y aún es más normal que en pacientes con demencias sin alteraciones de reconocimiento de objetos y sin alteraciones de sus capacidades visuales puedan sufrir de agnosia visual. Esta afirmación propone que la agnosia visual pueda verse como un síndrome sui generis, basada en 3 diferentes dimensiones: la fisiológica, la oftalmológica y la neurológica (Baumann, 2011).

La primera descripción detallada de agnosia visual fue dada por el fisiólogo Hermann Munk que descubrió un síndrome al cual llamo *Seelenblindheit* y cuya traducción quiere decir: “ceguera mental” o “ceguera psíquica”. Sus investigaciones siguieron por la fisiología de la corteza cerebral, su objetivo era averiguar donde se podrían localizar las funciones visuales, acústicas y somato-sensoriales. Este autor trabajó con pequeñas escisiones corticales que requerían una técnica neuroquirúrgica apropiada y se obtuvieron los resultados reales en los estudios de comportamiento con animales que se recuperaron de las operaciones y podrían considerarse saludable, con la excepción del déficit debido a la lesión previa (Munk, 1881).

De sus peculiares estudios del lóbulo occipital y de sus operaciones en animales con lesión en esa misma área, concluyo que ellos podrían ver, pero no eran capaces de entender el significado de los objetos observados; habían perdido lo que él llamó *Erinnerungsbilder*, o sea, el lugar donde se almacena las imágenes visuales, y que esta pérdida fuera causada por la *Seelenblindheit*, es decir, por la ceguera psíquica. En general, los animales podrían aprender de nuevo lo que se había extinguido en su memoria por la intervención neuroquirúrgica. La recuperación requeriría sólo unas seis semanas, tras este tiempo, habría sido difícil distinguir a los animales operados de los normales sanos (Munk, 1881).

A partir de los resultados de Munk Hermann Wilbrand, oftalmólogo, que justificó el problema a partir de la hemianopsia, como diagnostico típico de enfermedades cerebrales (Wilbrand, 1881). En este trabajo reunió 154 pacientes que sufrían defectos del campo visual, intentando correlacionar los cuadros clínicos con las lesiones subyacentes del cerebro y se llegó a la conclusión de que la hemianopia puede ser causada no sólo por la destrucción de la vía óptica, en el pulvinar del tálamo y de la materia blanca del lóbulo posterior, sino también, por las lesiones de la corteza



occipital. Mas tarde investigó otros casos y cuestiones debatidas sobre las relaciones entre la agnosia visual y otros trastornos como la hemianopsia, alexia y agrafia (Wilbrand, 1887).

En 1888, el Neurólogo, Heinrich Lissauer conoció a un paciente con síntomas tan intensos y puros, simultáneamente, como jamás otra publicación sobre el tema de la ceguera psíquica pudiera haber descrito, la presentación clara del caso y la originalidad de la interpretación hizo de su trabajo un hito de la neurología (Lissauer, 1890; Lissauer & Jackson, 1988). De acuerdo con sus consideraciones teóricas, hay dos tipos de agnosia visual: aperceptiva y asociativa. Esta distinción resistió la prueba del tiempo y se puede encontrar en dos modernos libros de texto de la neuropsicología clínica (Heilman & Valenstein, 2003) y en las monografías recientes sobre agnosia visual (Farah, 2004). Lo que es menos conocido es que los datos post-mortem de pacientes de Lissauer estén disponibles (Hahn, 1895), y debido a su temprana muerte, Lissauer no tuvo la oportunidad de conocer en qué medida los resultados neuropatológicos confirmaron sus puntos de vista.

El éxito del modelo de Lissauer se basa en un trabajo de diagnóstico inusualmente profundo con un paciente. Al comienzo de las investigaciones de diagnóstico, el paciente no estaba en condiciones de leer aunque podía escribir un dictado, y por iniciativa propia. Pero cuando se le pidió que leyera lo que había escrito, no entendía el significado de su texto escrito, esto era debido a una alexia, que conforme fue disminuyendo, el paciente pudo leer correctamente al alrededor de 4 o 5 palabras en una frase de 12 (Lissauer, 1890).

Según el modelo de Lissauer, el proceso de reconocimiento consta de dos componentes o etapas: percepción y asociación. Percepción es la apreciación consciente, confinada a una modalidad sensorial, por ejemplo, la visión, que le da al

sujeto la impresión de algo visible. Asociación, por otra parte, sería la impresión de enlaces con el conocimiento previamente retenido, que se entiende como el significado de los objetos percibidos. Para Lissauer, es concebible que la percepción dependa de la actividad cortical local, mientras que la asociación es el resultado de una actividad bastante uniforme de la corteza como un todo, que implicaría conexiones transcorticales intactas (Lissauer, 1890).

El modelo de Lissauer proporciona así la base para una distinción entre una limitación perceptiva, una ceguera psíquica asociativa o una agnosia visual (Lissauer, 1988). Este especuló, que un deterioro como la ceguera psíquica sólo es concebible si los dos hemisferios están seriamente afectados al mismo tiempo (Lissauer, 1890). La agnosia visual asociativa, de hecho, se ve con frecuencia después de un infarto bilateral de las arterias cerebrales posteriores (Farah, 2004).

### **2.1.3. De la Agnosia Visual a la Prosopagnosia**

El reconocimiento facial es sin duda la más poderosa fuente de información que utilizamos para identificar a personas. Por esta razón, se ha destacado la prosopagnosia de la agnosia visual, siendo actualmente un tipo de agnosia independiente de cualquier otra (Bodamer, 1947). La prosopagnosia afecta específicamente el reconocimiento de rostros, este término ha desempeñado un papel dominante en el estudio de la identificación incorrecta de personas, de alguna manera lleva al descuido de la descripción de los pacientes que muestran un defecto multimodal en el famoso acto de identificación y descripción de personas (Ellis, Young & Critchley, 1989; Hanley, Young & Pearson, 1989).

Esta tendencia de considerar todo tipo de trastorno de reconocimiento de la cara como prosopagnosia persistió, a pesar de las diferencias en cuanto a los modelos cognitivos que presentaban sobre el reconocimiento de la cara (Bruce & Young, 1986) y de la identificación de personas (Valentine, Brennen, & Bredart, 1996). De acuerdo con estos modelos, la prosopagnosia se debe a la interrupción de las entidades puramente visuales, de las unidades de reconocimiento de la fase, donde se comparan las descripciones estructurales de todas las caras conocidas, con las caras actualmente vistas. Los trastornos de reconocimiento de personas multimodales se deben, por el contrario, a la interrupción de las entidades supramodales de los modos de identidad de la persona, donde la información procede de las unidades de reconocimiento de voz y del nombre de forma convergente, identificándose como pertenecientes a la misma persona (Gainotti, Barbier & Marra, 2003).

Siendo considerada clínicamente como una forma de agnosia visual, y desde el punto de vista cognitivo como la consecuencia de la alteración de las unidades puramente visuales, la prosopagnosia es un trastorno limitado a la modalidad visual, que puede ser compensada por la información procedente de otras modalidades, tales como la voz o el nombre de las personas. Por el contrario, en los pacientes con trastornos de reconocimiento de personas multimodales, todas las modalidades de reconocimiento están igualmente disminuidas. La importancia de cara al reconocimiento de las personas, permítenos entender una serie de estudios clínicos antiguos y los más recientes, en los que los autores han etiquetado como prosopagnosia un defecto multimodal más general de reconocimiento de los familiares, si bien se reconoce que en sus pacientes el reconocimiento del defecto no se limitó a la modalidad visual (Gainotti, 2010).

El diagnóstico erróneo entre la agnosia visual y la prosopagnosia pueden no tener consecuencias drásticas en los enfermos con demencia, pero no entender un fallo perceptivo y confundirlo con una agnosia o con una prosopagnosia, sí que puede confundir alteraciones comportamentales con alteraciones cognitivas subyacentes y no relacionadas con la personalidad.

#### **2.1.4. Agnosia, Prosopagnosia o Consciencia Visual**

Las percepciones visuales conscientes y inconscientes, pueden ser formas de promover la comprensión de la conciencia. Hay varias formas de entendimiento de la conciencia, así como las relaciones conciencia/visión, pensamiento/emoción o dolor, y así sucesivamente. La autoconciencia es probablemente un caso especial de la conciencia visual que tiene un peso muy importante en el bienestar de los enfermos con demencia. A pesar de los sofisticados instrumentos capaces de detectar y medir la actividad cortical, aún se debe reservar lugar para una técnica mucho más simple y más vieja, el de la observación clínica. Técnicas psicofísicas tales como la perimetría del campo visual, la evaluación de la visión, del color, movimiento perceptivos, y otras pruebas viso-perceptivas que son indispensables para evaluar correctamente el sistema visual (Celesia, 2010).

Las alteraciones viso-espaciales son alteraciones bastante específicas de las demencias y sus limitaciones son observables durante toda la enfermedad, pero fácilmente confundibles con agnosia visual, agnosia de los rostros o prosopagnosia. La conciencia visual puede estar influenciada por otras formas de conciencia, como la conciencia auditiva, olfativa o somato-sensorial, y estas formas de conciencia pueden explicar la conciencia del color de un objeto, sin tener la conciencia de su forma o de

su olor. Esto indica que la conciencia perceptiva es modular, con correlatos neuronales de la representación múltiple de la conciencia especializada, pero por vía de estructuras separadas. Además, estas áreas de procesamiento cortical son también áreas de percepción (Celesia, 2010; Zeki, 2008).

Claro que podría ser especulativo en una teoría de la mente, la forma como las diversas estructuras están entre sí, pues la neurociencia ha demostrado tanto en estudios clínicos como en estudios de laboratorio, que existen relaciones específicas en la conciencia visual a partir de investigaciones que involucran a seres humanos, como es el caso del conocimiento en relación a la conciencia perceptiva, y así justificando cómo es posible tener conciencia de un color y no tenerla del movimiento de un mismo objeto. Estos mismos estudios comprueban la integración perceptual en forma modular, permitiendo que la integración de la información así como su conciencia sea efectuada por procesos y estructuras diferentes y finalmente, la integración entre las diferentes regiones corticales en un proceso rápido y fluido, con múltiples vías de comunicación sintonizadas a diferentes frecuencias (Celesia, 2010; Peissig & Tarr, 2007).

A pesar de este progreso, la conciencia perceptiva visual, todavía se enfrenta al desafío del desarrollo de una teoría completa que integre una estructura cada vez mayor de resultados y que explique cómo percibimos, reconocemos y somos conscientes de los objetos, sus circunstancias y nuestra relación con ellos. Aunque aquí, la pertinencia está en la diferenciación de otras limitaciones visuales que se puedan confundir y alterar con un diagnóstico que puede estar más sobre alteraciones comportamentales o problemas de conciencia viso-espaciales tan vinculados a las demencias, como son también las agnosias visuales, las prosopagnosias o los simples problemas de vista naturales en personas mayores.

Luego, una de las más importantes alteraciones funcionales es la pérdida de la capacidad para producir o comprender el lenguaje, las afasias, que comprometen la comunicación verbal en diferentes formas. El discurso del sujeto con afasia puede tornarse vacío y vago, y en estados demenciales avanzados, el sujeto puede permanecer con mutismo o con un patrón deteriorado del discurso, caracterizado por la ecolalia o la palilalia (APA, 2005).

Cuadro 2.3 - Las Afasias por limitaciones, cuadro clínico y región acometida de Quadro: Delgarrondo, P. (2000). Psicopatología e semiología dos trastornos. São Paulo: Artmed Editora S. A. - p.p. 145. Columna del Cuadro Clínico Asociado: Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2003). Principios da Neurociência. 4ª (ed). Barueri: Manole. Columna de nominación: Habib, M. (2002). Bases Neurológicas do Comportamento. 1ª Edição. Lisboa: Climpsi Editores.

Tipo de Afasia	Fluencia / Nominación	Compresión	Repetición	Cuadro clínico Asociado	Región Acometida
Broca	No fluente / Limitada	Intacta	Comprometida	Hemiparesia derecha. Depresión.	Frontal inferior
Wernicke	Fluente	Comprometida	Comprometida	Ausencia de señales motores. Ansiedad, agitación, euforia o paranoia	Temporal superior izquierdo
Conducción	Fluente	Intacta	Comprometida	Frecuentemente sin señales (flaqueza del brazo derecho)	Fascículo arqueado
Global	No Fluente / Limitada	Comprometida	Comprometida	Hemiplejia a la derecha	Área de Broca e de Wernicke
Tálamo	Fluente	Comprometida	Intacta	Mutismo, disartria grave y hemiparesia	Talamo
Transcortical Motora	No Fluente / Limitada	Intacta	Intacta	Flaqueza del lado derecho. Dificultad en iniciar una conversación	Frontal medial ou área superiora de Broca
Transcortical Sensorial	Fluente	Comprometida	Intacta	Ausencia de señales motores. Ecolalias	Giro angular
Transcortical Mista	No Fluente / Limitada	Comprometida	Intacta	Algunos señales motores. Ecolalias.	Lesiones de las afasias transcorticales motoras y sensoriales
Anómica	Fluente	Intacta	Intacta	Acalculia, desorientación de uno de los lados, agrafia y agnosia. Dificultades en encontrar la palabra exacta	Temporal anterior / Giro

La verbalidad es apenas una parte de las posibles alteraciones funcionales de la comunicación normalmente asociadas a las afasias, que pueden asociarse a limitaciones de escritura y lectura (McCarthy & Warrington, 1990). Así, podemos encontrar por lo menos ocho formas de agrafia, además de la digrafía:

Cuadro 2.4 - Las agrafias por variables psicolingüísticas y tipos de errores de Ortiz, de K. Z. (2005). *Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje e cognición*. Barueri: Manole p.p. 223 y la digrafia de Boone, D. R., & Plante, E. (1994). *Comunicação humana e seus distúrbios*. 2 (ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Agrafias	Tipo	Variáveis psicolingüísticas en las cuales los pacientes presentam errores	Tipos de erros (para grafias)
Lexical	Central	Palabras irregulares	Regularización
Fonológica	Central	Palabras no-frecuentes, no palabras, palabras extensas	Grafêmicos (substituciones, omisiones, acrecimos)
Profunda	Central	Palabras no-frecuentes, no palabras	Grafemas, semánticos
Global	Central	Palabras no-frecuentes, no palabras	Grafêmicos (solo es capaz de escribir pocas palabras frecuentes)
Do <i>buffer</i> grafemico	Periférica	Palavras extensas	Grafemico (omisos, transposiciones)
Do <i>buffer</i> alográfico	Periférica	Todos los tipos de estímulos	Alternancia de mayúscula con minúscula, alternancia de la fuente (baston x cursiva), errores grafemicos
Del patron de movimientos manuales para la escrita	Periférica	Todos los tipos de estímulos	Preservación, macrografía, micrografía, mala formación del grafismo
Mixta	Central y Periférica	De acuerdo con los procesamientos afectados	De acuerdo con los procesamientos afectados
Disgrafía	Motora	Alteraciones de la escrita en su forma o significado	Componente motora

Las alteraciones de la lectura se dividen en un grupo de cinco subtipos de dislexias y tres subtipos de alexias:

Cuadro 2.5 - Las dislexias y alexias por características clínicas y neuroanatomicas de Ortiz, K. Z. (2005). *Disturbios neurológicos adquiridos: lenguaje e cognición*. Barueri: Manole. *Dyslexia's*: Farah, M.J., Stowe, R.M. & Levinson, K.L. (1996). *Phonological dyslexia: Loss of a reading-specific component of the cognitive architecture?* *Cognitive Neuropsychology*, 13, 849-868.

Dislexias / Alexia	Características Clínicas	Características Neuroanatómicas
Negligencia	Lectura de la mitad derecha del texto, errores en palabras asoladas y errores de omisión o substitución de las letras iniciales de las palabras	Lesiones en la región de la arteria cerebral mediana del hemisferio derecho envolviendo los lóbulos frontal, temporal y parietal
Profunda	Paralexias semánticas (lectura en voz alta) y parafasias y errores semánticos (nominación y discurso)	Lesiones extensas en el hemisferio dominante (corticales o subcorticales).
Fonológica	Capacidad de crear palabras a partir de no-palabras, dificultades en agrupar palabras y nominar por asociación	Lesiones extensas en el hemisferio dominante (corticales o subcorticales).
Assemántica	Lectura de palabras irregulares, sin tener conocimiento de su significado (lectura lexical, sin acceso semántico)	Se sabe muy poco sobre las áreas neuroanatomicas de este tipo de dislexia
Superficie	Lectura de neologismos (no-palabras) y palabras regulares, incapacidad de leer palabras irregulares y irregularidad en el sistema semántico	Disfunción en la región temporal mediana y postero-superior del hemisferio izquierdo.
Alexia Pura	Incapacidad semántica de la lectura (sin comprensión), pero con escrita conservada	Conexiones entre el lóbulo occipital y las áreas lingüísticas del lóbulo temporal y conexiones del hemisferio derecho
Alexia con Agnosia	Dificultad en la identificación de las palabras, lectura literal o escondida, generalmente es utilizado el dedo para acompañar la lectura	Asociada a lesiones que incluyen el lóbulo occipital
Alexia con Agrafia	Perdida de lectura y escrita	Lesión en el gyrus angular en la parte posterior-superior del lóbulo temporal y en la junción del parietal inferior

Otros problemas lingüísticos podrán surgir, asociados o de forma independiente a las alteraciones diversas del lenguaje descritas en los cuadros anteriores:

Cuadro 2.6 - Otras perturbaciones del lenguaje y su caracterización de Costa, M. F. (2005). Diccionario de términos médicos. Porto: Porto Editora.

Perturbación	Caracterización
Mutismo	Incapacidad voluntaria o involuntaria para hablar
Ecolalia / Ecofrasia	Repetición automática o involuntaria de los sonidos, palabras o frases.
Dislalia	Dificultad de pronunciación de palabras debido a la perturbación orgánica o funcional de los órganos de la fonación
Bradilalia / Bradifasia	Articulación lenta de palabras
Bradiacúsia	Dureza de oído
Palilalia	Repetición involuntaria de una o más palabras
Paralexia	Repetición anormal de palabras o frases durante a lectura
Agramatismos / Agramafasia	Transtorno afásico en que se observa un defecto en la sintaxe gramatical del lenguaje
Anomia	Imposibilidad de reconocer objetos y de darles sus nombres
Estereotipia	Repetición transitoria o permanente de las formas automáticas o conscientes de los gestos, palabras o movimientos
Musitación	Movimiento de los labios sin emisión de palabras o sonidos
Neologismos	Utilización de palabras nuevas. Palabra antigua con nuevo sentido. Palabras sin sentido
Grafología	Utilización exagerada y constante de neologismos
Jargonofasia	Tipo de afasia motora caracterizada por enfermos que dicen sílabas y palabras sin sentido
Parafasias	Forma de afasia en que se verifica la utilización errónea de palabras, por lesión del centro del lenguaje
Paragramatismo	Perturbación del lenguaje, en el que no se consigue colocar correctamente las palabras en su forma gramatical. Utilización errónea de las palabras
Coprolalia / Coprofemia	Tendencia patológica de hablar con palabras obscenas
Manierismos	Alteración de los movimientos que pueden surgir en ciertas enfermedades psíquicas, caracterizado por gestos extravagantes, afectados o prolijos
Paragrafia	Utilización de una palabra cuando se pretende escribir otra, incapacidad de escribir palabras dictadas, a pesar de que las palabras sean oídas y comprendidas

Además de las alteraciones lingüísticas en las demencias, podrán surgir también síntomas conductuales y psicológicos. Según Lyketsos, López, Jones, Fitzpatrick, Breitner & DeKosky (2002), un 80% de los enfermos con demencia padecen alteraciones conductuales y psicológicas, las cuales pueden a veces dificultar el diagnóstico, pero una vez diagnosticada la demencia estas mismas alteraciones, pueden ayudar a encontrar un subtipo de las mismas. Podemos referir por ejemplo



alteraciones de conducta social desinhibida, de la conducta alimentaria o sexual, como las más comunes en las demencias frontotemporales, así como las compulsiones, comportamientos estereotipados y apatía (Giordana et al., 2011; McKhann et al., 2011; Rosness, Haugen, Passant & Engedal, 2008).

En demencias de tipo Cuerpos de Lewy, pueden surgir psicosis, incluso alucinaciones visuales, puesto que el trastorno de conducta asociado a las dificultades del dormir, aparecen igualmente en la Enfermedad de Parkinson. (Emre, Arslan, Brown, Burn, Duyckaerts, Mizuno et al., 2007; McKeith, Dickson, Lowe, Emre, O'Brien, Feldman et al, 2005; Peeraully, Yong, Chokroverty, & Tan, 2012). Las personas con demencia son altamente vulnerables a los cambios de su entorno, recomendándose así, las rutinas, porque los cambios inesperados pueden empeorar tanto los déficits cognitivos como las alteraciones conductuales y psicológicas.

Otras alteraciones sintomatológicas pueden ayudar al diagnóstico, así como los movimientos involuntarios en el Parkinson o en la enfermedad de Huntington, o el síndrome cerebeloso (ataxia) en los Cuerpos de Lewy, o la liberación de reflejos primitivos en el caso del Alzheimer, aunque en esta última, las manifestaciones motoras sean bastante escasas (Molinuevo & Casanova, 2009).

No obstante, y según los mismos autores Molinuevo y Casanova (2009), no existe ningún criterio que nos permita un diagnóstico con base en las alteraciones conductuales y psicológicas, por eso el criterio ha sido el etiológico. Este criterio considera tres grandes categorías: las demencias degenerativas primarias, las demencias secundarias y las demencias mixtas o de etiología múltiple.

## **2.2. Criterios etiológicos de la demencia**

Las demencias degenerativas primarias se caracterizan normalmente como causadas por un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central, no excluyendo que la enfermedad pueda afectar otros órganos. Las enfermedades degenerativas cerebrales, como el Alzheimer, son la causa más frecuente de demencia y aunque todavía se desconozcan las causas, en los últimos años se han identificado formas hereditarias, y se han destacado factores genético predisponentes en la mayoría de las demencias degenerativas (Kaufer & Cummings, 1997 e Molinuevo & Casanova, 2009).

Las principales formas de demencia degenerativas primarias son: la Enfermedad de Alzheimer (Mayeux et al., 2011); Cuerpos de Lewy (Singh, 2005); Parkinson (Peeraully et al., 2012) y las demencias frontotemporales (Giordana et al, 2011). Existen también enfermedades neurodegenerativas que pueden cursar con demencia: la enfermedad de Huntington, enfermedades priónicas, parálisis supranuclear progresiva, degeneración cortico basal o otras enfermedades degenerativas infrecuentes.

La demencia vascular es otra gran área de las demencias degenerativas y aparecen posteriormente a una o varias lesiones vasculares. (Blossom, Stephan & Brayne, 2008). La demencia vascular más vulgar es la demencia multiinfarto y sus déficits cognitivos dependen de la localización de los infartos; la demencia por infarto estratégico, es un tipo de infarto que surge en una localización de tal forma que afecta a varias funciones cognitivas; la demencia vascular subcortical surge en la substancia blanca y la demencia post-ictus es una demencia que se desarrolla después de un ictus.

Las demencias del tipo mixta es la convergencia neuropatológica diversa, aunque uno de los tipo tiende a ser predominante. Un tipo de demencia mixta de las

más importantes es la demencia por lesión hemorrágica, que normalmente combina la demencia vascular con la enfermedad de Alzheimer, que normalmente se denomina como demencia vascular con posible Enfermedad de Alzheimer. Esta fue la forma más habitual en un estudio neuropatológico, donde la demencia mixta representó el 53% de los casos, una revisión efectuada por el consorcio BrianNet, con 3300 cerebros de pacientes con demencia procedentes de centros europeos (Kovacs, Colcombe, McAulley, Scalf, Erickson et al., 2008).

Finalmente, las demencias secundarias, que son causadas por un trastorno no degenerativo y que no tiene origen en el sistema nervioso. Sus causas son variadas y pueden surgir de problemas vasculares, infecciosos, endocrinos, toxicológicos o por otras patologías que en su evolución clínica puedan desarrollar una demencia. En este tipo secundario de demencia se pueden encontrar procesos estructurales del sistema central nervioso como los tumores, hematomas subcorticales, hidrocefalias de presión normal, traumatismos craneoencefálicos, alteraciones nutricionales, insuficiencia hepática o renal, enfermedades neurológicas o autoinmunes (Baquero, Pardo & Lozano, 2009; Molinuevo & Casanova, 2009; Oslin, Atkinso, Smith & Hendrie, 1998;).

### **2.3. Factores de riesgo en la demencia**

En los factores de riesgo de la demencia existen tres grandes: el grupo de los factores de riesgo no modificables, el grupo de los factores de riesgo potencialmente modificables y el grupo de los factores de riesgo modificables. Aún así, es importante recordar, que no hay prueba de que si se modifican determinados factores de riesgo ,por ello se pueda reducir la incidencia de demencia (GPAD, 2009).

### **2.3.1. Factores de riesgo no modificables**

La edad puede ser considerada por si sola como un factor de riesgo, que además influye sobre otros factores. Su mayor incidencia es sobre las demencias del tipo Enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares y Cuerpos de Lewy, aunque de forma menos frecuente puede ser un factor de riesgo en otros tipos de demencias. La prevalencia de la demencia en la Enfermedad de Alzheimer y en las demencias vasculares se duplica a cada 5 años, aproximadamente (Fratiglioni & Wang, 2007; Gao, Hendrie, Hall & Hui, 1998).

Con relación al género, es el sexo femenino que lleva el mayor riesgo de tener demencia, principalmente en la Enfermedad de Alzheimer, al sexo masculino el riesgo de padecer de demencia es más acentuado en las demencias vasculares (Alcalá & Pareja, 2008; Azad, Bugami & English, 2007).

En lo que respecta a la influencia genética de los familiares la prevalencia es especialmente incidente en la Enfermedad de Alzheimer, en familiares de primer grado existe entre un 10 y un 30% de posibilidades de que se desarrolle la enfermedad. Los estudios han verificado que la prevalencia en los casos de demencias que surgen entre los 75 y los 80, años no tienen gran influencia en la historia familiar (Álvarez & Rodríguez, 2004; Duijn, Stijnen, & Hofman, 1991; Lee, 2003).

### **2.3.2. Factores de riesgo potencialmente modificables**

Estos factores dependen de la prevención, aunque en muchos de ellos son ya una preocupación de los servicios primarios de salud, como es el caso de los factores

de riesgo vasculares. Los riesgos de accidente vascular pueden emerger en una demencia del tipo vascular o mixta, esto es, con posibilidad de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer (Patterson, Feightner, García & MacKnight, 2007; Sharp, Arslan, Day, Sonnesyn & Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group Clive Ballard, 2011).

En varios estudios de revisión, longitudinales y que valoraron la demencia en relación a problemáticas vasculares a partir de la hipertensión arterial, de las diabetes millitus, de la dislipemia y de la obesidad, se verificó su prevalencia en las demencias (Kloppenborg, Berg, Kappelle & Biessels, 2008). Aún así, las problemáticas más consistentes con el riesgo de prevalencia en la enfermedad son los diabetes millitus y la obesidad (Grodstein, 2007; Irie, Fitzpatrick, López, Kuller, Peila, Newman et al, 2008; Sharp et al., 2011), y las problemáticas de mayor riesgo son la hipertensión arterial, obesidad y dislipemia en la edad media de la vida (Korczyn, Vakhapova & Grinberg, 2012).

La hipercolesterolemia ha demostrado su prevalencia en las demencias a partir de diversos estudios longitudinales, que demuestran que el colesterol total en edad media de vida puede aumentar los riesgos, aunque los resultados sean diferentes para el colesterol total en edad avanzada. No obstante, la asociación del colesterol y la Enfermedad de Alzheimer no se encuentra en ningún estudio realizado (Anstey, Lipnicki y Low, 2008; Stefanova, Pavlovic, Jovanovic, Veselinovic, Despotovic, Stojkovic, Sternic & Kostic, 2012).

Otra relación que se puede encontrar es la hiperhomocisteinemia, que según algunos estudios pueden aumentar la incidencia para demencias de cualquier tipo, pero se administra el complejo vitamínico B y la normalización de los niveles de homocisteína, no presentan mejoras cognitivas (Azad, Bugami & English, 2007;

Korczyn, Vakhapova & Grinberg, 2012; Patterson et al., 2007).

La relación entre las anemias y las demencias ha surgido también en algunos estudios, según ellos existe una relación significativa. Un análisis de estudios anteriores presentó resultados que son más significativos en las mujeres, aunque no exista literatura suficiente para inferir tales deducciones (Peters, Burch, Warner, Beckett, Poulter & Bulpitt 2008; Korczyn, Vakhapova & Grinberg, 2012).

El hipertiroidismo y los niveles de hormonas sexuales en la sangre pueden presentar una posibilidad de riesgo en la Enfermedad de Alzheimer (Patterson et al., 2007 e Stefanova et al., 2012). La depresión es otro factor biológico de riesgo para las demencias, principalmente para la Enfermedad de Alzheimer donde se da un mayor riesgo (Karttunen, Karppi, Hiltunen, Vanhanen, Valimaki, Martikainen, Veltonen, Sivenius, Soininen, Hartilainen, Suhonen & Tuula Pirttila for the ALSOVA study group, 2011; Ownby, Crocco, Acevedo, John & Loewenstein, 2006; Rosness, Mjorud & Engedal, 2011).

### **2.3.3. Factores de riesgo modificables**

Son varios los factores del día a día que se podrían cambiar en pról de disminuir el riesgo de las demencias o otras patologías. La actividad física, por ejemplo, es imprescindible para la salud, un estudio canadiense demostró que el ejercicio regular podría ser un factor a favor para evitar una mayor prevalencia en la Enfermedad de Alzheimer (Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede & House, 2010; Patterson et al., 2007; Patterson, Feightner, García & MacKnight, Sadovnick, 2008). Además, el ejercicio físico es ventajoso para evitar complicaciones a nivel cardiovascular.

El índice de masa corporal está asociado a la atrofia del lóbulo temporal y al

riesgo de demencia, tanto por el aumento de peso, obesidad, como por la disminución de peso, infra peso. (Azad, Bugami & English, 2007; Beydoun, Beydoun & Wang, 2008). La forma como comemos podrá también ser importante y no solo por el peso, ya que estudios biológicos afirman que dietas altas en grasa y pobres en omega-3, pueden asociarse a un mayor riesgo de demencia (George, Dangour, Smith, Ruddick, Vellas & Whitehouse, 2009; Patterson et al., 2008; Seow & Gauthier, 2007).

Otro estudio ha concluido que el consumo de pescado y ácidos grasos omega-3 pueden tener influencia positiva sobre las funciones cognitivas en el envejecimiento normal, mientras otros estudios, más recientes, afirman que el consumo de omega-3 tiene tendencia para reducir el riesgo de demencia. (George et al., 2009; Issa, Mojica, Morton, Traina, Newberry, Hilton et al., 2006).

La actividad intelectual de forma periódica se asocia a la disminución de riesgo de padecer demencia (Chertkow, 2007 e Potter, Ellard, Rees & Thorogood, 2011). Así, un nivel de escolarización bajo o medio, presenta mayor riesgo de demencia y de Enfermedad de Alzheimer, si se comparan con niveles altos de escolarización (Paradise, Cooper & Livingston, 2009). Se refuerza que estos hallazgos, han dado relevancia a la teoría de la reserva cognitiva y consecuentemente a la estructuración de la rehabilitación cognitiva.

El tabaco, que inicialmente se pensaba que podría reducir el riesgo de demencia, actualmente en estudios longitudinales, se ha identificado un mayor riesgo de demencia para los fumadores, y no así para los ex fumadores (Anstey, Sanden, Salim & O’Kearney, 2007; Patterson et al., 2007). El café también ha sido apuntado como factor de riesgo para las demencias y principalmente para la Enfermedad de Alzheimer, siendo considerado igualmente un riesgo para las enfermedades vasculares (Quintana, Allam, Castillo & Navajas, 2007).

El consumo moderado de vino es desde hace mucho tiempo, un indicador de menor riesgo de demencia (250-500 ml/diarios), cuando es comparado con consumos mayores o menores (Patterson et al., 2007). Pero otras investigaciones han reconocido que el consumo de alcohol abusivo perjudica altamente a la cognición, así como factor de riesgo para las enfermedades vasculares (Peters, et al., 2008).

La utilización indebida de fármacos puede ser también un componente de riesgo, aún así, otros estudios han confirmado que la utilización crónica de antiinflamatorios no esteroideos, presentan un menor riesgo de padecer demencias en general. Las benzodiacepinas no influyen, una vez que algunos estudios presentan riesgo para la demencia, otros presentan todo lo contrario (Patterson et al., 2007).

Finalmente, los factores socio-demográficos, con respecto a las redes sociales y estado civil, el proyecto Kungsholmen indicó que cuanto mayores eran los índices sociales de amistad, convivencia, estado matrimonial, haber sido padre, entre otros factores, eran menores los riesgos de padecer demencia. El nivel socioeconómico bajo presenta mayor incidencia de demencia, aunque se tenga que tomar en cuenta otras variables, como la edad, actividad intelectual, física y la alimentación, entre una diversidad enorme de otros factores (Fratiglioni & Wang, 2007).

#### **2.4. Alteraciones cognitivas en la demencia**

En las últimas décadas se ha investigado bastante sobre el envejecimiento patológico y sus manifestaciones. Aquí surgen las pérdidas de memoria, una señal de dificultad amnésica que tiende a asociarse con algunas dificultades de orientación. Las alteraciones cognitivas son progresivas, pero de alguna forma normalizada, por esa razón de forma unánime el deterioro cognitivo se ha dividido en tres grandes



momentos (Snyder et al., 2010).

#### **2.4.1. Deterioro cognitivo leve**

En el deterioro cognitivo leve se encuentra una o más alteraciones en el dominio cognitivo. Normalmente se caracteriza por un déficit amnésico ligero de la memoria de corto plazo y también, ligeros déficits de orientación. En general estos pacientes presentan un riesgo aumentado de desarrollar una demencia y frecuentemente presentan trastornos del ánimo, como es el caso de la ansiedad o de la depresión. Con el tiempo pueden tener ligeras alteraciones lingüísticas y incapacidad para realizar tareas de la vida diaria (Marshall et al., 2011; Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos & Kokmen, 1999; Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings & DeKosky, 2001; Reisberg, Ferris, Leon & Crook, 1982; Rilo, Arrieta, Pareja, Ruiz, Sánchez & Trincado, 2007).

#### **2.4.2. Deterioro cognitivo moderado**

Se puede notar una importante incapacidad para retener y recordar nueva información. Se mantiene la pérdida de la memoria de corto plazo, asociada ahora a confabulaciones, presentan mayores índices de desorientación, incapacidad o gran dificultad para resolver problemas, y lenguaje incoherente. La incapacidad para rendir en tareas de la vida diaria es bastante notoria, así como la dificultad para vestirse, comer o mantener su nivel de higiene personal (Petersen, 2007; Reisberg et al., 1982; Suh, Ju, Yeon & Shah, 2004; Yáñez, Shaw, Morris & Matthews, 2011).

### **2.4.3. Deterioro cognitivo grave**

En este nivel existen importantes pérdidas de los procesos amnésicos que van acompañados de cuadros confabulatorios. El lenguaje es imperceptible, la orientación esta intensamente afectada, también la incapacidad para resolver problemas, y planear o verificar actividades. El enfermo además de sentirse incapaz de subsistir, en ocasiones, presenta cuadros de pensamientos delirantes y con esto, se acrecienta la imposibilidad para reconocer a los familiares más cercanos. Son prevalentes la labilidad emocional, la falta de control de esfínteres, la disfunción motora, la apatía y la inercia (GPAD, 2009; Reisberg et al., 1982).

### **2.5. Alteraciones conductuales y psicológicas en la demencia**

Las alteraciones conductuales y psicológicas en la demencia más comunes son la apatía, la depresión y la agitación o agresión, según Lyketsos et al. (2002 y Jean, Couratier, Cabanac, Nubukpo, Bourzeix, Thomas, Dechamps, Videaud, Dantoine & Cleément, 2010), estas alteraciones pueden reflejarse en un 36, 32 y 30% respectivamente. Aunque, según el mismo estudio, estas cifras son cuatro veces más altas que en los mayores de edad avanzadas pero en proceso de envejecimiento normal. Pueden existir también los cambios de humor, la agitación física, psicosis, trastornos del sueño y comportamientos desinhibidos (Restifo, Lemon & Waters, 2011).

La depresión en sí, es la alteración más común y que puede ocurrir en cualquiera de las etapas de la demencia, ya que los estudios han comprobado que cada uno entre tres enfermos con demencia presentan síntomas de depresión. La depresión

es también, un factor de riesgo para las demencias, los trabajos científicos verifican que enfermos con depresión están dos veces más propensos a las demencias, que enfermos sin depresión (Jean et al., 2010; Jorm, 2001).

La apatía se traduce como un sentido de la falta de emoción y sentimiento, aunque en la demencia está caracterizada como un síndrome motivacional, relacionado con la motivación del enfermo en un determinado momento y comparativamente a su estado funcional anterior, a partir de la cognición disminuida. En las demencias psiquiátricas, la apatía parece ser la alteración más común y está asociada con un síndrome disejecutivo, en relación a los circuitos fronto-subcorticales (Bhat & Rockwood, 2011).

La agitación es otra alteración cuya etiología es desconocida, pero se considera que los cambios tienen una influencia multifactorial, incluyendo los cambios en el cerebro, la genética, la enfermedad física, las necesidades insatisfechas y el dolor. La edad avanzada está altamente asociada a la agitación y a síntomas angustiantes, en las demencias, estos síntomas pueden surgir también por el dolor (Husebo, Ballard & Aarsland, 2011).

Las demencias se asocian a diversos trastornos del sueño nocturno y diurno. Estos trastornos son más severos con la progresión de la enfermedad, en etapas iniciales del Alzheimer el sueño puede parecer una exageración, mientras en enfermedades como el Parkinson o Cuerpos de Lewy pueden surgir una parasomnia, caracterizada por el sueño a la promulgación de conductas del tipo, gritos, golpes o caídas de la cama. Estas conductas están asociadas a la pérdida del tono muscular en el sueño mantenido en la fase REM o cuando existen sueños desagradables (Peeraully et al., 2012; Salami, Lyketsos & Rao, 2011).

En las demencias degenerativas, principalmente, puede encontrarse un subgrupo

donde se verifican las psicosis, varios estudios con enfermos de Alzheimer y de Cuerpos de Lewy han verificado una particular rapidez del deterioro en estos enfermos y consecuentemente mayores experiencias al nivel de las alucinaciones visuales (Capitani, Francescani & Spinnler, 2007).

Todas estas alteraciones proponen un cambio de personalidad que se desarrolla a lo largo de la enfermedad y que como los cambios, también es causada por los daños cerebrales. Los diversos estudios han demostrado que puede surgir una exageración de los trazos de personalidad iniciales y que pueden terminar en un perfil de conducta reducido a lo que era en lo normal (Wahlin & Byrne, 2011).

## **2.6. Alteraciones de la personalidad**

Investigaciones sobre la personalidad en la demencia, afirman que entre un 20% y un 92% de las personas que tienen demencia, experimentarán al menos un trastorno de la conducta durante la enfermedad. Estas cifras indican que no todas las personas con demencia mostraran comportamientos desafiantes, y que los factores determinantes de que si un comportamiento es considerado tan desafiante y probable, dependerá del contexto en el que se produce el comportamiento y el significado del mismo. Sin embargo, la prevalencia de comportamientos difíciles es importante y por lo general se acepta que la experiencia pueda tener un impacto sustancial en la calidad de vida tanto de las personas que viven con demencia, como en sus cuidadores (O'Donnell, Lewis, Dubois, Standish, Bedard & Molloy, 2007).

Algunos estudios, actualmente con mucho menos influencia, querían mostrar que el comportamiento problemático en personas con demencia se generaba como consecuencia de la degeneración del cerebro, lo que supone una relación causal entre

la neuropatología y la conducta. Biológicamente esta relación parece tener sustento teórico y empírico débil a lo que se suma la descortesía de no tenerse en cuenta la experiencia individual de la persona con demencia y su contexto socio-cultural (Bird & Moniz-Cook, 2008).

La demencia es por lo tanto cada vez más como una condición biopsicosocial, que surge de la interacción entre los factores neurológicos, psicológicos y sociales. Los últimos 20 años de investigación psicológica han probado que el comportamiento es una respuesta o un intento de hacer frente a sus necesidades en el mundo y consecuentemente estas interpretaciones han sido más discutidas del punto de vista terapéutico, ofreciendo alternativas a los modelos médicos tradicionales (Downs, Clare, & Anderson, 2008).

Este enfoque psicológico que investiga cambios comportamentales en enfermos con demencia ha ampliado la inclusión de múltiples factores causales. Inicialmente, las asociaciones se destacaron entre el comportamiento desafiante y variables clínicas específicas, como la edad de inicio de la enfermedad y el tipo de demencia. (Ballard, O'Brien, James, & Swann, 2001). Aunque el comportamiento desafiante continúe siendo extremadamente importante para la comprensión de alteraciones de personalidad, las variables clínicas se han extendido y consecuentemente enriquecido los hallazgos más recientes.

A pesar de las diversas teorías de la personalidad, la teoría de los rasgos, que asume que las características de personalidad son relativamente estables a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, se ha convertido cada vez más popular en el campo de la investigación, desarrollando un alto nivel de apoyo a lo largo de un período de más de 40 años. Las investigaciones que analizan la estabilidad de la personalidad dentro de la progresión de la demencia ha identificado igualmente los

rasgos que aparecen más estables, el caso de la apertura a la experiencia y amabilidad, y otros que son más propensos a cambiar con la progresión, como es el caso del neuroticismo, extroversión y responsabilidad. Aunque en general, la ocurrencia de cambios en los rasgos de la personalidad de personas con demencia tienden a permanecer bastante estable. (Chatterjee, Strauss, Smyth, & Whitehouse, 1992).

Así, se ha sugerido que la personalidad pre-mórbida puede contribuir con las causas subyacentes de la conducta en personas con demencia. Por otra parte, es todavía mayor la importancia de establecer con certeza una relación sólida de los impactos de la personalidad pre-mórbida en los cambios de comportamiento de estos enfermos. La comprensión de este fenómeno puede contribuir de manera significativa en las intervenciones terapéuticas, revitalizando la necesidad de una verdadera atención centrada en la persona (Osborne, Simpson & Stokes, 2010).

Un estudio de revisión teórica reciente ha demostrado que un 72% de los estudios señalan una relación significativa entre la personalidad pre-mórbida y la personalidad como un factor esencial en la formulación de la conducta del enfermo con demencia. La personalidad, en general, es un concepto difícil de definir, con muchas perspectivas teóricas, y como tal, puede ser arduo distinguir entre los rasgos de la personalidad: el afecto de la emoción y el afrontamiento de la adaptación. Además, muchos investigadores creen que la personalidad es estable después de los 30 años de edad, mientras otros, creen que la personalidad tiende a cambiar con el tiempo, lo que sugiere que la estabilidad de la personalidad depende de la estabilidad del entorno social y de los instrumentos de medida (Ardelt, 2000; Ballard et al., 2001; Block, 1995; Osborne, Simpson & Stokes, 2010).

Pocos estudios de alta calidad han investigado la relación entre la personalidad pre-mórbida y los cambios de comportamiento en la demencia. En general, los

estudios no presentan muestras lo suficientemente representativas, sin embargo el 72% de los estudios analizados en la publicación de revisión teórica, encontraron relaciones significativas entre la personalidad pre-mórbida y el comportamiento desafiante, por ejemplo. En particular, la relación entre neuroticismo y el estado de ánimo, la agresión, y el comportamiento global desafiante ganó la evidencia más fuerte (Osborne, Simpson & Stokes, 2010).

## **2.7. Tratamiento farmacológico de las demencias**

La conciencia de las demencias en España empieza a ganar forma gracias a la información globalizada sobre el tema, y así se han cambiado las terapéuticas. En el caso específico de la Enfermedad de Alzheimer existen actualmente dos tipos de fármacos: los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (IACE) y el antagonista no competitivo de los receptores de N-metil D-Aspartato (NMDA). Los IACE son presentados como donepezilo, revastigmina y galantamina y los NMDA por la memantina (Anton, Pascual, Rodriguez, Imizcoz, Díaz, Merino et al., 2007; Bhat & Rockwood, 2011; GPAD, 2009; Waldemar, Dubois, Emre, Georges, McKeith, Rossor et al., 2007).

Los IACE son recomendados para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular leve o moderada, además se utiliza también en los Cuerpos de Lewy y Parkinson demostrando menor deterioro cognitivo, funcional y conductual (Peeraully et al., 2012; Singh, 2005; Snyder et al., 2011; Waldemar et al., 2007). El NMDA ha mostrado eficacia en la enfermedad de Alzheimer en fase moderada o grave, administrada aisladamente o en combinación de un IACE (GPAD, 2009; Snyder et al., 2011; Waldemar et al., 2007).

Las alteraciones cognitivas de los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa mostraron ser eficaces, pero en diferentes momentos, según la evaluación cognitiva de estos fármacos a través test cognitivos como el MMES y el ADAS-Cog, el donepezilo podrá presentar mejorías a partir de las 24 o 52 semanas conforme la dosis de 5mg o 10mg por día (Birks, 2006). La rivastigmina a las 26 semanas con dosis entre 6 y 12mg por día (Birks & Harvey, 2006; GPAD, 2009). Mientras la galantamina presenta mejorías a partir de los 6 meses cuando utilizadas dosis de 16 a 24mg por día (GPAD, 2009; Loy & Schneider, 2006). A lo que refiere los NMDA, memantina presenta diferencias a partir de los 6 meses con dosis de 20mg por día, aunque el MMSE no haya detectado diferencias significativas (GPAD, 2009; McShane, Areosa & Minakaran, 2006).

En las manifestaciones conductuales y funcionales, los IACE presentan los siguiente valores respectivamente: donepezilo a dosis de 10 mg/día de 6 a 24 semanas y con mitad de la dosis mejorías funcionales a 24 semanas (Birks & Harvey, 2006; GPAD, 2009). La rivastigmina no mostró beneficios conductuales significativos, pero sin mejorías funcionales con dosis de 6 a 12mg por día a partir de 26 semanas. La galantamina a dosis de 16 mg/día a mostrado mejoras conductuales y funcionales a partir de 6 meses (GPAD, 2009; Loy & Schneider, 2006). Mientras el NMDA en la Enfermedad de Alzheimer moderada o grave ha mostrado mejorías conductuales y funcionales a partir de los 6 meses con dosis diarias de 20mg (Gauthier, Loft & Cummings, 2008; GPAD, 2009; McShane, Areosa & Minakaran, 2006).

Los IACE, en general son bien tolerados, cuyos efectos adversos más comunes son gastrointestinales, aunque de forma menos frecuente pueda aparecer la anorexia, pérdida de peso, trastornos del sueño, calambres musculares, incontinencia urinaria, bradicardia y síncope (Birks, 2006; GPAD, 2009; Snyder et al., 2011; Waldemar et



al., 2007). Mientras la memantina no presenta contraindicaciones absolutas, apenas precaución cuando utilizados por personas que sufran de epilepsia, insuficiencia renal o retención urinaria (GPAD, 2009; Snyder et al., 2011).

## **2.8. Tratamiento no farmacológico de las demencias**

La estimulación cognitiva es la actividad que más promueve la potenciación y el mantenimiento de las capacidades cognitivas, atendiendo a la fase de la demencia en la que el enfermo se encuentre, además de favorecer la autonomía de la vida diaria. Este tipo de estimulación puede presentarse por vía informática a través del ordenador (Xuan, Ping, Qun, Qiang, Ning & Department of Neurology, South Building of Chinese PLA General Hospital Beijing, 2010).

La estimulación cognitiva incluye todo aquel tipo de terapia que implique la participación en actividades que requieran algún tipo de procesamiento cognitivo general, que se realice en contexto seguro para el enfermo y de forma continuada en contexto individual o de grupo (Cruise et al., 2012; Xuan et al., 2010).

Entre las estimulaciones más importantes que se aplican están las terapias de orientación a la realidad, que intentan mejorar los déficits tanto cognitivos como conductuales (Spector, Orrell & Woods, 2010). Las terapias de reminiscencia, que se basan en las historias del pasado del enfermo a partir de estímulos significativos como fotografías, música o paseos a lugares que tengan un fuerte impacto emocional en el enfermo (Cruise et al., 2012; Matthews, Stephan, McKeith, Bond & Brayne, 2008).

Otra variedad es la terapia de validación que intenta conectar el enfermo con su propia realidad. El entrenamiento cognitivo y las terapias ocupacionales pretenden mejorar los aspectos cognitivos a partir de actividades, juegos y manualidades.

Finalmente la estimulación sensorial (Yáñez et al., 2011), a través de musicoterapia, aromaterapia o masajes para reforzar sus modalidades sensoriales y favorecer su actividad cognitiva (Potter et al., 2011; Vidovich & Almeida, 2011).

## **2.9. La dependencia progresiva en las demencias**

El cuidador es la persona que asiste y cuida a otra persona afectada por cualquier discapacidad, minusvalía, demencia, deterioro cognitivo u otra incapacidad que impida al enfermo un desarrollo normal de sus actividades sociales, vitales y diarias (Ball, 1998; GPAD, 2009; Rodríguez, 1995).

Las demencias se caracterizan por un deterioro progresivo de la cognición, con alteraciones psicológicas y de la conducta. Se ha estudiado mucho sobre los cuidadores y el desgaste que lleva el cuidar de alguien que va perdiendo su capacidad más básica de la vida diaria y de sí mismo. Para apoyar a los cuidadores, cuando los hay, y para cuidar de los enfermos en deterioro medio o grave, España dispone de una red asistencial con profesionales y equipos multidisciplinares (Claire, Kessels, Dirksen, Severens & Verhey, 2008).

En diversas comunidades autónomas es posible observar la red socio sanitaria completa, donde los enfermos disponen de diferentes tipologías de recursos conforme el estado y la necesidad de la persona con demencia que la necesite. Las unidades de diagnóstico y tratamiento de la demencia funcionan sobre una metodología basada en la valoración integral, por un equipo multidisciplinar y especializado. Además, estos centros disponen de la integración de diferentes recursos asistenciales y de continuidad para los enfermos.

Los centros ambulatorios acogen enfermos con demencia y personas con

deterioro cognitivo, sin régimen de ingreso, el acceso a estos centros y el alta son de la responsabilidad del territorio donde se encuentra, considerando los recursos que dispone, mientras los hospitales de día tienen como objetivo aplicar terapias farmacológicas para garantizar la autonomía y la capacidad funcional necesarias para la vida diaria. También se hace estimulación física, educación sanitaria, información y asesoramiento a enfermos, familiares y cuidadores (Boustani et al., 2011; Callahan, Boustani, Weiner, Beck, Livin, Kellams & Hendrie, 2010; Vickrey, Mittman, Connor, Pearson, Della-Pena, Ganiats & Lee, 2006).

Los centros de día son un recurso bastante más conocido de los familiares y cuidadores, que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida diaria de los usuarios, bien como controlar su conducta, cognición, función física y de higiene propia. Este es el recurso más utilizado y adecuado para las fases: leve y moderada de la demencia, donde disponen del tratamiento terapéutico no farmacológico de intervención cognitiva que normalmente está acompañado por un tratamiento farmacológico. Aunque estén muy poco desarrollados en España, los centros de atención nocturna tienen como objetivo el control y tratamiento de los trastornos del sueño y la descarga del cuidador dentro de esa franja horaria (Boustani et al., 2011; Kim, Zarit, Femia & Savla, 2012).

Además los servicios de atención de internamiento que cuentan con las unidades de media estancia psicogeríátrica disponibles son para tratar a los enfermos de difícil control ambulatorio. Este tipo de recurso dispone también de la posibilidad de ajustes de terapias farmacológicas, para resolución de crisis familiares graves y muchas veces para que el cuidador pueda recuperarse de los largos años de cuidados. En las unidades de larga estancia psicogeríátrica se ofrecen los cuidados a los diferentes niveles de dependencia y complejidad clínica (Furness, Simpson,

Chakrabarti & Dennis, 2000; Kim et al., 2012).

Existen otros recursos para la atención a personas con demencia, como los centros residenciales, la teleasistencia, los equipos domiciliarios, los servicios sociales o mismo, servicios privados para el efecto (GPAD, 2009).

## **2.10. La influencia de los estudios sobre la Demencia en el Mundo**

La demencia, actualmente, es vista como una epidemia que suele ser también, una condición que afecta a las personas mayores, que son los principales contribuyentes a la discapacidad y la dependencia. Este es el motivo por el que la demencia ha despertando la atención de muchas entidades privadas y gubernamentales que buscan ahora respuestas ajustadas al envejecimiento de la población mundial (Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro & Ferri, 2013; Sousa et al, 2009; Sousa, Ferri, Acosta, Guerra, Huang, Ks et al., 2010).

La Alzheimer's Disease International en el 2005 juntó un grupo de expertos sobre las demencias, coordinado por el Kings College of London, para revisar todos los datos epidemiológicos disponibles y intentar llegar a una estimación del consenso de la prevalencia en cada una de las 14 regiones de la Organización Mundial de Salud (OMS). Con un panel estimado 24,3 millones de personas con demencia en 2001, de los cuales un 60% vivía en países de bajos y medianos ingresos, cada año 4,6 millones de nuevos casos de demencia se predijeron, con número de afectados casi duplicando cada 20 años para llegar a 81,1 millones en 2040 (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, Frantiglioni, Ganguli et al., 2005).

Cuatro años después, Alzheimer's Disease International (2009), refiere que en el 2050, el número de personas mayores de 60 años con demencia podrá ascender a

los 120 millones siendo que 20 millones serán parte de países de renta alta, mientras los restantes 100 millones son habitantes de países de renta baja o media.

Cuadro 2.7 - Referente a la población mayor de 60, prevalencia preliminar estimada para la demencia (2010), número estimado de personas con demencia (2010, 2030 y 2050) e incremento proporcionales (2010-2030 y 2010-2050) por región mundial GBD (Carga Mundial de Morbilidad), según Alzheimer's Disease International (2009).

Región GBD (Carga Mundial de Morbilidad)	Población mayor de 60 (millones)	Prevalencia preliminar estimada (%)	Número de personas con demencia (millones)			Incrementos proporcionales (%)	
			2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
Asia	406,55	3,9	15,94	33,04	60,92	107	282
Australasia	4,82	6,4	0,31	0,53	0,79	71	157
Asia Pacífico	46,63	6,1	2,83	5,36	7,03	89	148
Oceania	0,49	4	0,02	0,04	0,1	100	400
Asia Central	7,16	4,6	0,33	0,56	1,19	70	261
Asia Oriental	171,61	3,2	5,49	11,93	22,54	117	311
Asia Meridional	124,61	3,6	4,48	9,31	18,12	108	304
Sudeste Asiático	51,22	4,8	2,48	5,3	11,13	114	349
Europa	160,18	6,2	9,95	13,95	18,65	40	87
Europa Occidental	97,27	7,2	6,98	10,03	13,44	44	93
Europa Central	23,61	4,7	1,1	1,57	2,1	43	91
Europa Oriental	39,3	4,8	1,97	2,36	3,1	26	66
Las Américas	120,74	6,5	7,82	14,78	27,08	89	246
Norteamérica	63,67	6,9	4,38	7,13	11,01	63	151
Caribe	5,06	6,5	0,33	0,62	1,04	88	215
Latinoamérica Andina	4,51	5,6	0,25	0,59	1,29	136	416
Latinoamérica Central	19,54	6,1	1,19	2,79	6,37	134	435
Latinoamérica Meridional	8,74	7	0,61	1,08	1,83	77	200
Latinoamérica Tropical	19,23	5,5	1,05	2,58	5,54	146	428
África	71,07	2,6	1,86	3,92	8,74	111	370
Norte de África	31,11	3,7	1,15	2,59	6,19	125	438
África Subsahariana Central	3,93	1,8	0,07	0,12	0,24	71	243
África Subsahariana Oriental	16,03	2,3	0,36	0,69	1,38	92	283
África S. Meridional	4,66	2,1	0,1	0,17	0,2	70	100
África S. Occidental	15,33	1,2	0,18	0,35	0,72	94	300
<b>Mundo</b>	<b>758,54</b>	<b>4,7</b>	<b>35,56</b>	<b>65,69</b>	<b>115,4</b>	<b>85</b>	<b>225</b>

La misma fuente refiere que con incidencia a la prevalencia preliminar estimada para la demencia en 2010 los incrementos proporcionales por región mundial GBD (Carga Mundial de Morbilidad), en el 2030 será Asia la región con mayor incidencia de demencia en el mundo, con más de 30 millones de enfermos, seguido de las Américas y Europa, ambos con una previsión que rondan los 14 millones de enfermos en cada región y finalmente África con una incidencia que no deberá llegar a los 4 millones. Con un total de más de 65 millones de enfermos con demencia, las

expectativas empeoran para el 2050 donde se espera que casi duplique el número de enfermos, superando los 115 millones (Alzheimer's Disease International, 2009; Prince et al., 2013).

Estos estudios han contribuido para la confirmación casi exponencial de la prevalencia de demencia con la edad, y una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres, sobre todo a edades avanzadas. La incidencia, conforme Fratiglioni, Launer, Andersen, Breteler, Copeland, Dartigues et al. (2000), es mayor entre las mujeres de más edad y en parte por la supervivencia diferencial principalmente cuándo nos referimos a la demencia del tipo Alzheimer (Brodaty, Seeher & Gibson, 2012; Helmer, Joly, Letenneur, Commenges & Dartigues, 2001).

Los números estimativos reflejan cada vez mejor la realidad global, dado un aumento substancial de datos aportados sobre los países de renta baja y, en particular de los países con renta o ingresos medios. Desde el informe de Alzheimer's Disease International de 2009 se han incluido estudios realizados en el sur de Asia, Europa Occidental, Asia y América Latina (Herrera, Caramelli, Silveira & Nitrini, 2002). El aumento de revisiones sistemáticas recientes, que incluyeron datos de un gran número de publicaciones que antes sólo estaban disponibles en las revistas en China también ha tenido un gran peso en el reflejo de estos datos como realidad global (Dong, Peng, Lin, Zhao, Zhou, & Wang, 2004).

Cuadro 2.8 - Estudios efectuados, por regiones, con respecto al tamaño de la población de edad avanzada, según Alzheimer's Disease International (2009).

Región	Población mayor de 60 (millones)	Número de estudios aptos sobre la prevalencia de la demencia	Número de estudios/población de 10 millones	Población total estudiada	Población total estudiada/población en millones
Asia	406,55	73	1,7	193924	477
Australasia	4,82	4	8,3	2223	462
Asia Pacífico	46,63	22	4,7	31201	669
Oceania	0,49	1	20,3	2029	4116
Asia Central	7,16	0	0	0	0
Asia Oriental	171,61	34	2	142402	830
Asia Meridional	124,61	7	0,6	11905	96
Sudeste Asiático	51,22	4,8	1	4164	81
Europa	160,18	61	3,8	80882	504
Europa Occidental	97,27	56	5,8	79043	813
Europa Central	23,61	1	0,8	1839	78
Europa Oriental	39,3	1	0,3	Desconocido	Desconocido
Las Américas	120,74	28	2,3	85053	705
Norteamérica	63,67	13	2	38205	600
Caribe	5,06	4	7,9	24425	4831
Latinoamérica Andina	4,51	3	6,7	3465	769
Latinoamérica Central	19,54	4	2	6344	325
Latinoamérica Meridional	8,74	1	1,1	4689	537
Latinoamérica Tropical	19,23	3	1,6	5925	308
África	71,07	5	0,7	6593	93
Norte de África	31,11	2	0,6	3019	97
África Subsahariana Central	3,93	0	0	0	0
África Subsahariana Oriental	16,03	0	0	0	0
África S. Meridional	4,66	1	2,1	150	32
África S. Occidental	15,33	2	1,3	3424	223

El diagnóstico de demencia, en la mayoría de las veces, ocurre tarde en el transcurso de la enfermedad, aun que actualmente, sean conocidos los beneficios de un diagnóstico precoz (Prince, Bryce & Feri, 2011). Los beneficios son de varias órdenes, incluyendo el social, una vez que una intervención precoz puede dar lugar a un ahorro significativo en comparación a una institucionalización tardía (Banerjee y Wittenberg, 2009; Weimer & Sager, 2009).

Para mejorar las medidas de intervención primaria se requiere más investigación con el intento de encontrar los factores de riesgo que puedan ser modificados. Hoy por hoy, la intervención primaria tendrá que ser limitada a lo que conocemos, intentando mejorar el acceso a la educación y luchar fuertemente contra los factores de riesgo para las enfermedades vasculares, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física. Con base en la observación, estas alteraciones podrían reducir las demencias en un 10% y reducir la prevalencia de la

enfermedad de Alzheimer hasta en 1,1 millones de casos en todo el mundo (Barnes & Yaffe, 2011).

Con estos números, aunque meramente observacionales, entendemos que todavía existe una falta de evidencias experimentales que ayuden en la intervención primaria y secundaria y que nos aporten información para desarrollar nuevas estrategias de prevención en la edad adulta (Daviglius, Plassman, Pirzada, Bell, Bowen, Burke et al., 2011; Richard, Kuiper, Dijkgraaf & Gool, 2009). Los posibles perfiles de riesgo cardiovasculares en la mediana edad, en países de altos ingresos, son desde el año 2005 una prioridad para prevenir el aumento de las demencias, mientras que en los países de bajos y medianos rendimientos, esta realidad se ha transformado en un énfasis importante para el control de la enfermedad (Jordan, Galea, Tukuitonga y Beaglehole, 2005).

Desde el mismo 2005 que ya se han instaurado alteraciones de índole más amplia como las políticas de prohibición total de la publicidad de tabaco, la imposición de reducción de la sal a través de acuerdos voluntarios con la industria alimentaria, y la combinación terapéutica de fármacos para personas en alto riesgo de enfermedad cardiovascular (Jordan et al., 2005). Dada la fuerte evidencia de enfermedad cardiovascular como factor de riesgo para la demencia, el éxito de estas iniciativas podrán presentar un impacto importante sobre la prevalencia y la incidencia futura de todo el mundo con demencia (Ferri et al., 2005).

Para vigilar y intentar cambiar esta tendencia mundial de la incidencia y prevalencia de la demencia asociada a una transición epidemiológica, son necesarios cambios globales y eficaces en la atención médica y social. Ya contamos con la base de la evidencia actual que nos proporciona un entendimiento capaz de crear cambios eficaces, pero lo más importante de este trabajo global, es que fuera posible



monitorear el avance de la demencia en todas las regiones del mundo (Prince et al., 2013).

### **2.11. Los estudios y los datos de la Demencia en Europa**

El recorrido de la demencia en Europa surge a partir de un pequeño número de estudios poblacionales, que surgieron a mediados del siglo pasado, informando la prevalencia de la demencia en el Reino Unido y en los países escandinavos, suficientes para que la investigación se centrara en la magnitud y progresión de las demencias. En la década de 1980 empiezan los primeros estudios de prevalencia de las demencias en Europa, incluyendo países como: Alemania, Finlandia, Francia, Italia, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido (Brayne, Richardson, Matthews, Fleming, Hunter, Xuereb et al., 2009).

Así, las agencias de investigación y los gobiernos europeos tomaron conciencia del envejecimiento de la población de Europa y se creó la European Studies of Dementia (EURODEM), que llevaron al Estudio de Rotterdam, entre otros estudios de gran importancia en Europa, permitiendo la creación de indicadores de una prevalencia armonizada de las demencias en este continente (Lobo, Saz, Marcos, Dia, De-la-camara, Ventura et al., 2007; Ott, Breteler, Harskamp, Claus, Cammen, Grobbee et al., 1995).

Cuadro 2.9 - Ejemplo de los más importantes estudios longitudinales echos en Europa, por fecha, desde 1957 hasta el 2008. Según Brayne, Gill, Paykel, Huppert & O'Connor, 1995).

Estudio	País	Inicio	Participantes	Edad
Iceland Birth Cohort Study	Iceland	1957	3704	61-64
Bonn Longitudinal Study of Aging (BOLSA)	Germany	1965	221	60-75
Gothenburg Study (Göteborg)	Sweden	1971	1148	70
Southampton Ageing Project (SAP)	UK	1977	340	65 +
Bangor Longitudinal Study of Ageing (BLSA)	Wales, UK	1979	534	65 +
Melton Mowbray Ageing Project	UK	1981	3000	75 +
Nottingham Longitudinal Study of Activity and Ageing (NLSAA)	UK	1983	1042	65 +
Cambridge City over 75's Cohort (CC75C)	UK	1985	2165	75 +
Personnes Ag ees Quid (PAQUID)	France	1987	3777	65 +
Kungsholmen Project	Sweden	1987	1810	75 +
LUND 801	Sweden	1988	211	80
ALPHA	UK	1989	5222	65 +
Pamplona	Spain	1989	1127	70 +
AMSTEL	Amsterdam	1990	4051	65-84
Berlin Ageing Study (BASE)	Germany	1990	516	70-105
Rotterdam	The Netherlands	1990	7983	55 +
Medical Research Council (MRC) Cognitive Function and Ageing Study (CFAS)	UK	1991	13004	65 +
Etude du Vieillissement Art eriel (EVA)	France	1991	1389	60-70
Vantaa 851	Finland	1991	553	85 +
Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA)	Italy	1992	5632	65-84
Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)	The Netherlands	1992	3017	55-85
Maastricht Aging Study (MAAS)	The Netherlands	1992	2043	24-81
Zaragoza	Spain	1992	1080	64 +
Odense	Denmark	1993	3346	65-84
Longitudinal Study of Aging Danish Twins (LSADT)	Denmark	1995	2401	75 +
The German Aging Survey	Germany	1996	5000	40-85
Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+)	Germany	1997	1378	75
English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	England	1998	12100	50 +
The Danish 1905-Cohort Study	Denmark	1998	2262	93
In Chianti Study	Italy	1998	1453	20-102
3-City Study	France	1999	9294	65 +
ZARADEMP	Spain	2000	4803	55 +
The Swedish National study of Aging and care (SNAK-K)	Sweden	2001	3089	60 +
The Norwegian Life Course, Ageing and Generations Study (NorLAG)	Norway	2002	5589	40-79
Newcastle 851 Study	UK	2006	1042	85

En el principio de la década de los 70, la metodología del diagnóstico de la demencia no estaba normalizado y ya se había ganado el merito de diagnostico preferido de los médicos. Con el tiempo fue creciendo la importancia de la salud mental y de los trastornos psiquiátricos de tal forma que se estandarizó la metodología de diagnostico a partir de el Present State Examination, en el Reino Unido, siendo más tarde adaptada y convertida en el examen del Estado Mental Geriátrico [GMS] (Copeland, Kelleher, Kellet, Gourlay, Gurland, Fleiss et al, 1976).

El diagnostico estaría entonces más articulado, pero no sería definitivo, como

aún no lo es debido a las variabilidades clínicas de la síndrome demencial. Un diagnóstico uniformizado dio a la investigación un nuevo enfoque, que continúa incluso bastante actual, el deterioro cognitivo precoz (Enfermedad de Alzheimer), que nació del conocimiento de la forma mixta de demencia, que durante años fue ignorada (Cooper, 2002).

Así, la mayoría de los estudiosos continuaron empeñados en las personas que cumplían los criterios de diagnóstico demencial. No obstante, en las últimas tres décadas, de forma independiente y no gubernamental, Europa se ha reajustado a la investigación de los cambios cognitivos (Finkel, Reynolds, McArdle y Pedersen, 2007; Gadda, Fabrigoule, Commenges & Dartigues, 1997; Pettrill, Johansson, Pederson, Berg, Plomin, Ahern et al., 2001; Terrara, Brayne & Matthews, 2010; Thorvaldsson, Hofer, Skoog, Sacuiu & Johansson, 2008).

Además del deterioro cognitivo, los investigadores trabajan en el declive terminal (Terrera, Matthews, Denning, Huppert y Brayne, 2009), en los índices de cambio confiables (Hensel, Angermeyer & Riedel-Heller, 2007; Hensel, Luck, Luppá, Glaesmer, Angermeyer & Riedel-Heller, 2009) y en las distribuciones continuas de los cambios (Brayne, Gill, Paykel, Huppert, O'Connor, 1995; Terrera, Matthews & Brayne, 2008), lo que en realidad nos lleva a un enfoque más epidemiológico del envejecimiento.

Con base en los estudios europeos la comparación clínica y patológica de la demencia ha podido ganar una perspectiva epidemiológica mejor en los grupos de los mayores. Apoyados con los estudios de donación de cerebro, los investigadores se han centrado en los cambios neuropatológicos entre la demencia mixta y la demencia por edad (Brayne et al., 2009; Matthews, Brayne, Lowe, McKeith & Wharton, 2009). Las conclusiones de estos trabajos también han traído a la prominencia el enfoque en

elementos vasculares de la demencia, que podrán ser usados para edades específicas y tratamientos objetivos.

Las investigaciones en Europa han presentado una buena información de la población en general, incluso ha permitido a los investigadores trabajar con poblaciones representativas seleccionadas aleatoriamente e incluyendo en sus trabajos, grupos que integren personas institucionalizadas y más mayores. En efecto, todos los trabajos europeos contribuyen para la prevalencia de la demencia indicados por la EURODEM y además aportan el conocimiento para llegar a crear indicadores del envejecimiento relativos a este continente. Con todo, el problema pasó a ser el desconocimiento de la población de mayores sanos (Brayne et al., 2009).

El paradigma de hoy se basa en que las investigaciones sobre las demencias puede dar resultados más allá de lo esperado, concretamente para responder a cuestiones sobre el funcionamiento cerebral, sobre la personalidad, sobre la conducta e incluso, sobre la normalidad. Las comparaciones dentro de las propias demencia han tenido efectos positivos, como por ejemplo el de extender la categorización de las demencias en subtipos validos que ayudan a caracterizar mejor la demencia y la mejor forma de actuar delante de la misma. (Brayne et al., 2009).

Aún así, sabemos que no existe forma de garantizar la estabilidad genética o los efectos que el ambiente puede tener en el desarrollo normal o patológico de la población. Los cambios biológico, psicológicos y mentales siempre estarán ahí, para recordarnos que nada, ni ninguna verdad es eterna y universal.

## **2.12. Desarrollo e incidencia de la Demencia en España**

Los estudios epidemiológicos realizados por todo el mundo han confirmado que

la edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una demencia y que además de la prevalencia de la edad en la demencia, la incidencia apunta que los números presentados se dupliquen a cada cinco años a partir de los 65 años de edad (Rocca, Hofman, Brayne, Breteler, Clarke, Copeland et al., 1991). El envejecimiento de la población se tornan más inquietantes al comparar los datos con la población infantil prevista para el año 2060, donde parece que habrá 2,3 personas mayores por cada niño de entre 0 y 14 años.

En España, los estudios epidemiológicos con población con más de 65 años presentan cifras de prevalencia que varían entre un 5 y un 14,9%, siendo que en los grupos de mayores con más de 70 años la prevalencia aumenta, representándose entre un 9 y 17,2% (Casado & Calatayud, 2009; Molinuevo & Casanova, 2009). Una revisión teórica reciente efectuada por el Centro Nacional de Epidemiología, presenta una prevalencia de un 10% en mayores con más de 70 años, que corroboran también con datos de otros estudios europeos (Cuesta, Ortega, Vegas et al., 2009).

Todos estos datos son de vital importancia para la sociedad española en general, una vez que España es uno de los países que más envejece en el mundo, debido al incremento de la esperanza de vida que dio origen a un inesperado y creciente avance social, económico y sanitario en las últimas cinco décadas. Los datos indican que personas con más de 65 años, eran en España en el 2008 un 16,5% y se ha duplicado en los últimos 30 años, haciendo de la población española la séptima más envejecida del continente europeo, conforme datos de la Eurostat. Si calculada una prevalencia intermedia del 7%, podrá concluirse que en España existen entre 500.000 y 750.000 personas con demencia (Casado & Calatayud, 2009; Molinuevo & Casanova, 2009).

A estos números se podrían todavía añadir datos respectivos a los casos de demencia de inicio presenil de la que no disponemos de estudios epidemiológicos en

España, y que son muy escasos en Europa. En Londres se hizo un estudio donde se encontró una prevalencia de 52/100.000, cuyas principales causas de demencias que se encontraron fueron la Enfermedad de Alzheimer, la degeneración frontotemporal, la demencia postraumática, la demencia asociada al alcoholismo y la demencia asociada a la infección por el virus VIH (Harvey, Robinson & Rossor, 2003).

De la diversidad de datos se ha pasado al rigor para obtener reseñas creíbles sobre la prevalencia de la demencia, y primeramente sería organizar un *screening* que identificase lo mejor posible el aspecto cognitivo y funcional de los individuos testados (Graves, 2004; Zunzunegui, Ser, Rodríguez-Laso, Yébenes, Domingo & Otero, 2003). La sistematización de las pruebas llevó a que se entendiera que evaluaciones anteriores generaban resultados demasiado variables y así se han efectuado nuevos estudios y se han re-analizado los más recientes (Barrio, Cuesta, Boix et al., 2005). Estos nuevos estudios no son representativos de grandes territorios nacionales, porque se han centrado en estudiar específicamente las características socio-demográficas de sus grupos experimentales (Cuesta et al., 2009).

En este sentido (Ortega, Vega, Martínez, Saz, Rodríguez, Laso, Reño, Heras, Mateos, Martín, Fernández, Pousa et al., 2011) presentan datos poblacionales contando con orígenes geográficos de diversas de formas en que pueda ser lo más representativo posible de la prevalencia de demencias en la población española. Los autores recopilaron varios estudios realizados sobre la demencia en toda España y iniciaron su análisis en una población de 523 personas mayores de 75 años y más, y contaron con la participación de los autores de los estudios escogidos.

El trabajo contó con una equipo multidisciplinar compuesto por neurólogos, psiquiatras, psicólogos y geriatras, además de exámenes médicos, neurológicos, análisis bioquímicos, neuroimagen y el *screening* preparado por los investigadores,

donde se encontraba la versión en español del Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el examen neurológico formal y el protocolo de diagnóstico para la demencia. Los criterios de diagnóstico fueron los criterios de el DSM IV (Ortega et al., 2011).

Los datos fueron comparado con otros trabajos europeos, parámetros específicos como la edad y el sexo del estudio fueron similares a la descrita en otras poblaciones de España a nivel internacional (Barrio et al., 2005).

Cuadro 2.10 - Datos sobre la demencia, especificando la Enfermedad de Alzheimer y la demencia Vascular, por edad e por sexo. Datos recogidos entre 2005 y 2009. Según Ortega et al., 2011.

	Total		75-79		80-84		85-89		Con más de 90	
	Casos	Part.	Casos	Part.	Casos	Part.	Casos	Part.	Casos	Part.
<b>Demencia</b>										
Hombres	14	206	2	84	7	73	2	33	3	16
Mujeres	35	340	5	132	10	92	12	85	8	31
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>546</b>	<b>7</b>	<b>216</b>	<b>17</b>	<b>165</b>	<b>14</b>	<b>118</b>	<b>11</b>	<b>47</b>
<b>Alzheimer's disease</b>										
Hombres	10	206	2	84	3	73	2	33	3	16
Mujeres	25	340	4	132	6	92	9	85	6	31
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>546</b>	<b>6</b>	<b>216</b>	<b>9</b>	<b>165</b>	<b>11</b>	<b>118</b>	<b>9</b>	<b>47</b>
<b>Vascular Dementia</b>										
Hombres	3	206	0	84	3	73	0	33	0	16
Mujeres	7	340	1	132	2	92	3	85	1	31
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>546</b>	<b>1</b>	<b>216</b>	<b>5</b>	<b>165</b>	<b>3</b>	<b>118</b>	<b>1</b>	<b>47</b>

Sin embargo, la prevalencia fue significativamente menor que en algunos de los estudios europeos, como el de Rotterdam y Toscana, mientras que la prevalencia no era significativa cuando fue comparada con los estudios belgas. Otros trabajos como el de Murcia (sureste de España) reportaron una prevalencia similar en la Enfermedad de Alzheimer y la demencia Vascular (Garvila et al., 2009).

Curiosamente, un estudio comparativo indicó que la prevalencia de enfermos con hipertensión en España, presentan la edad más baja entre los países europeos analizados: Alemania, Inglaterra, Finlandia, Suecia e Italia (Maier, Cooper, Banegas

et al., 2003). Además, la dieta mediterránea se ha asociado con un menor riesgo de demencia (Féart, Samieri, & Gateau, 2010).



### **CAPITULO III**

## **LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

### **3. La Enfermedad de Alzheimer**

En 1906 Alois Alzheimer neuropatólogo alemán, describió por primera vez un tipo de demencia conocida actualmente como enfermedad de Alzheimer. Un caso clínico de una mujer de 51 años diagnosticada con demencia, por pérdida de memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia, parafasia y manía persecutoria, despertó la curiosidad del neuropatólogo. Alzheimer estudió el cerebro de esta mujer y reveló la existencia de atrofia generalizada y arteriosclerosis, asimismo, se encontraron por primera vez ovillos neurofibrilares y depósitos de sustancia amiloidea (Barlow & Durand, 2003; Pérez & Lafuente, 1996).

Con el pasar de los años y con los numerosos estudios efectuados sabemos hoy, que los pacientes con enfermedad de Alzheimer muestran una alta prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos que aparecen junto a las otras dos características principales de la demencia: las alteraciones cognitivas y las dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria. El Alzheimer es un tipo de enfermedad demencial, producida por afectación orgánico cerebral, ocasionando deterioro de diversas funciones cognitivas superiores, es una enfermedad degenerativa, asociada al envejecimiento, quizás debido a la mayor longevidad que alcanzan las personas (López-Pousa, 1999; Munain, 2006).

#### **3.1. La Problemática del Diagnostico**

El enfoque de la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se mantiene en los criterios de diagnostico, aun que existan juicios de diagnósticos establecidos, es importante garantizar una práctica sistematizada por parte de quienes apliquen estos

criterios diagnósticos. Este problema es más grave cuando no es posible hacer un seguimiento evaluativo del enfermo, o cuando alguna de las informaciones importantes sólo pueden estar a disposición de los informantes, y que pueden ser poco fiables. Estas sutilezas pueden presentar diferencias significativas tanto en la práctica común y ordinaria del diagnóstico, como en las relaciones realizadas entre estudios científicos, con el mismo fin de averiguar la prevalencia del Alzheimer (Mayeux et al., 2011).

El diagnóstico clínico de la demencia causada por la Enfermedad de Alzheimer puede tener un nivel de precisión de un 95% cuando es realizado en las mejores circunstancias y por profesionales dedicados. Por lo tanto, fuera de estas condiciones el nivel de precisión vulgar del diagnóstico no es más de un 50% (Ganguli, Rodriguez, Mulsant, Richards, Pandav, Bilt et al., 2004; Jin, Gatz, Johansson & Pedersen, 2004). Los estudios suelen presentar diagnósticos precisos, pero en la mayoría de las veces difícil de comparar debido al uso de diferentes metodologías, de los diferentes instrumentos y por fin, las diferencias culturales de las poblaciones investigadas. El diagnóstico de la demencia de Alzheimer puede todavía ser aún más complicado por la frecuencia de otras comorbilidades que contribuyen para la disfunción cognitiva, existentes en los mayores evaluados. El criterio actual requiere que el individuo tenga disminución experimentada en la capacidad cognitiva, y que esta disminución debe afectar la memoria y como mínimo un otro dominio cognitivo capaz de afectar las actividades de la vida diaria (APA, 2005).

Las propias herramientas de diagnóstico tienen fuerte influencia de los efectos culturales y lingüísticos (Dodge, Meguro, Ishii, Yamaguchi, Saxton & Ganguli, 2009). El nivel educacional también es un factor importante de la influencia de la población sobre el efecto de la herramienta, además porque es más importante la

calidad de la educación obtenida que los años de educación propiamente dichos (Beeri, Schmeidler, Sano, Wang, Lally, Grossman et al., 2006; Ramirez, Teresi, Holmes, Gurland & Lantigua, 2006). Los factores de interpretación de datos recopilados por esa herramienta para llegar a un diagnóstico de deterioro cognitivo o de Enfermedad de Alzheimer, requiere un juicio clínico que puede presentar fuerte vulnerabilidad entre el diagnóstico de una situación o de otra, y claro, todas las influencias que el investigador puede tener en la evaluación (Mayeux et al., 2011).

Hacer frente a todos estos desafíos para la detección de un diagnóstico de Alzheimer en estudios poblacionales ha sido considerablemente una ayuda al desarrollo de biomarcadores fiables y validados para el Alzheimer (Jack, Knopman, Jagust, Shaw, Aisen, Weiner et al., 2010; Perrin, Fagan & Holtzman, 2009). El advenimiento de los biomarcadores permite la detección de la Enfermedad de Alzheimer en individuos vivos que no tienen deterioro cognitivo clínicamente discernible, éstos individuos son considerados como “Enfermos de Alzheimer pre-sintomáticos o pre-clínicos”, aunque sea una teoría todavía no demostrada (Johnson, Storandt, Morris & Galvin, 2009; Storandt, Mintun, Head & Morris, 2009).

Durante el último siglo los marcadores biológicos no han tenido influencia en el diagnóstico clínico del Alzheimer, aunque podemos imaginar ya nuevos enfoques para el futuro con diagnósticos formulados a partir de combinación de la carga inicial y la tasa de cambio en los biomarcadores de comportamiento, estructural, molecular y funcional (Chui, Mack, Jackson, Mungas, Reed, Tinklenberg et al., 2000). Sin embargo, los datos actualmente disponibles sobre la prevalencia y incidencia del Alzheimer, representan inversiones duramente ganadas en las muestras establecidas, utilizando métodos desarrollados e implementados durante al menos los últimos dos decenios.

Para determinar la prevalencia de la enfermedad en una población, los estudios epidemiológicos deben implementar un método inicial para primero establecer un estudio de una muestra representativa, después determinar los casos de prevalencia de la enfermedad y ya fijar los casos incidentes nuevos, minimizar y gestionar los datos que faltan a todos los niveles. Los procesos de determinación de la Enfermedad de Alzheimer en estudios epidemiológicos típicamente representan un proceso de dos etapas: determinar un umbral de gravedad en el deterioro cognitivo ó funcional y determinar la causa etiológica del deterioro cognitivo (Mayeux et al., 2011).

Para acordar un umbral de gravedad en el deterioro cognitivo o funcional es necesario considerar la elección de las pruebas específicas y estas pueden variar, hay un consenso general sobre los más importantes dominios cognitivos y la necesidad de normas adecuadas. Para determinar la causa etiológica del deterioro cognitivo, es necesario acceder a un conjunto de criterios sintomatológicos que puedan describir las diferentes etiologías, en los casos postmortem, y también son necesarios los datos de la autopsia, que se encuentran disponibles en algunos estudios epidemiológicos, para evaluar la sensibilidad y especificidad de los diagnósticos etiológicos (Evans, Bennett, Wilson, Bienias, Morris, Scherr et al., 2003; Gurland, Wilder, Lantigua, Stern, Chen, Killeffer et al., 1999; Jellinger & Attems, 2010; Rastas, Pirttila, Mattila, Verkkoniemi, Juva, Niinisto et al., 2010).

Los diferentes puntos de corte para establecer la gravedad del deterioro cognitivo ha sido desde siempre identificado como el factor más importante y que más puede afectar a las estimaciones de la prevalencia y la incidencia de la Enfermedad de Alzheimer. A medida que el punto de corte se desplaza hacia un deterioro cognitivo más severo, la prevalencia de la enfermedad se incrementará, con potencialmente menos falsos negativos, por la mayor sensibilidad; pero

potencialmente más falsos positivos por la menor especificidad inferior. La prevalencia se refiere al número total de casos en la población en un momento dado, y refleja los efectos combinados de la incidencia y la duración de la enfermedad.

### **3.2. Criterios de Diagnostico**

Los criterios de diagnostico a utilizar serán los del DSM, APA (2005) que propone el concepto de demencia como un síndrome mental orgánico definido por un deterioro de la memoria, concomitante a trastornos del pensamiento y alteraciones de la personalidad, por lo que se altera la adaptación social. La misma fuente de criterio diagnostico, APA (2005) no hace distinción entre trastornos y síndromes mentales orgánicos, y incluye a todos los tipos de demencias en el concepto de demencia como trastorno cognitivo. Presenta cinco clases de demencia: demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debido a otras afecciones, demencia persistente inducida por sustancias y demencia debida a etiologías múltiples.

Según la APA (2005), la Demencia tipo Alzheimer debe cumplir los siguientes criterios:

(A) La presencia de múltiples déficit cognitivos por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida);

2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas: Afasia, Apraxia, Agnosia o alteración de las funciones ejecutivas.

(B) Los déficit cognitivos aportados por el criterio A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad diaria, laboral o social.

(C) El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo

continuo.

(D) Los déficit cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguiente factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos, como por ejemplo la *enfermedad B12p*, que se refiere al déficit de vitamina B12, frecuente en los ancianos y asociado a un decremento del funcionamiento cognitivo; la *niacina*, que se refiere a una vitamina hidrosoluble que forma parte del complejo B y que es necesaria para muchos aspectos de la salud, el crecimiento y la reproducción; hipercalcemia, neurosífilis, infección entre otras.

2. Enfermedades inducidas por sustancias:

(E) Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium;

(F) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I, por ejemplo el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, entre otros.

Por otro lado tenemos los criterios del CIE-10, que según la OMS (1994), que define la demencia en general como un síndrome que surge debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de 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. La conciencia permanece clara. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vascular cerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

(A) Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz:

La demencia en la Enfermedad de Alzheimer se inicia antes de los 65 años y se asocia a un deterioro cognitivo progresivo, rápido y marcado por trastornos de todas las funciones corticales superiores que se presentan de forma relativamente precoz en

el curso de la demencia. Los criterios del diagnóstico son:

1. Los criterios para la demencia en la Enfermedad de Alzheimer deben ser cumplidos en su totalidad y la edad de inicio debe ser antes de los 65 años.

2. Al menos uno de los siguientes criterios debe ser cumplido:

a) Evidencia de inicio y progresión relativamente rápido;

b) Además del trastorno de memoria, hay afasia, agrafia, alexia, acalculia o apraxia.

(B) Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío:

Demencia en la Enfermedad de Alzheimer, donde el inicio clínicamente observable surge después de los 65 años, normalmente cerca de los 70 años o después, con progresión lenta y usualmente con trastornos de la memoria como rasgo principal. Los criterios de diagnóstico son:

1. Los criterios para demencia en la Enfermedad de Alzheimer deben ser cumplidos en su totalidad y la edad de inicio debe ser después de los 65 años:

a) Evidencia de un inicio muy lento y de una progresión gradual;

b) Predominio del trastorno de la memoria sobre el trastorno intelectual.

(C) Enfermedad de Alzheimer atípica o mixta:

En la demencia en la Enfermedad de Alzheimer que no cumple los criterios de las dos anteriores se incluye la demencia mixta. Se trata de demencias con importantes rasgos atípicos o que cumplen ambos criterios de las demencias de inicio precoz y tardío.

De una forma global se puede sintetizar que las personas con la Enfermedad de Alzheimer se caracterizan principalmente por alteraciones cognitivas varias y que estas alteraciones se desarrollan de forma progresiva e irreversibles, siendo la memoria el mecanismo cognitivo más afectado de todos. Estas personas encuentran



bastantes dificultades para recibir, organizar y guardar nuevas informaciones y están limitadas al aprendizaje por incapacidad de asociaciones con lo aprendido. A lo largo del tiempo surge la confusión mental, agitación, depresión y en algunos casos la hostilidad, todavía se les puede añadir los efectos neuropsicológicos, como la afasia, apraxia, agnosia, entre otras, a par de las alteraciones en la actividad psíquica (Barlow & Durand, 2003).

La enfermedad de Alzheimer es más frecuente en mujeres, ya que en comparación a los varones, ellas presenten una mayor esperanza de vida. El Alzheimer, debe diferenciarse de la demencia senil, de la enfermedad de Pick y de las lesiones frontales. Aunque en fase inicial se entiende que las demencias suelen tener un comienzo abrupto, síntomas de corta duración, humor depresivo y los trastornos cognitivos no son evidentes (Gallar, 1998; Nyatsanza, Shetty, Gregory et al., 2003).

Los criterios de diagnóstico se basan directamente en directrices establecidas por instituciones como las que presentamos, o sea, la American Psychiatric Association (APA), a partir del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) y la Organización Mundial de Salud (OMS), a partir de la Classification of Mental and Behavioural Disorders (CIE-10). Aún así, existen otras fuentes de criterios de diagnóstico igualmente válidos, como es el caso de la National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) y la Alzheimer Disease and Related Disorders Association (ADRDA). Otros también pueden surgir y ser efectuados en cualquier momento de la enfermedad, como complemento para diagnósticos más rápidos, comunes en hospitales u otras unidades hospitalarias donde se haga una única evaluación.

Cuadro 3.1 - se refiere a las distintas fases de la demencia tipo Alzheimer por memoria, conducta, lenguaje y comprensión, gestos y movimientos y actividades de la vida diaria.

Fases	Memoria	Conducta	Lenguaje y Comprensión	Gestos y Movimientos	Actividades de la vida diaria
	Olvida sus citas	Cambios de humor	Frases más cortas		
Fase I	Nombres de personas	Se enfada cuando pierde el control	Problemas para encontrar las palabras Asocia ideas sin relación directa	En esta fase no presenta alteraciones significativas	En esta fase no presenta alteraciones significativas
Fase II	Memoria de corto plazo disminuida	Agresividad Miedo Alucinaciones Fragilidad	Interrumpe la conversación No termina las frases Repite frases	Pierde equilibrio Caidas espontáneas Ayuda para deambular	Confusión Dificultad a vestirse Se pierde en trayectos habituales
Fase III	La memoria en estado bastante comprometido No reconoce a la familia directa	Llora Grita Se agita No comprende un explicación	Balbucea	Sin control de esfínteres Le cuesta tragar No controla los movimientos (involuntarios)	Se pierden totalmente Encamado Alimentación por sonda

Otro sistema de diagnóstico de criterios rápidos y que se utiliza con alguna frecuencia, es el de Mayeux, Stern y Spanton (1995), que presenta una descripción de cinco subtipos de la enfermedad de Alzheimer, según sus alteraciones:

Cuadro 3.2 - Clasificación y descripción de los cinco subtipos de la Enfermedad de Alzheimer, según Mayeux, Stern y Spanton (1995).

Tipo	Descripción
Demencia de Tipo Alzheimer Clásica (DTA)	Se caracteriza por el deterioro de las funciones intelectuales sin otras defectos funcionales asociados.
Demencia de tipo Alzheimer benigna	El deterioro cognoscitivo es mínimo en comparación con el grupo anterior, sin embargo, se presenta en mayor deterioro que el observado en el envejecimiento normal.
Demencia de tipo Alzheimer con severo deterioro cognitivo	Asociada a signos extrapiramidales. Se presentan cambios comportamentales de tipo psicótico, antecedentes familiares de la enfermedad y una mayor afectación del sistema de neurotransmisores, principalmente acetilcolina y dopamina.
Demencia de tipo Alzheimer de inicio temprano	Con mioclonías con un deterioro cognoscitivo acelerado. Caracterizada inicialmente por mutismo, probablemente debido a la reducción temprana de acetilcolintransferasa.
Demencia de tipo Alzheimer con deterioro progresivo	Deterioro progresivo de lenguaje y una relativa conservación de las otras habilidades cognoscitivas. Se caracteriza por un cuadro afásico de carácter progresivo.

Aún así, en la gran mayoría de los trabajos se concluye con el diagnóstico presentado por el DSM-IV, lo que no quiere decir que muchos de ellos también no lleven el diagnóstico del CIE-10. La importancia de esta situación es el poder hacer comparaciones con otros trabajos y es bastante importante que en esas comparaciones se puedan utilizar el mismo tipo de diagnóstico para que no quepan dudas. Además esta es una de las problemáticas del diagnóstico que referimos anteriormente.

### **3.3. Alteraciones de las Funciones Ejecutivas y Cognición Global**

La mayor y más preocupante alteración en la enfermedad de Alzheimer es sin duda la incapacidad para las actividades de la vida diaria (ABVD), que consisten en poder preparar la comida, gestionar sus finanzas, utilizar transportes públicos entre mucha otras tareas que hacen parte de la rutina diaria de la mayoría de las personas. Esta alteración de las actividades de la vida diaria llevan a que el enfermo de Alzheimer pierda de forma temprana su independencia, autonomía y principalmente la capacidad de ser un miembro activo de la sociedad, a la vez que cambia de forma radical las responsabilidades de las actividades de la vida diaria de sus cuidadores, y muchas veces la de sus familiares también (Marshall, Fairbanks, Tekin, Vinters & Cummings, 2006; Salmon, Lespagnard, Marique, Peeters, Herholz, Perani et al., 2005).

Conforme avanza la enfermedad de Alzheimer, más prominente se vuelve disfunción ejecutiva, por alteración de la atención, memoria de trabajo, organización verbal y visual, planificación, juicio y razonamiento. El deterioro de esta función y la progresión amnésica son los principales responsables por el pasaje de un deterioro leve a una enfermedad de Alzheimer, que se creen asociadas conjuntamente con la disfunción prefrontal (Boyle, Malloy, Salloway, Cahn-Weiner, Cohen & Cummings, 2003; Tabert, Albert, Broukhova-Milov, Camacho, Pelton, Stern & Devanand, 2002).

En la gran mayoría de las investigaciones se ha explorado la relación de las funciones ejecutivas y las actividades de la vida diaria en función del envejecimiento normal (Cahn-Weiner, Boyle & Malloy, 2002; Royall, Palmer, Chiodo & Polk, 2004) y la demencia (Boyle et al., 2003; Razani, Casas, Wong, Lu, Alessi & Josephson,

2007). Sin embargo, solo algunos pocos estudios se han dedicado a la relación de las funciones ejecutivas y a las actividades de la vida diaria, en función del envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y Alzheimer, además suelen ser estudios con muestras poblacionales muy pequeñas (Cahn-Weiner, Farias, Julian, Harvey, Kramer, Reed, Mungas, Wetzel & Chui, 2007; Pereira, Yassuda, Oliveira & Forlenza, 2008).

Sería importante poder determinar cuál es la contribución particular de las funciones ejecutivas en las alteraciones de las actividades de la vida diaria, una vez que estas limitaciones cuentan también con los déficits de memoria y deterioro cognitivo global. Un estudio actual ha intentado determinar la influencia de las funciones ejecutivas en la capacidad funcional del envejecimiento normal, de la demencia precoz y específicamente en el deterioro cognitivo leve. Además, investigaron la influencia de factores que normalmente no son considerados en los estudios que es la caracterización del grupo de control o del diagnóstico a través de características como: la edad, escolaridad, el rendimiento de memoria global, el deterioro cognitivo global, depresión y apatía (Marshall et al., 2011).

Dicho estudio consiguió demostrar una relación muy significativa entre la disfunción ejecutiva y las actividades de la vida diaria, como además ya sería esperado. La novedad fue conseguir que las funciones ejecutivas se presentasen como una variable independiente, separándolas del deterioro cognitivo global, del rendimiento de la memoria, de la depresión y de la apatía. La función ejecutiva en este sentido, se pudo comparar con varios grupos de diagnóstico compuestos por mayores en fase de envejecimiento normal, con deterioro cognitivo leve y enfermos con Alzheimer (Marshall et al., 2011). Esta relación en la mayoría de los estudios ha

surgido apenas a través del Alzheimer en proporción con otras demencias (Boyle et al., 2003; Razani, et al., 2007).

Los resultados demuestran un equilibrio significativo de mayores con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer, aún antes del diagnóstico, y una disfunción ejecutiva que se verificó a lo largo del experimento. El subgrupo de mayores con deterioro cognitivo leve es significativo porque sus limitaciones de función ejecutiva son más limitadoras del deterioro funcional, exigiendo una atención especial en cuanto a que deben ser tratados lo antes posible a fin de poder preservar lo máximo su nivel de independencia. Además, los mayores con deterioro cognitivo leve sufren un gran riesgo de desarrollar una demencia, principalmente una enfermedad de Alzheimer de tipo demencial (Marshall et al., 2011).

Otras alteraciones se encuentran en los enfermos de Alzheimer, como se refirió inicialmente como una condición limitativa de la cognición global, reconocida con cambios como el de la memoria, principalmente de la memoria episódica, semántica y de corto plazo, las cuales generan la incapacidad de aprender cosas nuevas, promueven el olvido de lo aprendido (Edgecombe & Seelye, 2011; Snyder et al., 2011), y la pérdida de velocidad de procesamiento que les lentifica el discurso, el pensamiento y todas las respuestas que puedan presentar ante actividades nuevas o familiares (Beard, 2008; García, Lara & Berthier, 2010; Minthon, Wallin, Eriksson, Wattmo & Andreasson 2009).

Los enfermos de Alzheimer en una fase inicial presentan importantes alteraciones en la memoria episódica, mientras que las alteraciones de la memoria semántica y de procedimiento pueden ser muy leves o inexistentes. Aunque en esta fase inicial los mayores tengan alguna dificultad en la adquisición de nueva información (Christensen, Kopelman, Stanhope, Lorentz & Owen, 1998), la tasa de

olvidos es bastante elevada. Dentro de un perfil de competencias de capacidades retenidas, es natural que en esta fase se den las primeras alteraciones de orientación, por asociación de limitaciones de memoria con las limitaciones ejecutivas (Backman, 1992).

Uno de los puntos que más pueden comprometer al enfermo de Alzheimer por las alteraciones de memoria es el impacto en la confianza del propio enfermo, que lo lleva consecuentemente a la retirada de la vida social. Estos problemas llevarán a su vez que los problemas de memoria parezcan al enfermo mayores de lo que son, proporcionando una magnitud excesiva de la discapacidad (Clare & Woods, 2004).

Una de las primeras dificultades que experimentan los enfermos de Alzheimer es la fluencia verbal, manifestándose principalmente por la falta de uso de sustantivos y la incapacidad para denominar, anomia. De esta forma el enfermo pasa a utilizar frases largas y vagas, y palabras genéricas y inespecíficas, llevando el discurso a un nivel superficial y vacío de contenido, por lo que se pierde la capacidad expresiva y se presenta una lentitud bastante específica de los enfermos de Alzheimer para responder. (Taler & Phillips, 2008).

Con el desarrollo del Alzheimer los portadores tienden a presentar un discurso lleno de parafasias, neologismos y a evidenciar la ecolalia, la palilalia y la logoclonia. El lenguaje entra en una fase de afasia global, quedando reducido a la repetición de sílabas, palabras o conjunto de palabras repetidas al intentar hablar, que pueden no tener significado en sí mismas pero su emisión es independiente de la idea. Finalmente, el lenguaje estará limitado a sonidos guturales, para terminar en un mutismo absoluto. (Albert, Blacker, Moss, Tranzi & McArdle, 2007; Daly, Zaitchik, Copeland, Schmahmann, Gunther & Albert, 2000).

La alteración de los mecanismos atencionales es bastante limitador, afectando el

calculo, el lenguaje, el aprendizaje, la memoria y fundamentalmente las alteraciones viso-espaciales, haciendo que el enfermo de Alzheimer pierda progresivamente la capacidad de manejar el tiempo y el espacio (Edgecombe & Seelye, 2011; Marshall et al., 2011; Snyder et al., 2011) Finalmente también las alteraciones de la percepción que son bastante importantes para la calidad de vida de estos enfermos (Sala, Olmo, Garriga, Pousa & Franch, 2009).

### **3.4. Psicosis y Alteraciones Conductuales**

La dificultad en diagnosticar los síntomas psicóticos en la enfermedad de Alzheimer hace que exista poco consenso sobre su prevalencia (Cummings, 2005). Claro que el diagnóstico de estos síntomas están dificultados por las alteraciones psicológicas y conductuales típicas del síndrome demencial (Lind, Jonsson, Karlsson, Sjorgen, Wallin & Edman, 2006). Según Jeste, Wragg, Salmon, Harris y Thal (1992), los criterios provisionales para el diagnóstico de la psicosis en el Alzheimer incluyen:

- a) El surgimiento de ideas delirantes características y las alucinaciones en la presencia de una posible o probable enfermedad de Alzheimer;
- b) La aparición de trastornos psicóticos después del inicio de otros síntomas de la demencia;
- c) La presencia intermitente de los síntomas durante al menos un mes;
- d) La gravedad de los síntomas psicóticos que perturban el funcionamiento del paciente y su familia;
- e) La identificación de los síntomas asociados, tales como la agresión y la depresión;

- f) No atribuible a otras condiciones comórbidas, tales como delirio, condición médica, los efectos de drogas y otro trastorno psicótico.

El uso de estos criterios ha llevado a indicar que la prevalencia de las psicosis en el Alzheimer pueden estar entre un 10 y un 84% de los enfermos (Cassimjee, Stuart & Marchetti-Mercer, 2005; López, 2001; Schreinzer, Ballaban, Brannath, Lang, Hilger, Fasching et al., 2005). Estudios realizados en Estados Unidos, sur de África, Europa y India, han indicado que más de un 50% de los participantes sufrían de trastornos psicóticos, y que la incidencia aumenta con el transcurso de la enfermedad (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens & Breitner, 2000).

En la ciudad de Utah en Estados Unidos, por ejemplo, un estudio con 5.092 participantes de edad avanzada, entre dos grupos de la investigación se observó que los mayores con demencia tenían mayor prevalencia de síntomas psicóticos que los mayores sin demencia (Lyketsos et al., 2000). Estos resultados sugieren que los trastornos neuropsiquiátricos que surgen a lo largo de la enfermedad de Alzheimer, pueden justificar el diagnóstico y las terapias por ser un trastorno específico y no un reflejo del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento (Mirakhor, Craig, Hart, McIlroy & Passmore, 2004).

A partir de este estudio hubo también un análisis factorial sobre los resultados de la evaluación en el grupo de enfermos con Alzheimer, y encontraron la existencia de 4 factores: afecto, conducta física, hipomanía y psicosis. La mayor carga en el factor psicosis está en el delirio y en las alucinaciones, que se mantienen constantes cuando son analizados por métodos estadísticos diferentes (Lyketsos et al., 2000). Estos trastornos presentan implicaciones clínicas y sociales, haciendo que disminuya la calidad de vida de los enfermos. A nivel social, los trastornos psicóticos pueden



aumentar la carga del cuidador, pueden influir fuertemente en la decisión de institucionalizar al enfermo y aumentar el impacto en la calidad de vida, tanto del enfermo como de los cuidadores (Cassimjee, 2008).

Investigaciones anteriores demuestran que en enfermedades orgánicas pueden presentarse cinco categorías de síntomas delirantes: simples, complejos de persecución, delirios de grandeza, de extrañeza y delirios asociados a alteración neurológica subyacente, como es el caso del síndrome de Cutting (1987) y Cummings (1992). Varios investigadores son unánimes en afirmar que en el Alzheimer los delirios simples de persecución son los más comunes: idea de robo, desconfianza, abandono y la amenaza de daño (Burns, Jacoby, Luthert & Lévy 1990; Chen, Borson & Scanlan, 2000; Deutsch, Byslma, Rovner, Steele & Folstein, 1991; Schneider & Dagerman, 2004).

La mayoría de los estudios afirman que los delirios y alucinaciones son bastante frecuentes en la Enfermedad de Alzheimer, aunque las alucinaciones se hayan observado tanto en las poblaciones clínicas, como en poblaciones de envejecimiento normal (Assal & Cummings, 2002; Bassiony, Steinberg, Warren, Rosenblatt, Baker & Lyketsos, 2000; Lopez, Gonzalez, Becker, Reynolds, Sudilovsky & DeKosky, 1996; Lyketsos, Baker, Warren, Steele, Brandt, Steinberg et al., 1997; Reisberg, Borenstein & Salob, 1987; Ropacki & Jeste, 2005). Las probabilidades de prevalencia de delirio en la enfermedad de Alzheimer va desde el 10 al 75%, con una prevalencia promedio de un tercio de los pacientes que cursan con este tipo de síntoma (Baiyewu, Smith-Gamble, Akinbiyi, Lane, Hall, Ogunniyi et al., 2003; Lyketsos, Sheppard, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens et al., 2001). Los delirios se han asociado con características clínicas y se destacan por la severidad del deterioro cognitivo (Aalten, Vugt, Jaspers, Jolles & Verhey, 2005; Baiyewu et al, 2003; Paulsen, Ready, Stout,

Salmon, Thal, Grant et al., 2000), por el deterioro funcional (Galasko, Gould, Abramson, & Salmon, 2000), por la gravedad de la enfermedad (Piccininni, Di-Carlo, Baldereschi, Zaccara & Inzitari, 2005) y la incidencia en el sexo femenino (Leroi, Voulgari, Breitner & Lyketsos, 2003).

Específicamente en el Alzheimer los estudios han demostrado que la prevalencia de los delirio se mantiene constante a través de las 3 etapas del deterioro cognitivo: leve, moderado y grave (Trabucchi & Bianchetti, 1996). Sin embargo, algunos investigadores refieren que los delirios son más comunes en la fase moderada de la enfermedad (Aalten, De-Vugt, Lousberg, Korten, Jaspers, Senden, Jolles & Verhey, 2003; Lyketsos et al, 2000), y otros muestran que la prevalencia es mayor en las etapas avanzadas, con deterioro cognitivo grave (Piccininni et al., 2005). Los síntomas varían también en el tiempo, según Schneider, Dagerman y Insel 2005, en el desarrollo inicial existe una incidencia de un 20 a un 27%, en el año siguiente un 36% y a los 3 años surge una incidencia del 50%.

Otros trastornos conductuales se presentan en la enfermedad de Alzheimer. Como pudimos ver en el punto 2, así como en las demencias en general, en el Alzheimer también suelen surgir apatía, agitación, agresividad, depresión, ansiedad y las psicosis como hemos referido en este punto. Otro de los grandes problemas de la alteración de conducta tienen que ver con los trastornos del sueño (Bhat & Rockwood, 2011).

Los trastornos del sueño son comunes en la demencia asociada a la enfermedad de Alzheimer y puede afectar hasta un 44% de los enfermos (McCurry, Logsdon, Teri, Gibbons, Kukull. Bowen & McCormick, 1999). Es importante señalar también que la alteración del sueño puede afectar la función cognitiva de estos enfermos (Ohayon & Vecchierini, 2002). Los trastornos del sueño presentan una justificación

válida para las conductas potencialmente peligrosas y no supervisadas y que pueden colocar a los propios pacientes u otras personas en riesgo de sufrir daños. Además, la interrupción del proceso normal de sueño en el Alzheimer se asocia con una gran incidencia de alteraciones conductuales sobre el cuidador y que a veces puede ser un factor que precipita la institucionalización del enfermo (Ancoli-Israel, Richardson, Mangano, Jenkins, Hall & Jones, 2005)

Mejoras significativas en el estudio de los problemas de sueño con la edad avanzada han proporcionado un mayor conocimiento y comprensión de las causas y los patrones de alteración del sueño en los mayores en general, y en los pacientes con Alzheimer en particular. Estos trastornos pueden ser muy angustiantes para el enfermo y cuidadores, pudiendo determinar la calidad de vida de ambos. Los tratamientos por vía farmacológica de sedación, han mostrado ser eficaces, pero presentan demasiados efectos secundarios.

Sin embargo, las terapias no-farmacológicas han demostrado algún éxito, porque han sido capaces de no exponer los enfermos a riesgos de magnitud en otras alteraciones mientras se tratan las alteraciones del sueño, en comparación con las terapias de medicamentos que presentan más eficacia en la eliminación del trastorno, pero empeoran otras alteraciones conductuales (Salami, Lyketsos & Rao, 2011).

### **3.5. Alteraciones de Consciencia y Percepción de la Enfermedad**

En diversas enfermedades podemos encontrar alteraciones de la consciencia, es el caso del Alzheimer, aunque existan otras enfermedades con síndrome demencial como es el caso del Parkinson, o la enfermedad de Huntington. Los déficits cognitivos en el Alzheimer hacen bastante difícil la tarea de los investigadores, una vez que se

encuentran asociados a los problemas de consciencia, problemas de índole neuroanatómicos, mecanismos psicológicos y influencias del contexto social del enfermo (Clare, 2003).

La consciencia o percepción de la enfermedad, una vez que ambas pueden tener significancias conceptuales diferentes, intentan representar el conocimiento del enfermos sobre la presencia de las alteraciones de forma global (Gil, Arroyo-Anllo, Ingrand, Gil, Neau & Ornon, 2001), el reconocimiento de los déficits cognitivos (Duke, Seltzer & Vasterling, 2002; Sevush, 1999) y también de los prejuicios que causan la enfermedad en sus actividades de la vida diaria (Mangone, Hier, Gorelick, Ganellen, Langenberg, Boarman & Dollear, 1991).

La falta de consciencia, conocimiento o reconocimiento de una enfermedad o de un déficit se puede denominar de anosognosia, cuando demostrada por una persona sea por negación activa de cualquier dificultad, reconociendo un cierto grado de dificultad pero explicándolo y minimizándolo o simplemente no reconocer que hay algo mal (Babinski, 1914; Kihlstrom & Tobias, 1991).

La evaluación del grado de pérdida de consciencia de los enfermos con Alzheimer es verdaderamente relevante, por lo menos para una adecuada y buena terapia no farmacológica. Las estrategias dirigidas al encuentro de un bienestar común por parte del paciente y de sus familiares, dependen y mucho de cuanto los mayores reconocen su nivel de enfermedad / estado (Clare, 2004; Rymer, Salloway, Norton, Malloy, Correia & Monast, 2002; Zannetti, Vallotti & Frisoni, 1999).

De un punto de vista neuropsicológico las perturbaciones de la consciencia se han agrupado por 4 niveles (Stuss, 1991): Trastornos generalizados de la consciencia, presentes en estados de coma o vegetativos persistentes (Zeman, 1997), el dominio específico del desconocimiento o falta de conciencia del deterioro de una función

particular, se ha documentado en una serie de trastornos neurológicos incluyendo hemiplejía, hemianopsia, prosopagnosia y agnosia visual (Bisiach, Vallar, Perani, Papagno, & Berti, 1986; McGlynn & Schacter, 1989) así como en relación al deterioro de la memoria (Schacter, 1989, 1990, 1991), también el desconocimiento ejecutivo afectada la autorregulación de la conducta (Stuss, 1991), y por último, el deterioro de la auto-conciencia que implica una evaluación inadecuada de los propios prejuicios y sus posibles consecuencias, una incapacidad para traducir el conocimiento en la conciencia personal, y un deterioro en la relación información acerca de sí mismo más allá de las decisiones sobre el yo presente o futuro (Stuss, 1991). Cada uno de estos niveles de inconsciencia, además de trastornos generalizados de la conciencia, tienen una relevancia potencial para las primeras etapas del Alzheimer.

La capacidad que tenga un enfermo de Alzheimer, portador de una enfermedad neurodegenerativa, para poder decidir o emitir un consentimiento libre y esclarecido de su participación en terapéuticas farmacológicas o no farmacológicas, en estudios de investigación, en ser institucionalizado, entre otras cosas con las cuales tiene que vivir, dependen de su estado de consciencia. El deterioro cognitivo en el Alzheimer es el responsable por la pérdida de autonomía y capacidad de decidir por parte del enfermo (Flashman, 2002). A partir de la incapacidad de decisión, aunque dependa de la ley de cada país, normalmente son los cuidadores los que pasan a decidir por ellos.

Así, las cuestiones más importantes en la problemática de la consciencia o percepción de la enfermedad se relacionan con las decisiones sobre las terapias a seguir, con la institucionalización, así como con los aspectos legales para poder pasar responsabilidades a quien considere respetar y valorar más los intereses del enfermo (Clare, 2004).

La terminología puede variar conforme los modelos metodológicos (Sevush & Leve, 1993; Wagner, Spangenberg, Bachman et al., 1997), consciencia de la enfermedad, consciencia del déficit, consciencia del déficit cognitivo, insight, consciencia de si y anosognosia son algunos de los términos más utilizados (Cummings, Ross, Absher, Gornbein & Hadjiaghai, 1995; Derouesné, Thibault, Lagha-Pierucci, Baudouin-Madec, Ancrì & Lacomblez, 1999; Duke Seltzer, Seltzer & Vasterling, 2002; Gil et al., 2001; Ott, Lafleche, Whelihan, Buongiorno, Albert & Fogel, 1996; Seltzer Vasterling, Mathias & Bernman, 2001; Wagner et al., 1997).

Existen diversos modelos explicativos de la construcción de la consciencia que han intentado ayudar a esclarecer todas las situaciones posibles de la consciencia en la enfermedad. Uno de los modelos más sofisticado integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Marková, 1997; Marková & Berrios, 1992). De esta forma ha procedido a una convergencia entre teorías consideradas funcionales y teorías consideradas orgánicas, presentando un modelo que evita los peligros del dualismo. El modelo se basa en una descripción de la formación del síntoma con desarrollo progresivo de inicio en la limitación cerebral y cuya expresión final se encuentra en un acto de habla que es interpretado por el clínico (Marková, 1997).

Las etapas de desarrollo reciben la influencia de factores individuales y sociales que afectan la construcción y expresión de algunos de los síntomas en un grado considerable, mientras que en el caso de otros síntomas, de la relación entre el cerebro y el comportamiento, puede ser más directo. Los factores que influyen la percepción del clínico tienen también un impacto importante en la manera como se construye el síntoma en la evaluación. A los insight se consideran como la estructura jerárquica, con niveles sucesivos que incorporan mayores cantidades de información cada vez

más elaboradas y determinadas individualmente (Clare, 2003; Clare, 2004; Marková, 1997). La jerarquía se compone de tres niveles:

Nivel 1 - implica el cambio de conciencia, ya sea consciente o implícito, junto con el procesamiento emocional y cognitivo de esta información.

Nivel 2 - implica un conocimiento consciente de la presencia de un síntoma, y esto a su vez está sujeto al procesamiento emocional y cognitivo.

Nivel 3 - implica un conocimiento de la naturaleza y de los efectos del síntoma, el síntoma se juzga en términos de su significado y impacto en el paciente, concepto de sí mismo, las relaciones y la capacidad de funcionar.

De la conciencia interesa su relación psicológica con la enfermedad de Alzheimer, en lo que depende de la personalidad, estrategias de defensa, creencias sobre la salud y la enfermedad, el diagnóstico tardío, fallas o dificultades en iniciar las terapéuticas y finalmente en el conflicto con los familiares. La psicología define la conciencia como la expresión de una experiencia que puede ser articulada por la narrativa, o sea, el resultado de la interacción biológica con los factores psicosociales (Clare, 2002, 2003 y 2004).

El modelo psicológico establece mecanismos de defensas como función adaptativa o estratégica, estos pueden ser la negación o la descalificación (Howorth & Saper, 2003). La estrategia sería consciente, por la atribución de dificultades a las causas no médicas, como la edad, pudiendo retomar el control de su propia vida, o por otro lado, comparando sus problemas como situaciones diminutas. Estas estrategias internas representan estrategias adoptadas por vía psicológica, que pretenden ser barreras para la conciencia de la propia enfermedad (Clare, 2002, 2003).

Los diversos estudios realizados en este ámbito se basan en el análisis cualitativo de la narrativa de los enfermos, a través de entrevistas. Esta metodología permite la

percepción y comprensión de los mecanismos psicosociales convergentes en el foco de la enfermedad. Una investigación ha presentado indicadores de que los enfermos con conciencia de la enfermedad buscan más información sobre lo que tienen (Marzanski, 2000). Mientras que otro grupo justificaba la falta de interés por mala información sobre la enfermedad a partir de una demostración excesiva de conciencia sobre el probable pronóstico de la enfermedad, hasta la negación absoluta de su estado clínico.

La conciencia es también un proceso de fluctuaciones (Phinney, 2002), que relacionan la influencia de factores orgánicos, psicológicos o sociales, de forma a que la percepción o conciencia de los déficits sean variables en un mismo enfermo. Así, la percepción de los mismos déficits, como es el caso de la memoria, podrían ser clasificados de varias formas (Lamar, Lasarev & Libon, 2002):

- a) Síntomas visibles;
- b) Síntomas percibidos por otros que no sea el paciente;
- c) Olvidos de los síntomas y así la persistencia de que no existan;
- d) Insistencia de los síntomas, a pesar de las alteraciones en la vida diaria, y que aún así no son observados por el enfermo.

La exclusión de la familia de sus relaciones sociales es un elemento cultural del enfermo con demencia y que es influenciado naturalmente por su estado de conciencia (Clare, 2002; Clare, 2003). En esta situación las estrategias para la adaptación a una nueva realidad son varias, pero que pasan igualmente por el nivel de percepción que el enfermo tenga sobre su diagnóstico y sobre la aceptación o no de su enfermedad, en fase inicial, asociando su estado de conciencia y las alteraciones con la familia a su enfermedad (Clare, 2003).



### **3.6. Alteraciones de la personalidad**

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de deterioro cognitivo en la vejez y se encuentra asociada a síntomas conductuales, psicológicos y a cambios de personalidad. Los pocos estudios existentes sobre el tema sugieren que los cambios de personalidad ocurren en la fase temprana de la enfermedad y pueden ayudar en la detección temprana y en el diagnóstico de la misma (Balsis, Carpenter & Storandt, 2005). Esto es decir, que una mejor comprensión de los rasgos de la personalidad sobre la susceptibilidad a la enfermedad y el riesgo o la interacción entre el cambio de la personalidad y el proceso de la enfermedad pueden promover la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer.

La investigación sobre los rasgos de personalidad pre-mórbida de la enfermedad de Alzheimer como marcadores tempranos del diagnóstico de la misma, no ha sido muy utilizada, debido a la dificultad, al menos en parte, de la complejidad y multiplicidad de los factores causales que intervienen en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y las propias fases de la personalidad. Actualmente, sólo unos pocos estudios han investigado sistemáticamente los cambios de personalidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, se han examinado los cambios en los rasgos de personalidad de los pacientes con enfermedad de Alzheimer con las calificaciones de los parientes cercanos, para comparar la actual personalidad con su retrospectiva. Estos estudios muestran que los rasgos de personalidad pre-mórbida eran el único predictor significativo del cambio de neuroticismo, particularmente en patrones de ansiedad, depresión y vulnerabilidad, de extraversión, con la baja asertividad y aunque menor, también con la menor apertura a nuevas ideas, fantasía,

estética y valores (Gunten, Pocnet & Rossier, 2009; Wilson, Schneider, Arnold et al., 2007).

Aunque estos estudios proporcionen una imagen coherente y plausible, no se puede ignorar que la descripción de la personalidad de los pacientes es obtenida por ellos mismos. La información dada por un pariente acerca de su personalidad anteriormente, puede estar influenciada en cierta medida como un resultado de idealización del paciente, es decir, una descripción de lo que le gustaría haber sido y no de lo que fue concretamente (Aitken, Simpson & Bums, 1999). Por otra parte, la interacción entre la personalidad y el desarrollo de la demencia podría ser especialmente sensible y informativo en el inicio de esta enfermedad.

Un estudio con estas perspectivas concluyó que pacientes con la enfermedad de Alzheimer incipiente, tienen diferentes perfiles de personalidad, en comparación con los sujetos del grupo de control. Una vez que sufren cambios significativos de personalidad con un aumento del neurotismo, y una disminución en la apertura, la extraversión y la responsabilidad. Estos cambios son propensos a ocurrir pronto en el curso de la enfermedad de Alzheimer y su observación puede ayudar a la detección temprana de la demencia. El mismo estudio debate sobre si la existencia de rasgos específicos de personalidad pre-mórbida no podría constituir un factor de riesgo para el futuro de enfermos con Alzheimer o en pacientes con deterioro cognitivo leve, pudiendo somatizarse de determinados comportamientos y síntomas psicológicos de la demencia sin que realmente existieran (Pocnet, Rossier, Antonietti, Gunten & Phill, 2011).

De cualquier forma y independientemente a las dificultades diagnosticas y de diseño evaluativo que se presentan como los factores de mayor dificultad en todo el proceso de la enfermedad del Alzheimer, se pueden establecer cuatro hipótesis en

relación al análisis de la personalidad de estos enfermos. En primer lugar, que la personalidad pre-mórbida podría ser un factor determinante en el análisis de la exageración de la personalidad que surge originalmente en un principio y que después se va desarrollando a lo largo del tiempo y en progresión con la enfermedad. En segundo lugar, que las personas con Alzheimer pueden ser similares entre sí dando como resultado un perfil de la enfermedad específica que podría denominarse como la personalidad de Alzheimer, convergiendo en un perfil de comportamiento unificado con la reducción en la variabilidad normal de los rasgos (Chatterjee et al., 1992; Petry, Cummings, Hill & Shapira, 1988).

Tercero, que los cambios de personalidad estereotipados podrían desarrollarse de manera que los pacientes con enfermedad de Alzheimer pudieran mostrar las disminuciones o aumentos en sus características de personalidad, con base en el mantenimiento de la variabilidad individual, de manera que los que estaban en lo alto de un rasgo, se mantendría en lo alto de ese mismo rasgo, incluso después de la aparición de enfermedades (Welleford, Harkins, & Taylor, 1995). Como cuarta y última hipótesis, habría la posibilidad de que los cambios de personalidad pudieran ocurrir sin ningún patrón o consistencia clara, y no tener relación preexistente con una estructura de la personalidad.

Estas hipótesis tienen en común el factor temporalidad, pero si no atendemos al factor tiempo en el cambio de la personalidad, la evidencia existente indica que las personas con Alzheimer tienen frecuentemente puntuaciones más bajas que los controles emparejados por edad en los ámbitos de la personalidad y en factores como el de la apertura, de la extraversión y de la responsabilidad (Archer et al, 2006; Dawson, Welsh-Bohmer & Siegler, 2000). Estas diferencias contrastan con la relativa estabilidad de la personalidad en los adultos de 30 años y más (Costa & McCrae,

1988). La alta incidencia de cambio de personalidad se describe en la enfermedad de Alzheimer y en el deterioro cognitivo leve y hace cambiar la personalidad de un potencial marcador temprano de estas condiciones (Strauss, Pasupathi & Chatterjee, 1993). Además, se ha sugerido que un mayor neuroticismo se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo (Crowe, Andel, Pedersen, Fratiglioni & Gatz, 2006). Por otra parte, hay pruebas recientes de que el estilo de personalidad pre-mórbida podría predecir la probabilidad de ciertos síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (Archer et al., 2006).

Un número de estudios longitudinales han explorado la personalidad como fenómeno de desarrollo y demostraron la estabilidad de la personalidad en la vida adulta (Conley, 1984; Haan, Millsap & Hartka, 1986). El Estudio Longitudinal de Baltimore sobre Envejecimiento (McCrae & Costa, 1987), que se extendió hasta la tercera edad, informó de la estabilidad de la personalidad en el envejecimiento normal. El Berkeley Estudio generación anterior, reportó hallazgos similares, pero añadió que si había cambios, cada rasgo seguiría su propia trayectoria. Los rasgos, que tenían pequeños cambios en el envejecimiento normal, eran la extraversión que declinó y la amabilidad que aumentó.

Así, como la personalidad en la edad adulta se considera generalmente estable a partir de los 25 o 30 años (Costa & McCrae, 1988), cualquier cambio introducido en la personalidad adulta no se debe asumir a que sea debido al envejecimiento normal (Siegler, Welsh, Dawson et al., 1991). La hipótesis de que los cambios de la personalidad en la Enfermedad de Alzheimer se producen con un patrón consistente, por lo menos en un patrón constante y sistemática de cambio, asociado con un aumento considerable en neuroticismo y extraversión. Este cambio estereotipado sugiere que las diferencias pre-mórbidas y actuales, muestran una considerable

variabilidad entre los pacientes y las desviaciones estándar. Sin embargo, también es posible que las facetas subyacentes cambien hacia los polos opuestos y por lo tanto hacen sólo una impresión de menor importancia en la carga total. Por desgracia, una gran parte de los estudios no informaron de las facetas, y por lo tanto no es posible examinar estas tendencias (Wahlin & Byrne, 2011).

Claro que en el estudio de la personalidad de Alzheimer tenemos otra situación que debe ser referida, y es que la información sobre la personalidad no es dada por el enfermo, debido a su deterioro cognitivo y sus alteraciones de consciencia, sino por sus familiares, lo que nos lleva a una situación que puede no ser la más correcta, en función a la subjetividad que cada uno tiene. Aún así, los resultados son uniformes y contundentes, cuando afirman que la personalidad en personas con Alzheimer evaluados por informante incluyen mayor neuroticismo, una característica que a menudo se asocia con la disfunción social, disminución de la extraversión y de la conciencia (Wahlin & Byrne, 2011).

La magnitud y la dirección de estos cambios sugieren que el alto neuroticismo o baja amabilidad pueden ser los primeros signos de la demencia del tipo Alzheimer, así como los mejores predictores de cambio en la personalidad posterior en la demencia. Se entendió también que los rasgos de personalidad de neuroticismo y responsabilidad son más efectivos para discriminar mejor los controles sanos (Duchek, Balota, Storandt & Larsen, 2007). El entendimiento sobre el cambio de personalidad, tal como un correlato del deterioro cognitivo, de síntomas psiquiátricos en la demencia, puede ayudar en el diseño de los tratamientos psicoterapéuticos, sociales y farmacológicos (Rubin, Morris & Berg, 1987). Sin embargo, se requieren estudios adicionales que potencien la búsqueda de la función de la personalidad, el seguimiento longitudinal y la autopsia para verificar el diagnóstico.

### **3.7. Calidad de Vida de los Enfermos**

La mayoría de los autores coinciden en que la calidad de vida es un tema subjetivo y único para cada individuo. La definición más conocida y difundida es la de OMS (1994) y refiere que es la percepción de un individuo relativamente a su posición en la vida, dentro del contexto de los valores de donde vive y en consecuencia de sus objetivos, expectativas y preocupaciones. La definición incluye seis áreas principales:

- a) La salud física;
- b) El estado psicológico;
- c) Los niveles de dependencia;
- d) Las relaciones sociales;
- e) Características ambientales;
- f) Las normas espirituales

Los principios del envejecimiento con calidad de vida son descritos por la proactividad del mayor con la vida, donde se definen sus objetivos y dificultades para la recopilación de recursos útiles en la adaptación a los cambios, a la participación y la realización activa en el mantenimiento de su bienestar. Este modelo deriva de la satisfacción con la vida basada en los conceptos de independencia, control, competencias sociales y cognitivas (Beer, Flicker, Horner, Bretland, Scherer, Lautenschlager et al., 2010).

El objetivo principal en el cuidado de los enfermos de Alzheimer es promover su bienestar y mantener una óptima calidad de vida. La calidad de vida es un concepto multidimensional y complejo, un factor que se ve afectado en las demencias y

principalmente en las demencias degenerativas como es el caso de Alzheimer donde los síntomas psiquiátricos adyacentes a la enfermedad pueden comprometer todos los aspectos del funcionamiento diario de las capacidades cognitivas y funcionales, de las habilidades sociales y del comportamiento del enfermo, así como pueden ser también causantes de trastornos emocionales. Incluso, la prevalencia de los síntomas neuropsiquiátricos subyacentes en patologías de alteración cerebral como el Alzheimer, oscilan entre un 50 a un 90%, y pueden causar serias molestias tanto en los enfermos, como en los cuidadores (Banerjee et al., 2009; Hwang, Masterman, Hortiz, Fairbanks & Cummings, 2004; Lyketsos et al, 2002; Missotten, Ylieff, Notte, Paquay, Lepeleire, Buntinx & Fontaine, 2007).

La depresión, comúnmente, esta presente en todas las etapas de la enfermedad y parece influir bastante en el grado de deterioro funcional (Benoit, Andrieu, Lechowski et al, 2008; Starkstein, Jorge, Mizrahi et al, 2005). Actualmente, los síntomas depresivos parecen asociarse con la percepción de las medidas de la calidad de vida (Tatsumi, Nakaaki, Torii, Shinagawa, Watanabe, Murata, Sato, Mimura & Furukawa, 2009). Un trabajo de investigación demostró que los síntomas depresivos se asocian también con la agitación, y el uso de sedantes parece ser más frecuente en los mayores con puntuaciones más altas en las evaluaciones de la depresión. Sin embargo, sólo un 20% de estos enfermos reciben terapias farmacológica asociada a antidepresivos (Karttunen et al., 2011).

El déficit cognitivo causado por el Alzheimer es una importante fuente de déficit de bienestar, porque provoca en el enfermo un sentimiento de impotencia, de debilidad y de desesperanza en el futuro. Los procesos patológicos degenerativos aceleran la descomposición psicológica y funcional. La falta de memoria dificulta reunir a la gente en nuestras relaciones afectivas, sociales y familiares. Sin recordar

hechos, lugares y personas, el enfermo tiene dificultad para inter-actuar con su entorno, pierde autonomía en el cuidado personal, en la planificación y realización de tareas que le permiten la adaptación psicosocial (Tatsumi et al., 2009).

Los hallazgos en una investigación actual, muestran que las personas de edad avanzada portadoras de Alzheimer alcanzan bajas mediciones de calidad de vida, lo que sugiere que la enfermedad influye negativamente en su percepción. Por lo tanto, las políticas públicas deben permitir la disponibilidad de estrategias relacionadas con la educación, el ejercicio físico, la rehabilitación cognitiva, las actividades sociales y artísticas desde la perspectiva de la atención relacionada con las dimensiones de la calidad de vida percibida negativamente por los mayores (Karttunen et al., 2011).

A pesar de la creciente atención a los cambios en la calidad de vida en pacientes con Alzheimer a lo largo de la enfermedad, existen varias cuestiones importantes que limitan el conocimiento científico sobre el bienestar en estos enfermos. En primer lugar, porque la evaluación de los enfermos se hacen a través de informes proxy, es decir, de informes que pueden tener como base la carga intersubjetiva del cuidador, por sus expectativas y creencias. En segundo lugar, por la diversidad del diagnóstico de los estudios, donde muchas veces ni se refiere la etiología o el subtipo de la demencia analizada. Finalmente, porque se han relacionado los síntomas psiquiátricos con la calidad de vida en la Enfermedad de Alzheimer, pero pocos estudios han examinado sus correlaciones, principalmente su correlación con el tiempo de duración de la enfermedad (Hoe, Katona, Orrell et al., 2007; Karttunen et al., 2011; Tatsumi et al., 2009).

### **3.8. La Importancia de la Estimulación Cognitiva**



Existe una amplia literatura con respecto al tratamiento no farmacológico de los síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. Ha habido un gran interés público en la “manutención activa” del cerebro como forma de prevenir el deterioro cognitivo. La base de estas afirmaciones se encuentran en pruebas sólidas de meta-análisis y revisiones sistemáticas que demuestran que una mayor reserva cognitiva se asocia con un riesgo significativamente menor de desarrollar demencia (Ballard, Psych, Khan, Clack, Comms & Corbett 2011; Valenzuela & Sachdev, 2006).

El concepto de reserva cognitiva engloba todas las actividades educacionales y de adaptación al medio a lo largo de los años. Así, el enfoque hacia la rehabilitación pasa por la enseñanza cognitiva basada en estrategias para tratar o mejorar el funcionamiento específico de una determinada acción o conducta. En este sentido divergen los aspectos de la estimulación cognitiva de la rehabilitación. La primera pretende mejorar los contactos sinápticos sin que haya existido lesión y la segunda trabaja las sinapsis de las redes neuronales que mantienen su funcionamiento después de un accidente cerebral (Huntley & Howard, 2010).

En este concepto se basa la estimulación cognitiva, que pretende sobre todo incrementar o mantener las capacidades del enfermo a través de un plan y de un proceso terapéutico. El objetivo final de la estimulación es suministrar estrategias para mejorar o recuperar el déficit provocado por la enfermedad en sus capacidades cognitivas específicas, trabajando aquellas que se encuentran funcionales. Existen múltiples concepciones para la definición teórica y el abordaje de estimulación cognitiva y rehabilitación, pero todas se centran en el propósito común de recuperar el déficit existente en las capacidades cognitivas (Bates, Boote & Beverley, 2004).

La estimulación cognitiva se ha propuesto ya como una oportunidad de tratamiento para las personas con Alzheimer y con otras demencias, y como un vehículo para prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores y en personas con deterioro cognitivo. Un gran número de investigaciones indican que la estimulación cognitiva confiere beneficios bastante significativos en mayores con un envejecimiento normal. Trabajos de meta-análisis refieren mejorías globales de la cognición (Clare, Linden, Woods et al., 2010).

Aunque la memoria sea apenas uno de los aspectos cognitivos alterados en el Alzheimer, es el más importante, principalmente en las primeras etapas. El valor posible de intervenciones para mejorar su funcionamiento se indica a partir de estudios sobre la memoria y el aprendizaje, que demuestran que a pesar de la gravedad de esta limitación, muchos de sus aspectos se mantienen relativamente intactos en las primeras etapas de la enfermedad (Brandt & Rich, 1995; Morris, 1996).

En esta primera etapa del Alzheimer, en el contexto de un modelo de sistemas de memoria a largo plazo, los enfermos muestran deficiencias importantes en la memoria episódica, mientras que la memoria semántica y de procedimiento están intactas o muy levemente afectados (Squire & Knowlton, 1995). En el contexto de un modelo de proceso, las personas con demencia en estadios tempranos tienen especial dificultad en adquirir nueva información, pero las tasas de olvido no son elevadas. Dentro de este perfil de competencias retenidas y comprometidas, y teniendo en cuenta las condiciones específicas de cada enfermo, todavía habrá habilidades suficientes para aprender y retener alguna información, además de sus dificultades de memoria (Backman, 1996; Christensen et al., 1998).

Para la persona con Alzheimer, los problemas de memoria pueden tener un impacto importante en la confianza en sí mismo, y puede llevar a la ansiedad o a situaciones de depresión, que consecuentemente pueden dar lugar a mayores problemas de memoria. Este es un ejemplo de lo que se ha denominado "el exceso de discapacidad" (Reifler & Larson, 1990). Los cuidadores y familiares también se ven afectados por el impacto práctico de los problemas de memoria en la vida cotidiana y para la tensión y la frustración que puede resultar de ello (Zarit & Edwards, 1996). Por lo tanto, las intervenciones destinadas a ayudar a personas con problemas de memoria pueden tener el potencial de reducir problemas secundarios y mejorar el bienestar tanto para la persona con Alzheimer como con los cuidadores o miembros de la familia.

Así, los potenciales beneficiosos de la estimulación cognitiva general para las personas con demencia más avanzada, se demostró inicialmente a través de la adaptación de orientación a la realidad (Woods, 2002). El interés por las posibilidades que ofrece la intervención cognitiva centrada en el individuo se ha seguido desarrollando en los últimos años en respuesta a la tendencia de la detección temprana de la demencia y consecuentemente del Alzheimer y otras enfermedades degenerativas.

Principalmente la estimulación de la memoria ha sido aprovechada por algunas empresas que han desarrollado y comercializado juegos que pretenden tener un potencial muy grande en la estimulación y incluso el de revertir o reducir el deterioro cognitivo. Además, en la actualidad contamos con lo que algunos denominan de "wi-terapia". La principal diferencia entre los juegos comerciales y la estimulación es efectivamente la ausencia de un terapeuta que pueda definir y elaborar los niveles y

estratégicas, teniendo un objetivo claro de lo que se pretende estimular o rehabilitar (Ballard et al., 2011).

Aunque algunos estudios presenten una relación positiva entre los beneficios de los juegos y la estimulación o rehabilitación cognitiva, la verdad es que los números estadísticos son ambiguos y poco significativos, incluso, en algunos trabajos se hicieron evaluaciones con el WAIS en mayores con deterioro cognitivo, lo que acabo por ser una característica más para la baja credibilidad de los datos o conclusiones. El mayor estudio de este género fue realizado en el Reino Unido, por la British Broadcasting Corporation y la Sociedad de Alzheimer, donde participaron 11.430 personas, cuyas edades se comprendían entre los 18 y los 60 años. Al final de 6 semanas de investigación, hubo una mejoría de 25% en el desempeño de los juegos, pero esto se traduce en un beneficio significativo estandarizado del aprendizaje y de la adaptación de las funciones ejecutivas, de la atención y de la memoria de trabajo (Owen, Hampshire, Grahn et al., 2010).

Numerosas intervenciones se han desarrollado sobre la base de criterios implícitos de aprendizaje. Un programa de investigación contó con una muestra aleatoria de 69 personas con Alzheimer o demencia mixta. El programa presentó 1 sesión individual por semana, durante 8 semanas, y un grupo de control cuya intervención se limitó a terapia de relajación, sin ninguna estimulación cognitiva durante las mismas semanas, y según los datos, el grupo estimulado presentó rendimientos significativos después de las intervenciones (Hofmann, Hock & Muller-Spahn, 1996).

Es necesario tener mucha atención a la gran confusión conceptual sobre los parámetros y objetivos indicados para las intervenciones cognitivas, y esto se incrementa por el uso poco adecuado de los conceptos entre palabras como:

estimulación, entrenamiento o rehabilitación. Es indispensable que se aborde esta temática a través de una clara definición y descripción de las diferentes categorías de intervención. Una mayor claridad conceptual puede ayudar a lograr un consenso claro, tanto sobre los objetivos de las intervenciones, como en el contexto y la manera en que se debe medir el avance hacia el logro de los objetivos. Además, las evaluaciones de los resultados tienen que ser coherentes con los objetivos, y las medidas utilizadas deben ser tales que nos permitan demostrar que el objetivo se ha o no, cumplido (Ballard et al., 2011; Clare et al., 2010).

Teniendo los más diversos factores de análisis claros, podemos referir que los estudios presentan en los enfermos de Alzheimer, beneficios modestos pero significativos cuando son sometidos a estimulación. Aunque sea necesario evaluar su efecto en las cuestiones afectivas y no apenas cognitivas. Por otro lado, no existe ninguna evidencia de que los juegos de entrenamiento cerebral aporten ningún beneficio significativo para las personas con Alzheimer. Numerosos enfoques potencialmente más interesantes e innovadores a la formación cognitiva han sido evaluados en pequeños estudios pilotos, y pueden proporcionar el potencial de intervenciones más efectivas de entretenimiento cognitivo en el futuro (Ballard et al., 2011).

La principal cuestión en la estimulación cognitiva pasa esencialmente por la necesidad de planes de intervención basados en la evidencia directa de cada individuo según su nivel cognitivo, social y cultural. Además, parece hacer falta un modelo teórico para orientar tanto el desarrollo como la evaluación de dichas intervenciones. Los datos de los estudios existentes son prometedores pero no concluyentes y indican que las pruebas adicionales se justifican si el poder estadístico es suficiente y está bien diseñado, lo que desde luego expone una vez más el problema del diagnóstico y

de los materiales de evaluación. Finalmente, la estimulación cognitiva no depende de si, es hecha con papel y lápiz o por ordenador, pero sí por la adecuación de las características individuales de cada uno de cara a los ejercicios propuestos, bien como una evaluación sistemática y una reformulación también sistemática del plan de intervención (Arroyo-Anlló, Díaz-Marta & Sánchez, 2012).

### **3.9. Estimulación Cognitivas y Actividades en la Cruz Roja**

De acuerdo con la terminología empleada en la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia el Centro sigue un modelo de actuación basado en la elaboración de un plan individual de atención. Este plan recoge la descripción exhaustiva de las actuaciones previstas para cada usuario de forma individualizada. La intervención a partir de una evaluación de las necesidades de cada persona y la revisión de dicha intervención en el tiempo constituye la estrategia más efectiva a la hora de dar una respuesta a las necesidades de los usuarios del centro. El PIA consiste en una programación del trabajo centrado en la persona y sus particularidades, en el que se definen objetivos y se proponen modos de proceder de forma sistematizada, estructurada, secuencial, dinámica y flexible (Cruz Roja, 2013).

El PIA impone la definición de objetivos generales y específicos de actuación con cada persona, para establecer prioridades, con el fin de definir las intervenciones a realizar. Como apoyo al programa, el centro efectúa una evaluación formal cada seis meses, en la que se dejará constancia escrita de su evolución (grado de cumplimiento de los objetivos marcados y análisis general del caso) y del programa de intervención previsto para el próximo período. Tras la reunión del Equipo en la que se aborde el

caso, se convocará una entrevista con la familia, con el objeto de compartir las reflexiones y consensuar los nuevos objetivos.

### **3.9.1. Programa de Estimulación Cognitiva**

El objetivo de la intervención cognitiva es optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de los usuarios atendiendo a sus capacidades residuales con el fin de mejorar su calidad de vida y incrementar su autoestima, teniendo en cuenta los principios de flexibilidad y personalización. Las actividades y tareas de intervención son planificadas y adaptadas en función del estado cognitivo-conductual del usuario, o sea, atendiendo a las capacidades residuales cognitivas de cada usuario. La programación se hace semanalmente y dependiendo de la función que se trabaje se hará en diferentes niveles de dificultad para los diferentes grupos (Cruz Roja, 2013).

El lenguaje, desde el punto de vista de la oralidad, se trabaja la parte mecánica, comprensiva, de fluencia y vocabulario. En el escrito, se trabajan las copias, dictados y finalmente las lecturas donde se forman palabras y frases. En la orientación, como componente bastante importante, una vez que es una de las áreas más dañadas así como la memoria, se trabaja la orientación personal, temporal y espacial. Se estimulan otras capacidades como el del reconocimiento del propio cuerpo o esquema corporal a nivel verbal, escrito y con dibujos; la memoria: semántica, biográfica, episódica, y procedimental; el cálculo con la aplicación de operaciones aritméticas, procesamiento numérico, reconocimiento de números, entre otras. Las funciones ejecutivas son otra gran área de trabajo en la estimulación cognitiva, se estimula las semejanzas y diferencias de la capacidad conceptual, de series lógicas, secuencias de acciones, planificación y la obtención de metas. Finalmente la estimulación al reconocimiento

de objetos por prevención de las agnosias del tipo táctil, espacial, visual y corporal; además del trabajo de la ejecución de movimientos como prevención de las apraxias del tipo ideatorias, ideomotoras y constructivas (Cruz Roja, 2013).

### **3.9.2. Estimulación Cognitiva – Reminiscencia**

Constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad, centrando el recuerdo en los aspectos de los acontecimientos, no tanto en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. Debido a que la memoria sobre hechos pasados no se encuentra muy alterada, los pacientes se hallan cómodos y capaces al tratar temas evocadores de acontecimientos remotos (infancia y juventud). Teniendo esto en cuenta, se tratará de llevar al paciente a ese periodo de su vida, a través de fotos, canciones, cuentos, aromas, texturas, sonidos, refranes o hechos que experimentaron (Cruz Roja, 2013).

### **3.9.3. Estimulación Cognitiva – Musicoterapia**

La musicoterapia es una herramienta que ayuda a mantener el estado físico y mental de los enfermos, facilitándoles la relajación, la memoria emocional, el lenguaje y además favorece las relaciones sociales. Se han establecido cuatro grupos de usuarios que durante el día trabajan ritmo, intensidad, coordinación motora, articulación, coordinación visomotriz, imitación, y realización de instrumentos sonoros con material reciclado. Se produce de forma muy llamativa una respuesta emocional de los usuarios con un grado de deterioro mayor, y que responden a los



estímulos sonoros y desarrollan una evolución a la memoria biográfica/emocional (Cruz Roja, 2013).

#### **3.9.4. Estimulación Cognitiva – Psicomotricidad**

La estimulación planificada corresponde a la llamada psicomotricidad global. Además de ella, se trabajará sobre el campo de la psicomotricidad fina, en especial en el manejo preciso de las manos, que repercutirá en la mayor parte de las actividades que el enfermo realizará durante el día. Mediante la conservación de la capacidad de manipular objetos de forma precisa, se consigue una autonomía en el paciente, en momentos tan importantes y significativos como el de la comida, aseo y higiene, así como en cualquier otra actividad donde se precise el manejo de las manos. Los criterios a seguir en la evaluación de las actividades de psicomotricidad son fundamentalmente los siguientes: niveles de socialización, progreso y ejecución de las actividades, entusiasmo y reacciones en la participación y conducta antes, durante y después (Cruz Roja, 2013).

#### **3.9.5. Terapia Ocupacional**

Dividido por semanas y atendiendo al grado de deterioro de cada usuario, la terapia ocupacional trata de actividades grupales no estructuradas, que forman parte de un conjunto de servicios estimuladores. El progresivo deterioro que la enfermedad produce en la capacidad de manipulativa, hace necesaria, la creación de actividades encaminadas a tratar paliativamente tal limitación. Las tareas de tipo manual, se convierten en actividades idóneas para tal fin, además de construir un medio de

estimulación en áreas como la psicomotricidad y orientación espacio-tiempo. De esta forma, la realización de calendarios de fácil lectura, dibujos o murales, de temas pertenecientes a la estación, mes o costumbres, ayudan a adquirir habilidades de forma sencilla y eficaz (Cruz Roja, 2013).

Este programa se llevará a cabo mediante trabajos desde primeros de año hasta finales y atendiendo a sus estaciones, siguiendo la rutina anual de las fechas. La evaluación de las actividades de ocio terapéutico, se medirán tanto de modo formal como informal. Con este tipo de terapia se pretende combinar, las tareas de potenciación, con actividades de carácter lúdico. Por ello, es de suma importancia, consultar los familiares sobre las aficiones, hobbies y costumbres del paciente. Todo ello contribuirá a que el enfermo se encuentre ante tareas familiares y de su agrado, hecho que motivará al paciente manteniendo su atención (Cruz Roja, 2013).

### **3.9.6. Actividades de la Vida Diaria**

Las actividades de la vida diaria, comida, aseo y higiene personal, son el principal elemento de la autonomía de los usuarios y aunque sea importante su deterioro cognitivo para la capacidad de efectuar este tipo de tarea, el trabajo en este ámbito es siempre preponderante. Con el fin de crear la mejor calidad asistencial posible con respecto a estas actividades, los auxiliares son asignados en los diferentes grupos, constituidos con un máximo de cinco usuarios, sobre los que centrará su atención. De esta forma, cada usuario recibe una atención más personalizada y trabaja de forma grupal sus actividades y tareas de la vida diaria (Cruz Roja, 2013):

A) La comida, se convierte, al igual que el aseo y la higiene, en una actividad de suma importancia, ya que además de recibir alimento, da la oportunidad de

relacionarse al amparo de una actividad común. En general, la dieta será la misma que para cualquier otra persona de su edad, teniendo en cuenta, aquellos casos donde sea preciso una dieta adaptada (diabéticos o alergias a determinados alimentos).

B) Higiene personal y aseo. Con respecto estos aspectos, se pretende conseguir en el usuario unos hábitos regulares y continuos, a fin de conseguir que de forma independiente, tenga un horario destinado a tal fin. Esto facilitará una mejor asistencia tanto en el centro, como en su casa, además de proporcionar mayor autonomía. En la higiene personal, al igual que sucede en las deposiciones, cada auxiliar se ocupará de los miembros de su grupo. Se realizará un lavado de manos antes y después de las comidas, además de la higiene bucal después de las mismas. Al aproximarse la hora de regresar a los hogares, tendrá lugar un aseo general. Por otra parte, el centro dispone de las instalaciones necesarias para atender cualquier emergencia. La evaluación se llevará a cabo fundamentalmente, mediante el progreso hacia el resultado deseado y el registro diario en las hojas para tal fin.

### **3.9.7. Actividades de Apoyo a los Familiares**

Durante el periodo de tiempo en el cual el usuario, no se encuentra en el centro, es el cuidador principal o cuidadores, la figura responsable de proporcionar asistencia al enfermo de Alzheimer. La sobrecarga del cuidador se irá produciendo de forma progresiva llevándolo a necesitar un apoyo terapéutico, que será proporcionado por el Centro. Por lo que la asistencia a los familiares, consistirá en reuniones individuales y grupales donde se discutirá y informara a los mismo sobre la enfermedad, recursos y técnicas de afrontamiento, que eliminen el desconocimiento que actualmente existe entre los familiares y la enfermedad. Están programadas en el Centro sesiones

quincenales donde los cuidadores y familiares reciben orientación sobre diferentes aspectos del cuidado y de la propia psicoestimulación que ellos pueden seguir realizando en el domicilio y sobre todo lo que se trabaja al nivel psicológico (Cruz Roja, 2013).

Estas sesiones tienen también como objetivo la descarga emocional de los cuidadores, el trabajo conjunto del sentimientos de culpabilidad que muchas veces presentan, hablar sobre los síntomas depresivos y los sentimientos negativos que se producen en estos mismos cuidadores. Situaciones como las alteraciones en el sueño, sentimientos de culpabilidad, que pueden dar lugar a enfermedades psicosomáticas, así como el exceso del esfuerzo físico que éstos se ven obligados a realizar con el familiar, son los asuntos más frecuentes de estas sesiones. Estas cuestiones caracterizan el síndrome del cuidador y cuando no están bien cuidados pueden llevar al síndrome del cuidador quemado - Burn out (Cruz Roja, 2013).

Lo que se pretende con las actividades de apoyo es que el cuidador se vea apoyado psicológicamente para que pueda de forma cualitativa dar una mejor atención a el usuario, que debido a sus limitaciones muchas veces ya tienen una baja calidad de vida. En este sentido lo que se aporta a los cuidadores y familiares de los usuarios es:

1. Ofrecer información de la enfermedad en todos sus aspectos. Se pondrá en su conocimiento en qué fase se encuentra el usuario en ese momento y una posible predicción, a partir de sus evaluaciones del desarrollo de sus condicionantes en un futuro cercano;

2. Dar al cuidador toda la formación necesaria, incluso la que pueda incidir en otros factores que no sean los sanitarios o psicológicos.

3. Instituir el uso de técnicas y recursos que le ayuden a afrontar las dificultades presentes y futuras en el cuidado de sus familiares que frecuentan el Centro.

Tanto la formación como la información, podrán potenciar en el cuidador la sensación de capacidad en el cuidado del enfermo, ahorrar esfuerzos y permitir una mejor focalización. La atención a las familias, se realizará fundamentalmente de forma individual y mediante encuentros interfamiliares (GAM, grupos de ayuda mutua) para aquellos aspectos generales de la formación, así como para el intercambio de experiencias. Se programan dos reuniones mensuales con todos los cuidadores directos de los usuarios (Cruz Roja, 2013).

### **3.9.8. Otras Actividades**

Con respecto al usuario, se realizarán actividades de tipo terapéuticos, consistente con la estimulación de determinadas áreas y que va más allá de las intervenciones terapéuticas específicas. Además de los paseos y visitas a locales significativos dentro de la región de cada Centro, como son los museos o eventos que hayan perdurado en el tiempo. Así, también se aplican a los usuarios en el Centro otras actividades terapéuticas de apoyo a la cognición (Cruz Roja, 2013):

A) Actividades Físicas - la terapia en esta área, está encaminada a conservar todo lo posible las condiciones físicas del paciente, que de forma progresiva se degradan en el curso de la enfermedad. Por otra parte, el ejercicio físico y la actividad durante el día, contribuye para facilitar un mejor descanso nocturno, hecho que proporciona unas mejores condiciones de descanso también para los familiares. Además, el ejercicio físico, produce un mayor estado de tranquilidad en el usuario,

que reduce las conductas de ambulatorias características de ciertas fases de la enfermedad.

B) Actividades Sociales - uno de los problemas fundamentales que se derivan de las deficiencias que origina la enfermedad, es la falta de relaciones interpersonales, provocadas principalmente, por el deterioro en la capacidad de comunicación, lo que dará lugar a un proceso de apatía y de aislamiento en el enfermo. En esta línea, se trabajarán aspectos tales como:

- a) Diferenciación de comportamientos sociales adaptados y inadaptados;
- b) Mejora de relaciones sociales con otros usuarios y con el personal del Centro;
- c) Facilitar experiencias socializadoras;
- d) Orientación, información y derivación a otros recursos.

En el área social se consiguen unos nexos de unión entre usuarios, que les hace socializar entre ellos a diferentes grados de terapias de Validación.

C) Actividades Conductuales - debido al hecho que con el avance de la enfermedad suelen aparecer una serie de alteraciones conductuales, que desfavorecen las relaciones entre familiares y usuarios, se dotan a éstos de unas pautas conductuales para sobrellevar la convivencia. Las actividades que en conjunto se ofrecen, están programadas con el objetivo de proporcionar al usuario, la mejor calidad asistencial posible durante su acogida en el centro y en el caso de alteraciones fuertes atender al protocolo establecido para ello. El objetivo específico es dar mayor percepción en los cuidados generales y en la evolución de la enfermedad a través de los objetivos, orientados a la estimulación y al mantenimiento de capacidades funcionales y

cognitivas en comparación con la alternativa más reactiva de institucionalización precoz.

En general, todas las actividades planificadas, tienen una base terapéutica y social. Se potenciarán aquellas funciones residuales que se mantengan, en las áreas: cognitiva, funcional y conductual.

### **3.10. Terapia farmacológica**

Las recomendaciones generales son el uso primero de terapias no farmacológicas, aun así, la evidencia apunta para que sean las terapias farmacológicas las primeras en ser aplicadas. Estos indicios han llevado a una preocupación evidente del uso excesivo de fármacos en las terapias para el tratamiento del Alzheimer y de otras patologías degenerativas (Liperoti, Mor, Lapane et al., 2003). La farmacoterapia puede ser considerada como un tratamiento de primera línea en el contexto de la depresión severa, la psicosis y la agresión, situaciones que pueden colocar al paciente y a otros en riesgo, pero no en tratamientos de sintomatología ligera y aún más cuando algunos de los fármacos presentan mejoras no significativas (American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry – AAGP, 2003; American Geriatrics Society – AGS).

La Enfermedad de Alzheimer y los trastornos relacionados como el deterioro cognitivo, se encuentran entre las enfermedades más comunes y costosas. Los inhibidores de la colinesterasa, frecuentemente utilizados en enfermos de Alzheimer, actúan potenciando los niveles sinápticas del neurotransmisor de acetilcolina, una vez que la disminución del neurotransmisor lleva a creer a los investigadores que contribuye para el deterioro cognitivo. Este tipo de inhibidor ha presentando también

beneficios en las manifestaciones conductuales y funcionales (Lingler, Martire & Achulz, 2005).

Actualmente hay tres inhibidores de la colinesterasa ampliamente recomendadas para el tratamiento sintomático de la enfermedad en fase leve y moderada: el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina. La verdad es que los estudios presentan pocos valores de la utilización de estos fármacos y puede ser debido a una variedad de razones, incluyendo la evitación de efectos adversos, la falta de confianza en los beneficios del tratamiento o la interferencia con la vida diaria. El estudio sueco de Tratamiento al Alzheimer (SATS-grupo) se formó con el fin de investigar el uso a largo plazo de los tratamientos ChEI (donepezilo, rivastigmina y galantamina) en pacientes con esta enfermedad en un entorno clínico de rutina, durante 2 años. Los resultados del trabajo refieren beneficios para el uso de la rivastigmina, El deterioro de 1,84 puntos observado en las evaluaciones sugiere que el tratamiento puede haber retrasado el deterioro cognitivo por lo menos 1 año, según se mide mediante el MMSE. (Minthon et al., 2009).

El Ginkgo biloba ha sido otro incremento en el tratamiento de las demencias y en las enfermedades del tipo demencial como es el Alzheimer. Aunque los datos sean muy poco significativos en cuanto a la influencia del Ginkgo respecto al deterioro cognitivo, los demás beneficios han motivado a la Asociación Británica de Psicofarmacología para su recomendación. Debe referirse que el Ginkgo actúa principalmente como un antioxidante, sugiriendo un aumento de la tolerancia a la hipoxia, mejora el flujo sanguíneo entre otros (Burns & O'Brien, 2006; Seow & Gauthier, 2007; Van-Dongen, Van-Rossum, Kessels et al., 2003).

Las Ampakinas son una nueva clase de fármacos que han demostrado mejorar la cognición y la memoria a través de sus acciones sobre el glutamato como



neurotransmisor excitatorio. Una transmisión más rápida en las mediciones de los receptores ionotrópicos de glutamato, tales como el AMPA, kainato y receptores de NMDA. Este fármaco actúa sobre el AMPA (conocido como Ampakinas) y es recomendado para la fase moderada del Alzheimer (Lynch & Gall, 2006; Zoladz, Campbell, Park et al., 2006).

La vitamina E, en los estudio sobre los trastornos de la memoria no mostró ningún beneficio, incluso cuando fue ministrado en dosis altas: E (2000 UI al día). El trabajo incidió sobre una progresión entre 3 y 6 años. Además, el meta-análisis de algunos trabajos de investigación destacan un aumento de la mortalidad cardiovascular, al ser aplicadas altas dosis de vitamina E. También se han efectuado trabajos sobre su influencia en el deterioro cognitivo, aun así, los resultados no presentan ninguna alteración significativa (Miller, Pastor-Barriuso, Dulal et al., 2005; Peterson, Thomas, Grundman et al., 2005).

La memantina ha presentado pruebas de alteraciones significativas en el deterioro moderado y grave de la Enfermedad de Alzheimer. En un estudio donde se comparó la utilización de 10 mg diarias de memantina en un grupo, comparado con otro que tomaba placebo, durante una semana. Los mayores del grupo experimental, que tomaban la memantina mostraron diferencias significativas. Las evidencias fueron mayores, en un segundo trabajo, que duro entre 24 y 28 semanas. La memantina se ha estudiado también para la eficacia en grado leve y moderado del Alzheimer, que también mostraron diferencias significativas al final de los 6 meses (Peskind, Potkin, Pomara et al., 2006; Reisberg, Doody, Stoffler et al., 2003; Tariot, Farlow, Grossberg et al., 2004).

Como hemos conferido existen índices de un beneficio del tratamiento sintomático del Alzheimer a través de los ICE y la memantina. Aún así, pueden existir

otros tratamientos como es el caso de las terapias Antiamyloid o las Immunotherapy (Seow & Gauthier, 2007). A la lista de los fármacos que se acaban de anunciar, todavía se pueden asociar: los antipsicóticos, los antidepresivos, los anticonvulsivos, las benzodiacepinas, los bloqueadores beta, entre otros fármacos necesarios para los cuidados de otras patologías (Hermann & Lanctôt, 2007).

**CAPITULO IV**  
**LA PERSONALIDAD**

## **4. La Personalidad**

Para que sea posible intentar conocer la predisposición de un determinado individuo, su actitud personal y las capacidades de afrontamiento ante los eventos vitales, es necesario conocer algo de su estructura psíquica. Considerando que la adaptación al ambiente depende de los mecanismos de consciencia, de la identidad y del funcionamiento mental, tan individual cuanto característico de cada individuo.

En realidad lo que se pretende es distinguir lo que sería por una parte, los elementos que constituyen la personalidad de base, determinados por los eventos personales y familiares de la infancia y adolescencia, de los restantes eventos vitales de las demás etapas, y especialmente aquellos que aparecen más vinculados al inicio de la demencia.

### **4.1. La Relación interpersonal y autodefinición**

La relación entre el aspecto interpersonal de un individuo y su autodefinición se ha protagonizado en diversas contribuciones teóricas y empíricas sobre el desarrollo de la Personalidad normal y alterada. Esta relación se basa en los procesos psicológicos fundamentales y su desarrollo a partir de la capacidad de establecer y mantener, respectivamente, las siguientes dos dimensiones, primero, la reciprocidad satisfactoria y significativa de sus relaciones interpersonales y en segundo, un sentido coherente, realista, diferenciado, y esencialmente positivo de sí mismo, o una identidad (Blatt, 2008).

Estas dos dimensiones de desarrollo han sido fundamentales en las teorías de la personalidad a través de una amplia variedad de disciplinas, que van desde la

filosofía, a la psicología, con base en la evolución intercultural psicología de la personalidad, en la psicología social y en el psicoanálisis (Blatt, 2008). Los llamados modelos de dos polaridades de la personalidad comparten un énfasis en la interacción dialéctica entre cuestiones de afinidad y autodefinición en el desarrollo de la personalidad, así como una serie de otros supuestos clave acerca de la naturaleza de la adaptación y del desarrollo de la personalidad perturbada (Luyten & Blatt, 2011; Mikulincer & Shaver, 2007; Pincus, 2011).

La importancia de estas dos dimensiones psicológicas fundamentales de conexión y autodefinición en las teorías de desarrollo de la personalidad a través de diferentes disciplinas, exige una revisión de la investigación empírica relevante sobre ellos, teniendo un cuerpo emergente de investigación que demuestra el papel del aspecto transcultural. Uno de los más importantes es el desarrollo adaptativo de la personalidad que tiene que ver con los modelos psicológicos que investigan el fenómeno. Los modelos a destacar comparten el supuesto de que la adaptación procede desarrollo de la personalidad a través de una interacción dialéctica continua entre cuestiones de afinidad y autodefinición (Blatt & Luyten, 2009, Mikulincer & Shaver, 2007).

La perspectiva del desarrollo psico-cognitivo ha argumentado que el desarrollo del sentido de sí mismo conduce a niveles cada vez mayores de la relación interpersonal que, a su vez, facilitan mayor diferenciación y la integración en el desarrollo de la identidad personal, haciendo distinción entre sociotropía y autonomía (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009; Blatt & Shichman, 1983). La autonomía se refiere a un estilo de personalidad orientada al logro asociado con intentos de maximizar el control sobre el medio ambiente. Sociotropía implica inversión y en situación de apego a los demás. Así, el modelo propone un equilibrio entre autonomía y

sociotropía para caracterizar el desarrollo de la personalidad adaptativa. (Soenens, Vansteen-kiste, & Luyten, 2010; Luyten, Kempke, Van-Wambeke, Claes, Blatt & Van-Houdenhove, 2011).

Modelos interpersonales actuales han propuesto medidas similares que subyacen al desarrollo de la personalidad a través de la agencia (o la dominación social) y la comunión (o crianza o afiliación). Estas dimensiones parecen que se superponen tanto en la perspectiva teórica como la perspectiva empírica con agencia/autonomía y comunión/sociotropía, respectivamente (Benjamin, 2005; Horowitz, Wilson, Turan, Zolotsev, Constantino & Henderson, 2006; Horowitz & Strack, 2011; Luyten & Blatt, 2011, Pincus, 2005; Wiggins, 2003).

La Teoría del apego contemporáneo, a su vez, pone de relieve igualmente la importancia de un equilibrio entre la afinidad y autodefinición en el desarrollo de la personalidad. Un creciente consenso propone dos dimensiones subyacentes, el apego subyacente a sí mismo o la ansiedad, representado en modelos que expresan las diferencias de funcionamiento interno de uno mismo y de los demás, es decir, el conjunto de expectativas, creencias y sentimientos con respecto a uno mismo y a los demás, siendo éstos los individuos con los cuales se desarrollan interacciones que consecuentemente se transforman en apego (Meyer & Pilkonis, 2005; Mikulincer & Shaver, 2007;. Roisman, Holland, Fortuna, Fraley, Clausell & Clarke, 2007).

El apego subyacente al apego caracterizado por la molestia a los otros o a sus funciones se supone que conceptualmente y empíricamente sería adyacente a la autodefinición / autonomía / dominancia (Luyten & Blatt, 2011; Sibley, 2007; Sibley & Overall, 2010). El apego subyacente a la ansiedad, caracterizado por el miedo al rechazo y al abandono, se superpone con la dimensión de la relación / sociotropía / comunión. El funcionamiento de la personalidad adaptativa en las formulaciones

contemporáneas del apego se conceptualiza de manera similar como un equilibrio entre la conexión y autodefinición, expresada entre niveles bajos a moderadas de ansiedad (Mikulincer & Shaver, 2007).

La Teoría de la autodeterminación avanzó con puntos de vista muy similares sobre el desarrollo de la personalidad desde la perspectiva motivacional. Se supone que la motivación intrínseca o autónoma es característica del desarrollo de la personalidad adaptativa, debido a un equilibrio entre la autonomía y la competencia por un lado, y la relación en el otro. Autonomía y competencias reflejan los esfuerzos hacia el control de la iniciación y del resultado de las actividades de cada uno, mientras que la relación se refiere a la necesidad de sentirse relacionados con otros (Deci & Ryan, 2012; Ryan & Deci, 2006).

Una vez más, la investigación empírica ha proporcionado pruebas de la superposición conceptuales y empíricas del enfoque de la teoría de la autodeterminación en autonomía / competencia y la relación con los otros modelos de dos polaridades (Luyten y Blatt, 2011; Shahar, Henrich, Blatt, Ryan, & Little, 2003; Shahar, Kalnitzki, Shulman, & Blatt, 2006; Soenens, Park, Vansteenkiste, & Mouratidis, 2012; Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride, & Bagby, 2012).

En lo que respecta a las interrupciones del desarrollo de la personalidad, con implicaciones para conceptualización, clasificación y tratamiento de la psicopatología, el modelo de las dos polaridades también es convergente para sugerir que las formas diferentes de la psicopatología están mejor conceptualizados en términos de modos distorsionados de la adaptación, que se derivan en los diferentes niveles de desarrollo, a partir de las variaciones y disrupciones en la interacción sinérgica entre los aspectos de la relación interpersonal y la autodefinición, durante toda la vida (Blatt, 2008; Luyten & Blatt, 2011). Congruente con esta hipótesis, los

estudios indican que los diversos trastornos de la personalidad se pueden organizar en dos configuraciones, una centrada en torno a cuestiones de afinidad y el otro centrado en torno a cuestiones de autodefinición (Blatt & Luyten, 2010).

Un gran grupo de investigación apoya el valor de los modelos de las dos polaridades para comprender el desarrollo psicológico normal y anormal de la niñez a la edad adulta (Blatt & Luyten, 2009). Por ejemplo, los modelos de las dos polaridades han ayudado a dilucidar la extensa comorbilidad entre internalización y externalización en trastornos de la infancia y adolescencia (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, & Huang, 2007; Lahey, Rathouz, Van-Hulle, Urbano, Krueger, Applegate & Waldman, 2008) y sus vínculos con la depresión en la adolescencia. Preocupación excesiva por cuestiones relativas a la autodefinición, a su vez, se ha relacionado con el desarrollo de la externalización de problemas (por ejemplo, la morosidad y la agresión), sobre todo en los adolescentes varones (Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog, 1999). Por lo tanto, los modelos de las dos polaridades han contribuido a esclarecer las vías de desarrollo de involucrados en la internalización y externalización, en trastornos de la adolescencia y la aparición de diferencias entre géneros, dentro de estos trastornos.

Los estudios basados en modelos de dos polaridades también han aumentado en nuestra comprensión de la transmisión intergeneracional de las vulnerabilidades de la psicopatología. Investigación sobre el apego sugieren un equilibrio entre la conexión del desarrollo de la personalidad y la autodefinición, que contribuye al desarrollo de los niveles de madurez, en un sentido esencialmente positivo de sí mismo y de la identidad (Blatt & Luyten, 2009). De forma resumida, estos estudios demuestran que los modelos de las dos polaridades facilitan el análisis más detallado de los procesos psicológicos implicados en la transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad de la



psicopatología de la infancia a la edad adulta. Por otra parte, estos estudios implican claramente que la conexión del desarrollo de la personalidad y autodefinición no se desarrollan en un vacío socio-cultural, pero están influenciados por cuestiones socioculturales y de género.

El desarrollo de la personalidad visto a partir de dos polos permítenos un entendimiento más simplificado de la relación interna y externa del individuo, además, déjanos tener una mirada más atenta a las estructuras de personalidad más complejas como es el caso de los Cinco Factores de Personalidad, y sobre todo entender las dificultades de diagnóstico que son patentes en todas las construcciones de teorías sobre la personalidad.

#### **4.2. Los Rasgos de Personalidad y el Diagnóstico**

La personalidad puede tener dos perspectivas, una del punto de vista del diagnóstico de los trastornos de la personalidad, representada por una base categorial en la cual los trastornos presentan síndromes clínicos diferentes. Por otro lado existe el abordaje categorial a la perspectiva dimensional, en la cual los trastornos presentan variantes inadaptadas de los rasgos de personalidad, que se confunden de manera imperceptibles con la normalidad (APA, 2005).

Existen varios modelos que se basan en diferentes rasgos, aumentando o disminuyendo la cantidad de los mismos, y otros que diferencian los rasgos por tipo de afectividad, positiva o negativa. El DSM-IV, importante manual de diagnóstico se basa en un modelo de factores representativo del espectro de los trastornos de la personalidad en *continuum* con los trastornos mentales del eje I. Este mismo manual refiere el modelo de 5 dimensiones de personalidad (APA, 2005).

El modelo de los cinco factores de personalidad sostiene que las diferencias individuales se pueden resumir en cinco grandes dimensiones, de las cuales se especifican sus características:

1. Neuroticismo – Caracterizado por la tendencia a experimentar angustia y ansiedad, junto con dificultad para manejar el estrés y el control de los impulsos. Se asocia también con el riesgo para la depresión y enfermedades crónicas del envejecimiento, incluyendo el riesgo del Alzheimer. Tiene sus raíces en la dimensión temperamento básico que abarca la afectividad negativa (Crowe, Andel, Pedergen & Gatz, 2007; McEwen, 1999; Wang, Karp, Herlitz, Crowe, Kareholt, Winblad & Fratiglioni, 2009; Wilson, Arnold, Schneider, Kelly, Tang & Bennett, 2006).

2. Extroversión – Caracterizado por las preferencias para la interacción social y la tendencia a experimentar emociones positivas. Tiene sus raíces en la anticipación positiva y la búsqueda del placer, y su contrario es la inhibición del comportamiento. La evidencia más directa informó que los participantes que desarrollaron Alzheimer obtuvieron calificaciones más bajas en Extraversión, sin embargo, extraversión no surgió como un predictor independiente de riesgo de la enfermedad (Crowe et al, 2006; Duberstein et al., 2012; Rothbart, 2007; Wang et al, 2009).

3. Apertura a la Experiencia – Caracterizada por personas interesadas en la búsqueda de la novedad, como por ejemplo en las ideas, el arte, fantasía, emociones y sensaciones. Ellos tienden a ser cognitivamente flexibles, inteligentes y buscan mayores niveles de educación. Son también personas con altos niveles de sintonía con su alrededor, absorbidas en sus actividades y tareas, y con más probabilidades de

percibir estímulos de bajos niveles de intensidad. La apertura puede dar lugar a patrones de toda la vida en la actividad cognitiva que se ha demostrado asociada a la disminución del riesgo de demencia, posiblemente debido a que se relaciona con una mayor reserva cognitiva (Boyle, Wilson, Schneider, Bienias, & Bennett, 2008; Evans & Rothbart, 2007; Hertzog, Kramer, Wilson & Lindenberger 2009; Tucker-Drob, Johnson & Jones, 2009).

4. Amabilidad – Caracterizada por personas que son sinceras y que principalmente les gusta ayudar a los otros. Este factor no se ha asociado a un factor de mayor riesgo de otras enfermedades que no sea a la adición del tabaco, aunque los estudios en relación al Alzheimer hayan mostrado que personas que desarrollaron la enfermedad presentaron valores de menor amabilidad, sin que independientemente este factor tenga cualquier relación con el Alzheimer (Borghans, Duckworth, Heckman & Weel, 2008; Brommelhoff, Gatz, Johansson, McArdle, Fratiglioni & Pedersen, 2009; Plassman, Langa, Fisher et al., 2007; Roberts, Kancel, Shiner, Caspi & Goldberg, 2007).

5. Responsabilidad – Caracterizada por personas con gran capacidad de planificar el futuro y desarrollar estrategias para concretar sus objetivos con firmeza. Están unidos a un potencial enfoque hacia los asuntos de interés, capacidad de cambiar ese enfoque conforme se desee y son también personas capaces de suprimir respuestas inadecuadas. Trabajos de investigación apuntan a estas personas como personas que viven más, por su capacidad de involucrarse en comportamientos que promueven la salud. En general se cree que su longevidad se puede explicar por su adhesión obediente y enfocada al prescrito médico y al régimen preventivo, como por

ejemplo, al ejercicio o a las dietas (Bogg & Roberts, 2004; Kern & Friedman, 2008; Martin, Friedman & Schwartz, 2007; Rothbart, 2007).

Independientemente del modelo, son ya bastante conocidos los problemas relacionados con la conceptualización y el diagnóstico de los trastornos de personalidad, y incluyen la comorbilidad desenfrenada, la falta de cobertura adecuada y dificultad para distinguir la normalidad de la anormalidad. Como resultado de estos problemas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5<sup>a</sup> ed. (DSM-V) propone un sistema de diagnóstico totalmente diferente para la personalidad y los trastorno de la personalidad. Una propuesta de un nuevo modelo con cinco dominios de orden superior, es decir, la afectividad negativa, desapego, el antagonismo, la desinhibición y psicoticismo y 25 rasgos de orden inferior, como por ejemplo, el engaño (Widiger & Trull, 2007).

La literatura empírica sobre el uso de los rasgos de personalidad del modelo de cinco factores para entender los trastornos de personalidad es pertinente para la propuesta del DSM-V, aunque esta nueva propuesta requiere el uso de un modelo tridimensional y de una recreación de las patologías de la personalidad. Los cambios propuestos para el diagnóstico de trastornos de la personalidad en el DSM-V son vistos por algunos investigadores como carentes de fundamentación teórica o empírica. Aunque la mayoría de la comunidad científica esté de acuerdo en que existe disponible una significativa cantidad de literatura empírica con la que se ha documentado que los cinco rasgos de la personalidad y que se puedan utilizar para conceptualizar y evaluar trastornos de la personalidad (Gunderson, Stout, McGlashan, Shea, Morey, Grilo, Zanarini & Skodal, 2011).

Debido a la fuerte influencia de los cinco factores de los rasgos de la personalidad y a la amplitud de resultados presentes en el modelo de la nueva propuesta del DSM-V, las medidas utilizadas por el inventario de personalidad NEO, presentan resultados más consistentes que otras medidas, aunque el NEO no haya sido diseñado para tal fin. Así, la literatura refiere que este nuevo modelo de la personalidad tiene mucho en común con los modelos de rasgos bien validados, como es el caso del modelo de los Cinco Factores de Personalidad (Livesley & Jackson, 2009).

Claro que debemos de considerar la importancia de la forma en como se recoge la información para comparación de modelos, de hecho una de las limitaciones del estudio de los Cinco Factores de la Personalidad es que se evalúa a través de auto-informe, mientras otros inventarios que sustentan otros modelos son hechos a partir de entrevista estructuradas (Few, Miller, Morse, Yoggi, Reynolds & Pilkonis, 2010; Trull, 1992). El gran objetivo de las propuestas de nuevos modelos es sin duda asegurar una mayor estabilidad de los rasgos por forma a tener un cuadro clínico más estable y así un diagnóstico más fidedigno.

#### **4.2.1. Estabilidad y Cambios del Cuadro Clínico**

La idea de personalidad remonta al siglo 19 y su alteración hacía el estado anormal se designaba de *locura moral*. Los trabajos psicoanalíticos de Freud tuvieron una gran influencia para la concepción moderna de los trastornos de personalidad que se hizo efectivo con la introducción de la patología en el DSM III en 1980 (Freud, 1959; Vaillant & Perry, 1985). Los trastorno de personalidad estaban basados en 11 tipos que supuestamente se caracterizaban por rasgos de personalidad inflexibles y

desadaptativos presentados de manera generalizada a través de situaciones interpersonales (APA, 1994). La idea de que los trastornos de la personalidad eran rasgos similares y perdurables en el tiempo fueron en gran parte introducidos en el concepto diagnóstico sin pruebas consistentes (Costa, McCrae, & Areberg, 1980).

Para estudiar la estabilidad de los diagnósticos de los trastornos de personalidad y de los síntomas a lo largo del tiempo, varios grupos de investigación llevaron a cabo importantes estudios longitudinales en los años 1990. La acumulación de pruebas a partir de estos estudios indican que el número medio de síntomas para casi todos los trastornos disminuye con el tiempo y que estos trastornos son mucho menos estables que se pensaba anteriormente (Grilo, McGlashan, & Skodol, 2000; Lenzenweger, 1999; Lenzenweger, Johnson, & Willett, 2004; Paris, Brown & Nowlis, 1987; Skodol, Oldham, Bender, Dyck, Stout, Morey & Gunderson, 2005; Zanarini et al., 2006).

Uno de los trabajos de investigación en esta época presentó resultados donde la estabilidad de los criterios diagnósticos que definen ciertos trastornos de la personalidad varían mucho más, en breves intervalos de tiempo, lo que sugiere que algunos de los criterios abordan rasgos disfuncionales de la personalidad, mientras que otros pueden ser más sensibles a los comportamientos relacionados con el estrés o síntomas dependientes del estado de ánimo del individuo (McGlashan, Grilo, Sanislow, Rolevski, Morey, Gunderson, Skodol & Pejano, 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006).

A pesar del Estudio de *Collaborative Longitudinal* de los Trastornos de Personalidad (Skodol et al, 2005) y el Estudio de McLean de Desarrollo de Adultos (Zanarini et al., 2006) se ha observado que la remisión de los síntomas de cada uno de los trastornos de la personalidad estudiada, son potencialmente limitados por el hecho

de que los participantes estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico en la evaluación inicial del estudio y tenían niveles altos (por encima del umbral de diagnóstico) de la patología de la personalidad, lo que plantea la preocupación de que los síntomas de remisión del trastorno se puedan reflejar en parte hacia una regresión a la media (Campbell & Kenny, 1999).

Otras de las limitaciones de estos estudios longitudinales esta en los métodos estadísticos utilizados, ya que caracterizan a los cambios en el nivel medio de los síntomas de forma correlacionar con el tiempo, ya sea basado en los promedios de grupo o curvas de crecimiento individuales. Estos métodos no son sensibles a la posibilidad de subgrupos latentes mezclados dentro de la muestra del estudio, cuyos síntomas puedan cambiar a un ritmo diferente o que tengan diferentes niveles cualitativos de los indicios al inicio del estudio (Muthén, 2004). Por lo tanto, aún se desconoce si existen subgrupos de individuos cuyo síntomas de los trastornos de la personalidad no remitan con el tiempo, o si las personas afectadas cuyos síntomas se hayan desarrollado especialmente rápido y mucho menos se sabe, sobre el posible desarrollo de síntomas de la enfermedad entre los individuos que son inicialmente asintomáticos (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005). Aún así, urge aclarar la heterogeneidad en el curso de los trastorno de la personalidad, una vez que la sintomatología está asociada con la pobre respuesta al tratamiento y el deterioro psicosocial (Newton-Howes, Tyrer & Johnson, 2006).

Igualmente, la identificación de las características de las personas que experimentan síntomas crónicos en los trastornos de la personalidad, frente a aquellos cuyos síntomas remiten rápidamente con el tiempo, puede tener consecuencias directas para la evaluación clínica. Por otra parte, la caracterización de tal heterogeneidad puede llevar a una comprensión del desarrollo y la patogénesis de la

patología de la personalidad, que sigue siendo en gran medida de difícil entendimiento (Gunderson et al., 2011).

Una investigación actual reveló que existe una gran heterogeneidad en el curso longitudinal de síntomas de los trastornos de personalidad, tanto para los individuos sintomáticos como para los individuos asintomáticos. Este trabajo proporcionó una demostración inicial de modelos de crecimiento tradicionales para enfatizar aspectos comunes en el curso de la personalidad. Aun así, entre las personas sintomáticas, solo encontramos personas con trastorno antisocial, trastorno obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. Los trastornos de la personalidad que incluyen una trayectoria latente con síntomas persistentes, estables, se presentan como una limitación a la investigación (Hallquist & Lenzenweger, 2013).

#### **4.2.2. Estabilidad y Cambios en los dominios de los Cinco Factores**

Las cuestiones relacionadas con la estabilidad de los rasgos de personalidad juegan un papel central en la psicología tanto en la personalidad como en su desarrollo. Los rasgos presentan una cantidad considerable de consistencia uniforme durante largos periodos de tiempo (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005; Ferguson, 2010; Roberts & DelVecchio, 2000), mientras que los niveles medios de las diferentes características cambian a través del tiempo de vida de una manera psicológicamente significativas (Srivastava, John, Gosling & Potter, 2003; Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006; Roberts, Wood & Caspi, 2008). Aún quedan preguntas acerca de la naturaleza exacta del desarrollo de los rasgos de la personalidad en adultos, dado que la mayoría de estudios longitudinales se basan en muestras de conveniencia con



rangos de edad limitada, es decir, pocos estudios presentan participantes verdaderamente mayores.

Estudios previos han encontrado evidencia de las diferencias relacionadas con la edad media de los cinco grandes dominios que utilizan tanto en diseños transversales como longitudinales (Anusic, Lucas, & Donnellan, 2012; Donnellan & Lucas, 2008; Lucas & Donnellan, 2009; Lucas & Donnellan, 2011). El objetivo de estas investigaciones es cuantificar el nivel típico de un rasgo dado en diferentes momentos de la vida. En general, las tendencias se pueden resumir en el principio de la madurez del desarrollo de la personalidad promedio de los niveles de rasgos que parecen cambiar en formas que reflejan el aumento de la salud psicológica y la mejora de las capacidades para cumplir con los roles sociales de los adultos (Caspi, Roberts & Shiner 2005). Por ejemplo, los niveles promedio de responsabilidad y amabilidad parecen aumentar con la edad (Caspi, Roberts & Shiner 2005; Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006). Del mismo modo, por lo menos algunos estudios sugieren que el neuroticismo, un rasgo asociado con una menor salud psicológica y bienestar, disminuye (Anusic, Lucas, & Donnellan, 2012). Aunque no esté tan claramente ligado al principio de la madurez del desarrollo de la personalidad, extraversión y apertura muestran una disminución media de nivel con la edad.

A pesar de toda la investigación, las preguntas críticas acerca de los cambios de rasgos a nivel medio permanecen. En primer lugar, el tamaño de las diferencias de edad son a veces inconsistentes entre los estudios. Algunos estudios encuentran que los aumentos en responsabilidad son sustanciales en la edad adulta joven, después de lo cual los niveles de rasgos son bastante consistentes y, a continuación, incluso después de la mediana edad disminuyen (Lucas & Donnellan, 2011), mientras que otros estudios muestran un aumento lineal más gradual a lo largo de la duración de la

vida (Srivastava, John, Gasling & Potter, 2003). Existen otras discrepancias respecto a la dirección de la asociación entre neuroticismo y la edad (Anusic et al., 2012). Aunque en el principio de la madurez, parece que las personas se vuelven cada vez más saludables psicológicamente, el declino en el neuroticismo que sería coherente con esta perspectiva no siempre es evidente.

Por otra parte, el momento exacto de la variación media de nivel está todavía en cuestión, algunos autores sugieren que los cambios nivel medio de parada en gran medida es después de los 30 años de edad (McCrae & Costa, 2007). Aclarar estos cambios de nivel medio es importante, como evidencia de que los cambios sustanciales en las características coinciden con las tendencias demográficas, como por ejemplo, el matrimonio, el empleo, entre otros, pueden ayudar a abordar debates sobre el impulso para el cambio (Roberts, Wood & Caspi, 2008 ). Por lo tanto, se necesita investigación adicional con grandes muestras con diversidad de edades apreciable.

Las investigaciones acerca de las diferencias de nivel medio ofrecen con vista de los patrones normativos un cambio de rasgo de la personalidad. Un segundo tipo de estabilidad de la orden del rango de la personalidad o de la estabilidad diferencial, cuantifica la consistencia de las diferencias individuales en el tiempo. Un alto grado de estabilidad de rango-orden es fundamental para el concepto de un rasgo de la personalidad (Asendorpf, 1992). En general, la correlación entre las mismas medidas de personalidad administradas en dos momentos es sustancial, aunque las correlaciones se reducen como el intervalo de tiempo entre las evaluaciones de los aumentos. Además, las revisiones meta-analíticas encuentra que los coeficientes de estabilidad aumentan desde la infancia hasta la edad adulta (Ferguson, 2010).

Como ocurre con el principio de la madurez, un gran cuerpo de investigación apoya el principio de continuidad acumulativa; sin embargo, algunos detalles sobre la naturaleza de la estabilidad de orden de largo plazo de la vida aún no se han abordado. Lo más notable es la posibilidad de que los coeficientes de estabilidad pueden disminuir hacia el final de la vida útil. Este patrón es teóricamente interesante, ya que sugiere que los cambios de personalidad son más comunes en la vejez que en la mediana edad. Sin embargo, un estudio longitudinal de origen alemán (Lucas & Donnellan, 2011) encontró que la estabilidad de orden de rango alcanzó su punto máximo en la edad adulta y la disminución con la edad avanzada, es decir, más allá de los 60 años.

Así, los más recientes resultados hablan sobre las controversias actuales en la literatura, como es el caso del desarrollo del rasgo de personalidad adulta. Los rasgos de personalidad podrían desarrollarse de acuerdo con el principio de la madurez en algunos aspectos, pero no se fija en un punto particular en la edad adulta. El rango de orden aumenta la consistencia de la adolescencia a hasta relativamente tarde en la vida, pero luego la consistencia disminuye. Por lo tanto, existe una evidencia replicable para un patrón en forma de U invertida de coeficientes de estabilidad que pueden requerir una cualificación del principio de continuidad acumulativa. Debe subrayarse el hecho de que los rasgos de personalidad no están escritos en piedra y, de hecho, está surgiendo evidencias de que los rasgos de personalidad se pueden cambiar con la intervención. Este intrigante hallazgo contradice la tendencia normativa general para la disminución de la apertura con la edad. En resumen, el fenómeno sugiere que el desarrollo del rasgo de la personalidad continúa durante toda la vida, y esa perspectiva podría motivar a los futuros esfuerzos destinados a promover el desarrollo

de los rasgos de manera que facilite la adaptación en todas las fases del ciclo de vida (Wortman, Lucas & Donnellan, 2012).

### **4.3. El Modelos de los Cinco Factores de Personalidad**

En las últimas décadas, modelos dimensionales de los trastornos de la personalidad han ganado un gran apoyo y entusiasmo. De los diagnósticos en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-IV, los trastornos de la personalidad son a menudo considerados los más problemáticos, en términos de fiabilidad y congruencia. De los diversos modelos tridimensionales que se han propuesto, el modelo de los Cinco Factores de la personalidad ha recibido la mayor atención, y la investigación sugiere que este modelo es el que mejor representa el DSM-IV (Costa & Widiger, 2002; Saulsman & Page, 2004). Este modelo se basa en análisis de descriptores de rasgos léxicos y sugiere cinco dominios de orden superior de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad.

El Inventario de Personalidad NEO es la medida más ampliamente utilizada de los Cinco Factores, separando aún más cada uno de estos cinco ámbitos generales, en seis facetas. Utilizando la teoría de respuesta al ítem (Samuel, Simms, Clark, Livesley & Widiger, 2010) examinaron la relación entre las dos medidas de patología de la personalidad, es decir, la personalidad adaptativa y no adaptativa del NEO, y la evaluación dimensional de la patología de la personalidad (Livesley & Jackson, 2009). Los resultados de estos análisis demuestran una estructura tridimensional compartida entre las medidas de la personalidad normal y patológica, con cuatro de los cinco dominios emergentes, una vez que la apertura a la experiencia no se encontró consistentemente. Por otra parte, el estudio encontró que, si bien las medidas

de la personalidad patológica normalmente proporcionan más información en los niveles superiores de las dimensiones de rasgos latentes, hubo un alto grado de solapamiento entre la cobertura de los instrumentos.

Desde el desarrollo progresivo del instrumento NEO, los perfiles prototípicos han sido validados con buena concordancia dentro de lo que son las muestras presentadas (Miller, Reynolds & Pilkonis, 2004). Aun así, para evitar morosidad y métodos demasiado exigentes algunos autores desarrollaron una técnica simplificada de puntuación. Esta técnica, coincidente con el método de recuento de los trastornos de la personalidad, es la que crea una puntuación sumando todas las facetas relevantes del NEO para cada rasgo (Miller, Bagby & Pilkonis, 2005). Las puntuaciones de los Cinco Factores de Personalidad en relación a los trastorno de la personalidad, se han validado a través de la Entrevista Estructurada del inventario NEO (Miller, Bagby & Pilkonis, 2005; Miller, Maples, Few, Morse, Yaggi & Pilkonis, 2010).

La limitación más apuntada en los muchos estudios ya realizados con el inventario NEO, es su dependencia de auto-reporte. Aunque se ha hecho algún intento de explorar otro tipo de informe, como es por ejemplo, el uso de informantes en relación con los prototipos de los trastornos de la personalidad en el individuo evaluado (Widiger & Samuel, 2005). La problemática del auto-informe es claro en cuanto a la capacidad de consciencia del individuo sobre su enfermedad, y las entrevistas estructuradas presentadas a los informantes depende también de la perspectiva del informante que puede no ser la misma que la del evaluado (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2002). De hecho, la investigación con pre-informe de los trastornos de la personalidad ha sugerido que esta fuente parece ser la adición de una perspectiva única, aunque en el informe del informante parece diferir sensiblemente

del realizado por el auto-informe, los informantes tienden a estar de acuerdo unos con otros (Oltmanns & Turkheimer, 2009).

Gran parte de la literatura se ha centrado en la observabilidad de los rasgos. De los Cinco Factores de Personalidad el neuroticismo está asociado con una baja observabilidad, mientras que la extraversión está vinculada a la alta observabilidad. La razón es bastante evidente, principalmente porque el neuroticismo se basa en gran medida en el conocimiento de los pensamientos y sentimientos internos, mientras la extraversión es, por definición, más observable. De hecho, un gran número de estudios han demostrado este patrón, aunque no se encuentre un acuerdo sobre el efecto de los rasgos de neuroticismo que parezcan aumentar por nivel de conocimiento entre el objetivo y los incrementos de observación (Vazire, 2010).

Además de sus limitaciones, los beneficios, como en cualquier modelo dimensional, el apoyo empírico consistente de la patología de la personalidad que abre un potencial adaptativo para manejar mejor el diagnóstico de las concurrencias, se deben a los prototipos que del NEO pueden resultar, particularmente útiles cuando se examinan individuos con incidencia en la edad. En su revisión sobre la estabilidad y la variabilidad en los trastornos de la personalidad se observó una disminución general en la patología de la personalidad con el tiempo. Sin embargo, se encontraron un número de criterios en el DSM-IV con sesgo de edad (Balsis, Gleason, Woods & Oltmanns, 2007; Clark, 2009). El inventario de personalidad NEO, por su parte, se ha utilizado ampliamente en la tardía y mediana edad, esto es decir, en adultos y adultos mayores, y se ha demostrado una buena estabilidad temporal (Costa & McCrae, 1994; Widiger & Trull, 2007). Por estas razones, los prototipos pueden ser mejores indicadores de los niveles de patología latente en adultos mayores, que el mismo diagnósticos del DSM-IV.

#### **4.3.1. La Taxonomía de los Cinco Factores de Personalidad**

Los rasgos de personalidad pueden estar agrupadas en cinco ámbitos principales: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Estos cinco factores especifican el número mínimo de caracteres necesarios para una descripción completa de los fenotipos de la personalidad, a través de culturas y utilizando el lenguaje natural y cotidiano. (Allemand, Zimprich, & Hertzog, 2007).

Los rasgos son generalmente estables durante toda la vida adulta, y esta personalidad es un esbozo predictivo, cuando miramos hacia el comportamiento infantil y las diferencias individuales del temperamento emocional, de la motricidad y de la reactividad atencional. Se cree todavía que la personalidad tienen bases biológicas, que se reflejan principalmente en los procesos neurofisiológicos (Evans & Rothbart, 2007; Rothbart, 2007).

Dada las diversas relaciones entre los factores de la personalidad y los procesos neurofisiológicos implicados en la respuesta adaptativas del organismo al medio ambiente, es de esperar que las relaciones entre personalidad y enfermedad afecten los procesos neurofisiológicos, como consecuencia de la interacción proactiva entre los rasgos de personalidad y las exposiciones ambientales. Debido a sus rasgos de personalidad, algunas personas pueden ser más propensos a elegir entornos que proporcionan una mayor oportunidad para el comportamiento saludable o la estimulación cognitiva, promoviendo la disminución del riesgo de ciertas enfermedades (Duberstein et al., 2012; Segerstrom, 2000).

Los rasgos de personalidad también pueden influir en las manifestaciones sintomáticas del deterioro cognitivo y en enfermedades del tipo demencial como el Alzheimer, donde frecuentemente se encuentran cambios conductuales, algunos de los cuales han sido interpretadas como alteraciones de la personalidad (DucHECK, Balota, Storandt & Larsen, 2007). Así, es probable que los cambios conductuales se encuentren influenciados por los rasgos pre-mórbidos de la personalidad. Un estudio muy riguroso sobre la personalidad y el Alzheimer sugiere que los cambios de los factores de neuroticismo y responsabilidad, constituyen signos pre-clínicos de la enfermedad de Alzheimer (DucHECK et al., 2007).

A pesar de la fuerte asociación entre la personalidad y la enfermedad, pocos son los estudios epidemiológicos que incluyen evaluaciones de personalidad. En este sentido la evaluación de la personalidad podría conferir dos ventajas científicas: el ajuste estadístico de los rasgos de personalidad en el contexto epidemiológico, en función de riesgos de alteración cognitiva o estados depresivos, y el estudio del riesgo conferido por la personalidad sobre la etiología de la enfermedad y la patología social (Kern & Friedman, 2008).

La evaluación de la personalidad en los individuos, cuando estos poseen todas sus capacidades cognitivas y plena consciencia de sí, permite algunas pruebas de hipótesis sobre el riesgo del Alzheimer, aunque las teorías sean escasas en este sentido. La investigación ha ido en sentidos corroborantes de los rasgos de la personalidad, sin que así, se hayan aplicado la evaluación específica, es decir, que la búsqueda de factores de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer han incidido en factores influenciados directamente por la personalidad (Hertzog et al, 2009).

Ninguna teoría hace predicciones explícitas sobre las contribuciones de cada uno de los cinco dominios de rasgos de la personalidad en relación al Alzheimer, así



que la mayoría de las investigaciones que incluyen la personalidad en los factores de riesgo se basan principalmente en el conocimiento actual de los cinco dominios de rasgos y estudios previos de la personalidad y la demencia (Wang et al, 2009), deterioro cognitivo (Crowe et al, 2007) y Alzheimer (Duberstein et al., 2012; Pocnet et al., 2011; Wahlin & Byrne, 2011). Considerando la influencia de la personalidad en el estilo de vida, y así, su influencia en el estilo de vida de la Enfermedad de Alzheimer.

#### **4.4. Revisión del Inventario de Personalidad - NEO**

La generalización transcultural del modelo de cinco factores de la personalidad se ha demostrado en muchas culturas, especialmente cuando se mide por los inventarios importados, como el Inventario de Personalidad NEO Revisado (Costa & McCrae, 1992; McCrae & Allik, 2002). Los investigadores han comenzado a sacar conclusiones acerca de las diferencias culturales en los niveles promedio de rasgos mediante la comparación de los perfiles de medias a través del NEO y otras medidas de las cinco grandes dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad, y responsabilidad (McCrae, Terracciano, Fruyt, Bolle, Gelfand, Costa & 42 Collaborators of the Adolescent Personality Profiles of Cultures Project, 2010; Schmitt, Allik, McCrae, & Benet-Martínez, Alcalay & Ault, 2007).

Hay razones teóricas convincentes para comparar perfiles medios en todas las culturas, lo que podría representar un aumento de comprensión de las influencias ecológicas, culturales y biológicos de la personalidad, en cada una de ellas y también individualmente. Algunos investigadores han observado valores medios de mayor extraversión y apertura a la experiencia en puntuaciones de grupos de inmigrantes

Europeos y americanos, comparados con inmigrantes africanos y asiáticos, con el fin de atribuir a las diferencias un flujo genético resultante para la inmigración. Desde una perspectiva aplicada, el conocimiento de la diversidad cultural implica diferencias en los niveles de rasgo, si son grandes y confiables, podría facilitar las comunicaciones interculturales y el ajuste (Camperio Ciani, Capiluppi, Veronese & Sartori, 2007; Olson, 2007).

A pesar de su valor potencial, las comparaciones de perfiles medios en todas las culturas siguen generando controversia. Otra investigación señaló que una de las principales razones de la caída de la clásica escuela de la cultura y de la personalidad en la antropología era su tendencia a caracterizar la personalidad o el *carácter nacional* de poblaciones enteras, ignorando la importancia de la variabilidad individual (Abella, Panksepp, Manga, Bárcena & Iglesias, 2011; Poortinga, Van de Vijver & Van Hemert, 2002).

Varias fuentes de evidencia sugieren que los perfiles de personalidad agregados pueden ser significativos. Tal vez el más convincente es el patrón geográfico de dichos perfiles (McCrae et al, 2010; Schmitt, Allik, McCoral, Benet-Martínez, Alcalay & Ault, 2007). Una investigación afirmó que los países vecinos, en general, se agrupan en conglomerados, esto a partir del análisis del escalamiento multidimensional del NEO. Por ejemplo, las culturas de Europa y América en general se contrastan con las culturas de Asia y África, con el primero, más alto en extraversión y apertura a la experiencia y menor en amabilidad. También hubo una serie de anomalías en la agrupación de las culturas (Allik & McCrae, 2004; Benet-Martínez & John, 1998; Schmitt et al., 2007).

Correlatos externos y significativos de los rasgos medios en diversos países también han sido conseguidos, incluyendo, por ejemplo, las dimensiones culturales,

los valores, el bienestar subjetivo, compromiso organizacional, socio-sexual y las conductas. Sin embargo, algunas correlaciones han sido más difíciles de interpretar o no se han replicado bien a través del método de los estudios, es decir, de las muestras presentadas, 530 participantes fueron identificados como estadísticamente significativos, a partir de datos observables y por correlación cultural a nivel de las puntuaciones del NEO, pero apenas 272 participantes de las mismas muestras tuvieron una misma relación estadísticamente significativa, cuando el NEO fue aplicado por auto-informe (Allik & McCrae, 2004; Gelade, Dobson, & Gilbert, 2006; McCrae, 2002; McCrae & Terracciano 2008; Schmitt et al, 2007).

Sobre el aspecto cultural, es posible a partir del NEO, generalizar individualmente por países, los grupos de edad, tanto por auto-informe como por datos de observación (Costa, Terracciano & McCrae, 2001; McCrae, 2002; McCrae et al, 2010; Schmitt et al, 2007). Así, las diferencias culturales promedio que se observan con el inventario de personalidad NEO, siendo cual sea su significado, se encuentran con fiabilidad a través del género y de la edad.

La invariabilidad de la configuración de la medida, se exhibe cuando el mismo número de constructos o factores y el mismo patrón de cargas salientes, define la estructura del instrumento través de las culturas. La invariabilidad métrica está presente cuando el factor de cargas, es decir, pendientes de regresión de los elementos que definen la construcción pueden ser considerados iguales en todas las culturas. Las equivalencias métricas implican escalones equivalentes, lo que facilita las comparaciones de las redes nomológicas de las construcciones de todas las culturas. Comparaciones significativas de las puntuaciones medias de todas las culturas también requieren invariabilidad de la escala. Las intersecciones de elementos, que son los valores de cada elemento que corresponde al valor cero del constructo latente

o rasgo, indica si la escala de medición tiene el mismo origen o punto cero en todas las culturas. La falta de invariabilidad de medición en el nivel de objeto se conoce como funcionamiento diferencial de los ítems (Cheung & Rensvold, 2002; Steenkamp & Baumgartner, 1998).

La invariancia de la configuración de la medida y la invariancia métrica han sido ya demostradas en el nivel de las facetas del NEO, mediante análisis de los principales componentes (Ortiz, Church, Vargas-Flores, Ibanez-Reyes, Flores-Galaz, Iuit-Briceño & Escamilla, 2007). Sin embargo, la invariancia escalar rara vez se probó en la personalidad de los inventarios. En particular, fue posible identificar sólo en dos estudios anteriores, en el funcionamiento diferencial de los ítems examinado a través de culturas en las medidas de las cinco grandes dimensiones (Nye, Roberts, Saucier & Zhou, 2008).

Así se ha llegado a la conclusión de que no es razonable esperar que muchos de los cuestionarios, si no la mayoría, traducidos y utilizados de forma intercultural, y comparados con el NEO, contengan elementos que demostrarían que el funcionamiento diferencial de los ítems se realizan fuera de los análisis pertinentes. Si es así, entonces algunas diferencias culturales aparentes podrían ser artefactos, mientras que algunas diferencias culturales válidas pueden ser enmascarados por el funcionamiento diferencial de los ítems (Johnson, Spinath, Kruger, Angleitner & Riemann, 2008). Además, la literatura sobre el funcionamiento diferencial de los ítems, se plantean preguntas acerca de la construcción de la subrepresentación y de la validez de contenido, comparan los aspectos de la construcción. Los investigadores difieren en sus puntos de vista con respecto a la proporción de literatura que necesita para demostrar la invariancia, para permitir comparaciones interculturales (Byrne,

Shavelson, & Muthe, 1989; Steenkamp y Baumgartner, 1998; Vandenberg & Lance, 2000).

Finalmente, en la paradoja de la investigación del funcionamiento diferencial de los ítems, por un lado, los investigadores interesados en las comparaciones transculturales preferirán encontrar poca o ninguna diferencia en el funcionamiento diferencial de los ítems. Por otro lado, los artículos que exhiben que el funcionamiento diferencial de los ítems podría revelar interesantes diferencias culturales en la pertinencia o la prevalencia de los indicadores de comportamiento de los rasgos (Abella, Panksepp, Manga, Bárcena & Iglesias, 2011; Huang, Church & Katigbak, 2007;. Johnson et al., 2008). Aunque algunos investigadores han comentado la dificultad de explicar el funcionamiento diferencial de los ítems, no obstante, es necesario tener en cuenta el valor potencial de buscar patrones en el contenido de estos elementos.

Algunos de los ítems de funcionamiento diferencial podrían ser el resultado de equivalencias de traducción o diferencias motivacionales, de cómo los grupos culturales responden a formatos de ítems particulares. De mayor interés para los psicólogos de la personalidad serían las diferencias culturales en la importancia de los comportamientos como indicadores de los rasgos asociados, o la prevalencia de los comportamientos de los grupos culturales. Los investigadores han tratado de explicar estas diferencias en cuanto a los valores culturales, normas o prácticas. Esta paradoja del funcionamiento diferencial de los ítems nos recuerda, que algunos de estos ítems pueden representar diferencias culturales válidas en los indicadores de comportamiento de los rasgos, en lugar de los artefactos de medición (Ellis, Jackson & Boyce, 2006; Johnson et al, 2008; Reise & Waller, 2009).

#### **4.4.1. Aspectos Generales del Inventario**

El NEO PI, inventario original de 181 ítems, fue diseñado para reflejar el modelo de cinco factores de la estructura de la personalidad. Estos factores representan las dimensiones más básicas que subyacen a los rasgos de personalidad origen-mente identificados a partir de los análisis léxico de los diccionarios y las muestras lingüísticas y psicológicas de los cuestionarios. Las correlaciones de los rasgos están formados por facetas de rasgos específicos, y en cada grupo de facetas se etiqueta un dominio. Resumiendo las escalas de facetas se obtiene la puntuación de dominio, lo que da una aproximación de la puntuación de los factores. El NEO PI es el resultado de una amplia investigación sobre el cambio de personalidad y la estabilidad, fiabilidad y tiene bien establecida y datos de validez en las poblaciones de mayores (McCrae & Costa, 1983; McCrae & Costa, 1989; McCrae & Costa, 1990; McCrae, 1994; Strauss & Pasupathi, 1994).

Posteriormente, surge el NEO PI-R con 240 ítems a la vez que surgía la versión corta, un inventario NEO con 60 ítems, denominado de NEO-FFI, ambos se han desarrollado con una estructura similar (Costa & McCrae, 1992). El NEO PI-R mide el nivel de acuerdo o desacuerdo sobre 30 escalas de facetas y cinco dominios y permite una evaluación integral de la personalidad adulta. El NEO-FFI se considera el inventario con medidas más fiables para la evaluación de la personalidad premórbida, incluso en pacientes con enfermedad de Alzheimer probable (Archer et al., 2006).

Las calificaciones de personalidad en los dominios de personalidad NEO se presentan comúnmente como puntuaciones T estandarizadas, con una media de 50 y una desviación estándar de 10. Los inventarios de personalidad NEO representan constructos de personalidad en las escalas dimensionales y valoraciones pueden ser

útilmente resumidas en relación con cinco niveles normativos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Aunque los resultados varían un poco de un estudio a otro, aproximadamente el 38% de la puntuación de los sujetos normales en el rango promedio (T 45-55), el 24% en el intervalo alto (T 56 - 65) o de bajo rango (T 35-44) y el 7% en el muy alto (T 66) o en el rango muy bajo (T 34) (Costa & McCrae, 1992).

Personas mayores normales tienden a puntuar ligeramente inferior en neuroticismo, extraversión y apertura y un poco más alto en amabilidad y responsabilidad que los adultos más jóvenes (Costa & McCrae, 1992). Sin embargo, las descripciones de personalidad de edad adulta obtenido a diferentes puntos de tiempo son bastante estables en ausencia de la enfermedad (Costa & McCrae, 1988).

En España existen ya ediciones publicadas por TEA Ediciones, ésta última, revisada y ampliada en el año 2008, bajo el nombre Inventario de Personalidad NEO Revisado. Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Cada factor se compone de seis escalas o facetas, medidas por ocho ítems cada una, lo que hace un total de doscientas cuarenta cuestiones a responder. Existe una versión breve, compuesta por los sesenta primeros ítems de la prueba, doce por factor, que constituye el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Inventario NEO reducido de Cinco Factores (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos – CGCOP, 2010).

Sobre este instrumento existe abundante investigación que muestra unas buenas o excelentes cualidades psicométricas, que se han mantenido en la adaptación española gracias a la rigurosa adaptación realizada. Las alteraciones actuales que se proponen para el nuevo modelo de personalidad y que es la base la discriminación de

los trastornos de la personalidad en el próximo DSM-V presenta una manifiesta necesidad de seguir profundizando en el proceso de validación y en la obtención de diferentes evidencias de validez que permitan realizar inferencias y toma de decisiones fundadas a partir de las puntuaciones de los participantes en los inventarios del NEO (Gurven, Von Rueden, Kaplan & Massenkoff, 2013; Miller et al., 2010).

El inventario NEO, sea en la versión revisada como en la versión corta del NEO-FFI, es uno de los instrumentos de medida más prestigiosos para la evaluación de los principales factores de personalidad de acuerdo con el modelo de los Cinco Factores: neuroticismo, extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y responsabilidad. El cuestionario consta de un total 60 ítems, en la versión corta del NEO-FFI, a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones, en función del grado de adherencia. De la perspectiva de la taxonomía en inventario del NEO, más concretamente del NEO-FFI se ha explicado por sus adjetivos:

Cuadro 4.1 - Taxonomía de los adjetivos para los Cinco Factores de Personalidad a partir del factor bipolar de Norman, 1967 John, Angleitner y Ostendorf, 1988).

<b>Extroversión</b>	
Hablador	Callado
Franco, abierto	Cerrado
Aventurado	Precavido
Sociable	Retraído
<b>Amabilidad</b>	
Buen carácter	Irritable
No celoso	Celoso
Dulce, suave	Obstinado
Cooperativo	Negativista
<b>Responsabilidad</b>	
Exigente, pulcro	Descuidado
Responsable	Informal
Riguroso	Laxo
Preserverante	Inconstante
<b>Neuroticismo</b>	
Equilibrado	Nervioso, tenso
Tranquilo	Ansioso
Sosegado	Excitable
No hiponcondríaco	Hiponcondríaco
<b>Apertura a la Experiencia</b>	
Sensibilidad artística	Insensibilidad
Intelectual	Estrecho de mente
Refinado	Rudo
Imaginativo	Falta de imaginación



Según el modelo de los Cinco Factores de Personalidad, la personalidad está configurada por cinco dimensiones amplias, que implican tendencias estables y consistentes de respuesta. Cada factor se compone de seis escalas o facetas:

Cuadro 4.2 - Descripción y clasificación de los factores y de los adjetivos de la escala e su respectiva descripción general (CGCOP, 2010).

Factor y escala	Descripción
<b>Neuroticismo</b>	
	Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. El neurótico es un individuo ansioso, preocupado, malhumorado, frecuentemente deprimido, puede que duerma mal, y que sufra trastornos psicósomáticos. Es excesivamente emocional, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, siéndole difícil volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma irracional, a veces rígida. Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que le hace sufrir. Por el contrario, el individuo estable tiende a responder emocionalmente de forma débil y a volver rápidamente a su línea base después de cada reacción. Es normalmente tranquilo, de igual humor, controlado y despreocupado.
N1 Ansiedad	
N2 Hostilidad	
N3 Depresión	
N4 Ansiedad social	
N5 Impulsividad	
N6 Vulnerabilidad	
<b>Extraversión</b>	
	Implica aspectos como la asertividad y el dinamismo. Los extravertidos son personas sociables, amantes de las fiestas, con muchos amigos, necesitan gente con la que hablar, no les gusta estudiar solos, son amantes de la aventura y el riesgo, con carácter impulsivo, les gustan las bromas, la variación y el cambio, son despreocupados y tienden a ser agresivos. Por el contrario, los introvertidos son personas retraídas, quietas, amantes de la lectura, tienen pocos amigos pero muy escogidos, les gusta hacer planes a largo plazo, piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida entre otras cosas.
E1 Cordialidad	
E2 Gregarismo	
E3 Asertividad	
E4 Actividad	
E5 Búsqueda de emociones	
E6 Emociones positivas	
<b>Apertura a la Experiencia</b>	
	Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. La Apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad. Pero no es equivalente a inteligencia. Además, en algunos aspectos, Apertura a la experiencia indica flexibilidad, siendo lo opuesto de rigidez.
O1 Fantasía	
O2 Estética	
O3 Sentimientos	
O4 Acciones	
O5 Ideas	
O6 Valores	
<b>Amabilidad</b>	
A2 Franqueza	
A3 Altruismo	Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás.
A4 Actitud conciliadora	
A5 Modestia	
A6 Sensibilidad a los demás	
<b>Responsabilidad</b>	
C1 Competencia	
C2 Orden	Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. Se trata de personas voluntariosas, escrupulosas, puntuales y fiables, que controlan sus impulsos.
C3 Sentido del deber	
C4 Necesidad de logro	
C5 Autodisciplina	
C6 Deliberación	

Se presentan validaciones para la muestra total y en función del sexo en muestras amplias de la población, si bien estas no han sido seleccionadas de forma aleatoria. Asimismo, las validaciones españolas se han calculado con datos conseguidos mayoritariamente en grandes muestras en procesos de selección de personal. Hay otra muestra de personal de seguridad, obtenida en el mismo contexto,

donde no se pudo diferenciar varones y mujeres. También se trabaja con una muestra de estudiantes (Manga, Ramos & Morán, 2004).

#### **4.4.2. El NEO-FFI, Versión Corta del Inventario y Validación Española**

Las versiones reducidas son muy útiles en investigación, sobre todo en las que es necesaria la administración de varios cuestionarios, y también cuando hablamos de muestras con problemáticas cognitivas o con personas mayores. Para la primera versión diseñada por la del inventario de personalidad NEO, surge el NEO-PI, que luego fue abreviada para una versión de 60 ítems, 12 ítems por escala, a la cual se da el nombre de NEO- FFI (Costa & McCrae, 1989). Esta primera versión abreviada mostraba valores alfa de consistencia interna entre 0.73 y 0.88 en estudios transculturales (Holden & Fekken, 1994).

En una revisión reciente realizada al instrumento NEO-PI-R, fue igualmente revisada su versión corta el NEO-FFI y ya para esta versión corta revisada se mostraron valores de consistencia interna entre 0.68 y 0.86 en la población americana original (Costa & McCrae, 1992a). Dentro de las estructuras europeas, se realizó un estudio transcultural, a la población alemán, donde los valores muestran una consistencia de entre 0.66 y 0.85, coeficientes similares a los que se encuentran en poblaciones del Reino Unido (Egan, Deary & Austin, 2000) y de la República Checa (Hřebícková, Urbánek, Cermák, Szarota, Fickova & Orlická. 2002).

De igual modo muchos estudios que al reproducir la estructura factorial de este instrumento, mostraron ítems con cargas inferiores a 0.30 en la dimensión esperada. Así se encuentran desde publicaciones en que solo cinco ítems aparecen con cargas inferiores, hasta estudios que muestran un número mucho más elevado de ítems con

cargas inferiores en la dimensión esperada, concentrados sobre todo en las dimensiones de extraversión y apertura a la experiencia (Egan, Deary & Austin, 2000; Holden & Fekken, 1994; Rolland, Parker & Stumpeg, 1998). En la misma dirección, la investigación de la estructura del NEO-FFI con técnicas de análisis de modelos de ecuaciones estructurales obtiene, en todos los casos, el modelo de estructura (Hrebícková et al., 2002).

Fue teniendo en cuenta estas críticas, que en la revisión del NEO-FFI se propuso una revisión de la forma abreviada del instrumento, manteniendo la estructura de 12 ítems por dimensión y el formato de respuesta tipo Likert con cinco alternativas. En la revisión se intentó minimizar los efectos de la aquiescencia, diversificar el contenido de los ítems e incrementar la comprensión de los ítems, con el objetivo de comprobar las propiedades del instrumento en un rango de edad amplio. La revisión fue aplicada a dos muestras diferentes, una primera de población adolescente y una segunda de población adulta. Por lo que refiere al análisis de datos descriptivos, se muestran la media aritmética y desviación típica del estudio original, donde la consistencia interna se presentó entre 0.73 y 0.86 (McCrae, Costa, Hrebícková, Urbánek Martin, Oryol, Senin, 2004).

Actualmente, sólo se tiene conocimiento de un solo estudio que replique la estructura factorial del NEO-FFI, y este estudio se ha realizado con muestras españolas y suizas de habla francesa. En este estudio también se obtiene una versión de 60 ítems a partir de los mejores ítems del NEO-PI-R, con la finalidad de compararla con el NEO-FFI y el NEO- 60. Cabe destacar que, aunque en los dos instrumentos tienen 60 ítems repartidos equitativamente entre las cinco escalas, no son los mismos ítems, ni aplicados en el mismo orden en ninguno de los dos casos, aunque todos los ítems se extraen del instrumento original, el NEO-PI-R. (Aluja &

García, 2005). Esta también ha sido una de las razones por la cual ni todos los artículos utilizan la misma nomenclatura cuando se refiere a los factores, además claro, de las incongruencias de traducción.

En lo que respecta a la población española pudo verse que en todos los casos presentados, los valores eran bastante aceptables tanto en lo que se refiere a la comprobación de su distribución normal, como al valor alfa de la consistencia interna. Las versiones francesa y española NEO-FFI y del NEO-60, se presentan como versiones con mejoras ligeras en las características psicométricas a la original, especialmente con respecto a la estructura factorial. Los resultados reproducen las limitaciones del NEO-FFI encontradas en otros países. Los coeficientes de fiabilidad y la estructura factorial son algo mejores en el NEO-FFI y en el NEO-60 en los dos países, pero las diferencias no son sustanciales. Al comparar las estructuras factoriales españolas y francesas se observó unos coeficientes de congruencia altos (Aluja & García, 2005).

Los indicadores de ajuste son parecidos en los dos modelos, por lo que no se puede afirmar que una versión se ajuste mejor a los datos que otra. Así mismo los indicadores de ajuste obtienen valores insatisfactorios como ya sucedía con la estructura simple del NEO-PI-R., teniendo en cuenta el buen comportamiento de los ítems en la estructura factorial, los valores aceptables de consistencia interna y las altas correlaciones mostradas con el NEO-PI-R, el NEO-FFI se muestra como instrumento válido para una rápida evaluación de los “Cinco Grandes” en la población española (Aluja & García, 2005).

De todas formas, en investigaciones futuras con versiones reducidas para población española, se podrán considerar otros instrumentos como el NEO-60, en el que los ítems presentan un mejor comportamiento en su estructura factorial,

manteniendo buenas propiedades psicométricas y valores incluso mayores por lo que se refiere a las correlaciones con el NEO-PI-R (Aluja & García, 2005).

#### **4.5. Los Cinco Factores de Personalidad y las Demencias**

Como fue referido en el capítulo II de la demencia, una revisión efectuada en el año 2010, indica que un 72% de los estudios investigativos han presentado una relación significativa entre la personalidad pre-mórbida y el comportamiento (Osborne, Simpson & Stokes, 2010). Pero claramente, en este capítulo, iremos apenas a observar la teoría que soporta el estudio, sin evidenciar los datos y verificar sus limitaciones en todos sus aspectos. Debemos recordar que este trabajo presenta una serie de conexiones entre factores emergentes de los resultados de los trabajos de investigación analizados para el mismo trabajo de revisión.

La revisión sugiere que el rasgo de extraversión, a pesar de ser la dimensión central implicada, puede tener una relación negativa con la conducta y la amabilidad pre-mórbida, y que la tendencia hacia la armonía y la cooperación, puede ser relativamente poco afectada por el proceso de la enfermedad de la demencia, y que una amabilidad un más baja en la personalidad pre-mórbida se manifieste en comportamientos agresivos. El comportamiento en la demencia es por lo tanto más fácilmente explicable por una interacción entre la personalidad, la historia, el estado cognitivo, el medio ambiente y la salud mental (Ballard, O'Brien, James & Swann, 2001). Así, es necesario un análisis de las limitaciones del trabajo para que no queden dudas en cuanto a sus resultados.

La primera limitación se focaliza a los estudios en general, es que todos los estudios presentados utilizaron muestras selectivas y no representativas. Estas

muestras tienden a alterar o a mantener menos fiables características tales como la confianza en tener un informante cercano y específicos de los sub-tipos, o sea de sus condiciones de vida, tipo de demencia y etnia, y que sin estas características no se puede efectuar una generalización válida para la población en general de las personas con demencia que fueron evaluadas (Osborne, Simpsony & Stokes, 2010).

Otra de las limitaciones de los estudios revisados incluyen las dificultades inherentes a la medición de los constructos tales como el comportamiento desafiante y personalidad, y la confianza en los informes retrospectivos de la personalidad premórbida. Esto es porque existe una amplia gama de medidas de comportamiento desafiante que fueron utilizadas a través de los 18 estudios. Diferentes definiciones, umbrales y las categorías a diagnosticar limitaron el grado de los resultados, además, el mismo comportamiento errante, por ejemplo puede tener múltiples causas, que son muy diferentes, no solo entre las personas, sino también para la misma persona en momentos diferentes. Por lo tanto, la medición puede plantear dificultades en la categorización de los comportamientos de forma fiable (Bird & Moniz-Cook, 2008; Moniz-Cook, Stokes, & Agar, 2003).

Por otro lado se han identificados factores generadores de confusión y que pueden amenazar la validez interna de los estudios de investigación, una vez que la mayoría de los estudios utilizan medidas bien establecidas, cuatro de ellos pueden haber sufrido invalidación en la medición de las variables dependientes. Otro factor de relevo es que dentro de los diferentes estudios de investigación se observaron los resultados de varias formas, incluso con diferentes entrevistas semi-estructuradas, no permitiendo que se puedan replicar estos estudios en un futuro, para comprobar la fiabilidad de los resultados o para corregir algún factor menos positivo del método. Del mismo modo, los cuatro estudios que utilizaron el mismo informante para

calificar tanto la personalidad pre-mórbida, como para observar el comportamiento, pueden haber sido contaminados por las percepciones de la conducta actual de la persona, que lleva a los recuerdos selectivos de tendencias negativas (Brandt, Campodonico, Rich, Baker, Steele, Ruff et al., 1998; Gould & Heyer, 2004; Holst, Hallberg & Gustafson, 1997; Lebert, Pasquier & Petit, 1995).

Una serie de otras variables podría tener un impacto sobre la relación entre la personalidad pre-mórbida que, en muchos de los estudios revisados, no se consideraron. El control de variables puede ser confuso, cuando se refieren al impacto significativo entre el nivel de deterioro cognitivo, la edad de aparición de la demencia, la duración de la enfermedad, el género y el comportamiento desafiante.

Los comportamientos desafiantes están presentes tanto en las personas que viven en la comunidad y los que viven en centros de atención, sin embargo, el nivel y la frecuencia puede variar sustancialmente. La evidencia también sugiere que algunos aspectos de la conducta desafiante son el resultado de la adaptación sin éxito al entorno residencial, la necesidad insatisfecha y las variaciones en el medio ambiente físico (Ballard, O'Brien, James & Swann 2001; O'Donnell, Lewis, Dubois, Standish, Bedard & Molloy, 2007; Stokes, 2000). Así, es importante referir las limitaciones estadísticas de los estudios, en particular, la proporción relativamente baja (544%) de la variación en el comportamiento que se explica por los rasgos de personalidad pre-mórbida, junto con los factores demográficos y cognitivos en algunos estudios. Es claro que el comportamiento desafiante es un fenómeno complejo y existen muchos posibles factores que afectan que aún no han sido exploradas (Clark, Bosworth, Welsh-Bohmer, Dawson & Siegler, 2000; Gilley, Wilson, Bienias, Bennett & Evans, 2004; Song & Algase, 2008).

Los resultados de la revisión apoyan principalmente los modelos centrados en la

persona con comportamiento desafiante y subrayan la necesidad de considerar las experiencias emocionales y psicológicas de vida de la gente, cuando se trata de comprender el comportamiento desafiante. Las implicaciones de esta revisión deben dirigirse hacia una mayor intervención psicológica, centrada en la persona de modelos de atención y abogar por la consideración de rutina de la personalidad en la evaluación del comportamiento en personas con demencia.

En efecto, una mayor comprensión del papel de la personalidad parece ser bastante útil para los familiares de personas con demencia. El comportamiento en relación con la personalidad pre-mórbida y acontecimientos de la vida puede reducir frustraciones de los cuidadores y de sus familiares, permitiéndoles un margen de tolerancia mayor por no estar de cara a lo inesperado, pero sí a lo que es más natural que pueda pasar. El mensaje clave, entonces, es centrarse en la personas y no en la enfermedad.

Pocos estudios de alta calidad han investigado la relación entre la personalidad pre-mórbida y los cambios de comportamiento, y en general, los estudios que lo han hecho carecen de algunos ajustes pertinentes. Sin embargo e independientemente de las limitaciones de los estudios en particular, el 72% de los estudios revisados encontraron relaciones significativas entre el comportamiento desafiante y la personalidad pre-mórbida. En particular, la relación entre neuroticismo y el humor, y agresión y conducta desafiante en general, que produce la evidencia más fuerte. Como resultado, la revisión nos llama la atención a la preocupación para que en trabajos de investigación futuros, los investigadores tengan una mirada más atenta y centrada en la persona.

#### **4.6. Los Cinco Factores de Personalidad y el Alzheimer**



Otro estudio de revisión de la literatura, también actual, reportara cambios sistemáticos de la personalidad pre-mórbida, mostrando mayor neuroticismo entre uno y dos unidades de desviación estándar, una disminución de la misma magnitud en extraversión, la reducción constante de apertura a la experiencia y de la amabilidad. Los resultados muestran que los cambios en la demencia parecen ser consistentes con la dirección opuesta a las que se encuentran en el envejecimiento normal, en lo que se refiere a la agradabilidad y en la misma dirección en lo que se refiere a la extraversión (Wahlin & Byrne, 2011).

Esta revisión refiere que los cambios de la personalidad en la enfermedad de Alzheimer se producen con un claro patrón consistente. Un patrón constante y sistemático de cambio, asociado con un aumento considerable neuroticismo, extraversión, disminución sustancial y excepcional descenso en las puntuaciones de la conciencia, apoyan un cambio estereotipado en la personalidad de estos enfermos. Como referido anteriormente en el las alteraciones de personalidad en el capítulo de Alzheimer, la variabilidad entre personalidad pre-morbida y los indicadores estándar no pueden ser analizados a partir de los rasgos, porque los estudios no informaron las facetas (Dawson, Welsh-Bohmer & Siegler, 2000; Welleford, Harkins & Taylor, 1995).

Los tamaños del efecto de Cohen (ds) utilizados en los cálculos de la revisión de literatura se basan únicamente en las desviaciones estándar reportadas (Wahlin & Byrne, 2011). Sin embargo, estos resultados fueron muy similares a los cambio estandarizados y puntuaciones de los hallazgos de otro trabajo de investigación similar, efectuado anteriormente (Chatterjee, Strauss, Smyth & Whithehouse, 1992), donde se presentó un tamaño moderado/grande en el efecto del neuroticismo 1,18

frente a 1,27; Extraversión 1,21 frente a 1,25; apertura 0,49 frente a 0,42; Amabilidad 0,25 frente a 38, y de concienciación 2,17 frente a 1,93.

En la última revisión (Wahlin & Byrne, 2011) los hallazgos sugieren que una marcada disminución de la amabilidad puede ser vista como una característica de la demencia de tipo Alzheimer. No es difícil imaginar que la combinación de baja consciencia y otras características aceptadas de la demencia temprana del tipo Alzheimer, como la mala memoria y mala función ejecutiva pueda conducir a la disminución en la función instrumental y interpersonal. Además, los niveles más altos de neuroticismo tienden a conducir a una mayor tendencia a experimentar y exhibir trastornos psicológicos.

Esta baja consciencia y las características iniciales del Alzheimer pueden tener implicaciones importantes para la prevalencia y severidad de los síntomas conductuales y psicológicos en las personas con demencia (Archer et al., 2006). La baja extraversión pueda falsear aún más la función interpersonal y puede promover un síntoma clínico muy frecuente, a apatía, que es una importante fuente de demanda para los cuidadores de personas con demencia. Una clara implicación de los resultados de la revisión es que debe prestarse más atención por los médicos a los cambios de la personalidad, a menudo denunciados por los familiares cercanos de las personas mayores que podrían desarrollar demencia. Una investigación específica sobre el cambio de personalidad podría permitir un diagnóstico provisional antes de la enfermedad de Alzheimer (Wahlin & Byrne, 2011).

El uso de los miembros de la familia para proporcionar datos personalidad pre-mórbida no está libre de complicaciones. Evaluaciones retrospectivas pueden introducir teorías erróneas de lo que una persona era antes (Chatterjee et al., 1992), además, la personalidad pre-mórbida y la propia personalidad de estos enfermos

pueden ser más sesgadas en determinado momento de su evaluación, como consecuencia del cuadro sintomático de ese mismo momento. Un trabajo de investigación examinó la fiabilidad temporal de la caracterización retrospectiva de la personalidad pre-mórbida y el cambio de personalidad en el Alzheimer, y encontraron una coherencia sustancial y altas correlaciones en caracterizaciones retrospectivas fornecidas por los cuidadores, por dos veces durante un período de 1 año (Strauss, Pasupathi & Chatterjee, 1993).

En otro estudio, surgió la evidencia de que en fase temprana de la demencia los familiares de un enfermo pueden percibir tal situación, a partir de los cambios iniciales, es decir, a medida que este queda más neurótico, pero menos extrovertido, abierto, agradable y consciente. (Richman, 1989). Sin embargo, los sujetos con demencia leve en este mismo estudio demostraron una alta coherencia entre la evaluación inicial y post-test que se repitió entre 7 y 14 días después. Reforzando que la personalidad pre-mórbida cuando es auto-reportada se basa en gran medida en la memoria y es poco probable que sea fiable en las personas con nivel superior al del deterioro cognitivo leve (Archer et al., 2006). Por lo tanto, este tipo de recogida de datos a menudo se pasa por alto en la investigación de la demencia (Kolanowski & Whall, 1996). Otro factor de confusión potencial, el efecto de los fármacos prescritos, también debe tenerse en cuenta, sobre todo porque muchos pacientes con demencia están tomando algún tipo de sedante, antidepresivo o modificador del comportamiento (Williams, Briggs & Coleman, 1995). Otras limitaciones metodológicas de los estudios revisados incluyeron los tamaños relativamente pequeños de las muestras y el fracaso de algunos autores para indicar la gravedad de la demencia (Wahlin y Byrne, 2011).

La escasez de investigación puede ser un reflejo de las dificultades metodológicas en la evaluación de cambios de la personalidad en la demencia (Chatterjee et al, 1992; Rubin, Morris, Storandt & Berg, 1986). Diferentes aspectos de la personalidad a menudo se han medido utilizando diferentes herramientas de evaluación, lo que dificulta la comparación. Para minimizar esta fuente de variación, se opta en gran parte por revisiones, para un análisis más eficaz, a examinar los resultados de sólo aquellos estudios que emplearon una versión del NEO. Como los pacientes con la enfermedad de Alzheimer mostraron las mismas tendencias de cambio en las características, y como este grupo difiere sistemáticamente de datos normativos, tendría sentido desarrollar un perfil clínico similar para otras causas de demencia, un diagnóstico diferencial. Sin embargo, en la actualidad esto no es posible ya que la literatura publicada sobre la personalidad y la personalidad pre-morbida cambió en las personas con demencia debido a condiciones distintas del Alzheimer.

Cambios de personalidad en personas con enfermedad de Alzheimer evaluados por auto-informante incluyen mayor neuroticismo, una característica que a menudo se asocia con la disfunción social, disminución de la extraversión y la conciencia, que a menudo son comportamientos socialmente adaptativos, y apertura a la experiencia y amabilidad estable o ligeramente disminuido. Llama la atención la similitud en la medida de cambio de personalidad en todos los estudios revisados. La magnitud y la dirección de estos cambios sugieren que el alto neuroticismo o baja amabilidad pueden ser los primeros signos de la demencia del tipo Alzheimer, así como los mejores predictores de cambio en la personalidad posterior en la demencia. También se ha verificado que los rasgos de neuroticismo y responsabilidad discriminan mejor los controles sanos de aquellos con deterioro cognitivo leve o etapa temprana de Alzheimer (Duchek, Balota, Storandt & Larsen, 2007; Wilson et al, 2007). El

entendimiento sobre el cambio de personalidad, tal como un correlato, quiere en el deterioro cognitivo, como en cuadros neuropsiquiátricos de la demencia pueden ayudar en el diseño de los tratamientos psicoterapéuticos, sociales y farmacológicos (Rubin, Morris & Berg, 1987). Sin embargo, se requieren estudios adicionales con potencial de averiguación de la función de la personalidad, el seguimiento longitudinal y la autopsia para verificar el diagnóstico (Wilson, Arnold, Beck, Bienias & Bennett, 2008).

**SEGUNDA PARTE:**  
**MARCO EMPÍRICO**

**CAPITULO V**  
**METODOLOGIA GENERAL**

## **5. Metodología**

Se pretende en este capítulo presentar la metodología general utilizada a lo largo de la investigación, además, presentar el problema de partida, los objetivos propuestos para esta investigación, las hipótesis planteadas y finalmente un modelo explicativo entre los dos principales constructos que vamos a evaluar: cognición y personalidad. Haremos la caracterización de los participantes y de los instrumentos de medida utilizados para la evaluación y sobre este último, sus calidades psicométricas y las razones que nos llevaron a escoger estos instrumentos de evaluación.

### **5.1. Problema general**

El problema general, así como la pertinencia de este trabajo son resultado de varios factores. En primer lugar por un crecimiento innegable de las demencias, además de su principal causa de crecimiento, la enfermedad de Alzheimer. Un fenómeno causado por el aumento de la esperanza de vida y aun más notorio por la disminución de la natalidad. Así, la comunidad científica está cada vez más atenta al efecto del envejecimiento y pretendemos que este trabajo se pueda de alguna forma contribuir con su entendimiento, por lo menos en algunos de sus aspectos.

Estos aspectos nos llevan a los factores estudiados y la primera pregunta que nos sugiere el tema es: “¿existen determinadas características de la personalidad que configuran un patrón de comportamiento pre-mórbido para la enfermedad de Alzheimer?”, ya que una de las perspectivas de la personalidad en el Alzheimer es la búsqueda de una personalidad pre-mórbida, que ayudaría a encontrar un patrón claro de personalidad, que los enfermos podrían desarrollar antes de la enfermedad, y si



pudiésemos predecirla, ayudándolos de forma más específica y eficaz, incluso en la exploración de nuevos fármacos y terapéuticas no farmacológicas capaces de evitar la enfermedad.

La otra perspectiva es encontrar un patrón de personalidad en los propios enfermos de Alzheimer, ayudando principalmente a los cuidadores, pero también a los clínicos a predecir con alguna seguridad las conductas y sus cambios a lo largo de la enfermedad, lo que lleva a la segunda pregunta: “sería posible la caracterización de una configuración de conductas de personalidad en la enfermedad de Alzheimer?”.

Finalmente, el estudio de la cognición permite entender las razones que pueden llevar a una serie de alteraciones conductuales y consecuentemente emocionales, y de esta forma podríamos buscar una superposición a la personalidad y la pregunta sería: “existen influencias en el proceso relacional de la cognición y la personalidad?”. Debemos relevar que el estudio de la cognición, aunque no sea nuestro objetivo, es también muy importante para el mejoramiento de las terapéuticas no farmacológicas.

A partir de estas tres preguntas, la verdadera cuestión fue: que podemos hacer para participar y contribuir en esta lucha? En nuestra opinión un trabajo de este nivel tiene que tener una especificidad muy grande sobre el tema que aborda y aun más, una pertinencia evidente en la actualidad. El principal problema de la investigación no es original, pero pertinente y con un ámbito de estudio lo suficientemente bueno como para poder hacer comparaciones con resultados anteriores, y además, el hecho de que ya existen otros trabajos y incluso algunos trabajos de revisión literaria, que nos permitieron evitar errores comunes en este tipo de estudio.

### **5.1.1. Hipótesis**

1ª Hipótesis:

La existencia de determinadas características de la personalidad que configuren un patrón de comportamiento pre-mórbido para la enfermedad de Alzheimer.

2ª Hipótesis:

La caracterización de un posible patrón de conductas de personalidad en la enfermedad de Alzheimer.

3ª Hipótesis:

La Descripción de procesos y influencias de la relación entre cognición y personalidad.

### **5.1.2. Objetivos**

Objetivo General:

Aportar un mayor conocimiento acerca de la relación existente entre cognición y personalidad.

1ª Objetivo específico:

Encontrar características de personalidad que configuren un patrón de

comportamiento pre-mórbido para la enfermedad de Alzheimer. Este patrón podría generar predicción clínica y así ayudar al combate preventivo de la enfermedad.

Esta cuestión esta reforzada por la existencia de un grupo control de mayores en fase de envejecimiento normal, algo que no ha pasado en estudios anteriores y por eso creemos que es posible llegar a la estabilidad de un patrón, que hasta la actualidad no se ha verificado de forma estándar.

#### 2ª Objetivo específico:

Caracterizar un posible patrón de conductas de personalidad en la enfermedad de Alzheimer. Se pretende que esta caracterización nos posibilite la descripción de un patrón estable de la relación entre cognición y personalidad.

Este patrón podría llevarnos a un comportamiento específico en la enfermedad de Alzheimer, lo que inicialmente se designó *Personalidad de Alzheimer*, que debido a los resultados discrepantes de los numerosos estudios efectuados hasta la actualidad, acabó por ser abandonado. Esta cuestión está también reforzada, gracias a la existencia de un grupo control de mayores en fase de envejecimiento normal, donde se pueden encontrar mayores estimulados y mayores sin estimulación cognitiva.

#### 3ª Objetivo específico:

Describir los procesos y las influencias de una posible relación entre cognición y personalidad. A partir del conocimiento más específico de estos procesos, es decir, de la relación cognición / personalidad, entre mayores con Alzheimer y mayores en fase de envejecimiento normal, se pretende, aunque de forma meta-analítica, indagar

sobre un funcionamiento estructurado de la mente para que nos pueda llevar a un entendimiento más sólido sobre la predicción de la enfermedad de Alzheimer, así como, sobre sus alteraciones conductuales en fase de la enfermedad.

## **5.2. Método**

Con base en la revisión literaria formulamos las hipótesis que nos guiaron a lo largo de la investigación. Seguidamente, para recoger la información decidimos utilizar las escalas y inventarios utilizados en los Centros de Día de la Cruz Roja Española en la Comunidad Autónoma de Extremadura. El objetivo de estos centros es en gran parte apoyar y estimular al mayor en esa fase de su vida, mientras en el Centro de Alzheimer, la demanda obliga a cuidados especiales y a la posibilidad del respiro necesario a los cuidadores.

Nuestra intervención se basa en un año de acompañamiento diario, en jornada completa, evaluando los mayores, escuchándolos, estimulándolos cognitiva y emocionalmente, y simultáneamente acompañando a los cuidadores y familiares de estos enfermos.

Nuestro dispositivo, durante la investigación, estuvo ubicado en el Centro de Día de Alzheimer, localizado en el edificio principal de Cruz Roja en Badajoz, pero la investigación fue apoyada por otros Centros de Día ubicados en las dos provincias de Extremadura: Badajoz y Cáceres. En estos Centros se encuentran mayores en fase de envejecimiento normal y enfermos de Alzheimer, una vez que en los Centros rurales no se justifican Centros de Día dedicados únicamente al Alzheimer.

### **5.2.1. Muestra**

La muestra de este trabajo fue de 231 mayores residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, donde encontramos a 147 mujeres (63,6%) y 84 varones (36,4%). La edad media de los participantes fue de 84 años y fueron divididos homogéneamente por dos grupos: un grupo experimental (GE) y un grupo de control (GC).

El GE fue constituido por 103 usuarios con Alzheimer escogidos aleatoriamente por los 11 centros de día de Cruz Roja Española en la Comunidad de Extremadura. El GE tenía una media de edad de 86 años que variaba entre los 68 y los 92 años, su división por género representaba 71 mujeres (68,9%) y 32 varones (31,1%).

El GD fue compuesto por otros 128 usuarios en fase de envejecimiento normal, sin Alzheimer o cualquier tipo de demencia, o enfermedades del fórum psiquiátrico. Estos usuarios fueron escogidos aleatoriamente por los 11 centros de día de Cruz Roja Española en la Comunidad de Extremadura. El GD tenía una media de edad de 82 años que variaba entre los 66 y los 87 años, su división por género representaba 85 mujeres (66,4%) y 43 varones (33,6%).

La tabla 5.1 puede mostrar con mayor precisión otros aspectos importantes de la caracterización de la muestra, como es por ejemplo el estado civil de los mayores, donde se puede verificar que en todos los subgrupos el mayor número de participantes es viudo. En la escolaridad, la mayoría de los individuos tienen una enseñanza primaria, mientras que la profesión presenta como mayoría “sus labores”, una vez que la muestra detiene más mujeres que varones.

Debemos todavía referir que la escolaridad y la profesión fueron dos factores influenciados por la época vivida, por la generalidad de la muestra. Todos los

participantes de una forma o de otra fueron víctimas de la represión franquista, pero más aun, de las consecuencias de la dicha represión.

Tabla 5.1 - Caracterización social de la muestra

Población	Enfermos de Alzheimer				Envejecimiento Normal				Total Ambos N (M)
	Centro de Día		En su Casa		Centro de Día		En su Casa		
	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	
Edad									
Entre: 65 - 94	42 (82.26)	13 (82.23)	29 (82.65)	19 (81.68)	45 (82.57)	22 (81.86)	40 (82.47)	21 (83.47)	231 (100)
Estado Civil									
Viudo(a)	23 (54.76)	10 (76.93)	16 (55.17)	15 (78.94)	26 (57.77)	9 (40.90)	18 (45.00)	7 (33.33)	124 (53.67)
Casado(a)	13 (30.95)	3 (23.07)	9 (31.03)	4 (21.05)	18 (40.00)	12 (54.54)	22 (55.00)	14 (66.66)	95 (41.12)
Soltero(a)	6 (14.28)		4 (13.79)		1 (2.22)	1 (4.54)			12 (5.19)
Escolaridad									
Analfabeto(a)	8 (19.04)	2 (15.38)	6 (20.68)	3 (15.78)	3 (7.14)	2 (9.09)	4 (10.00)	2 (9.52)	30 (12.98)
Primaria	29 (69.04)	10 (76.92)	20 (68.96)	13 (68.42)	39 (86.66)	20 (90.90)	36 (90.00)	18 (85.71)	185 (80.08)
Secundaria	5 (11.90)	1 (7.69)	3 (10.34)	3 (15.78)	3 (7.14)			1 (4.76)	16 (6.92)
Profesión									
S/L	28 (66.66)		16 (55.17)		28 (62.22)		26 (65.00)		98 (42.42)
Campo	2 (4.76)		6 (20.68)	5 (26.31)	6 (13.33)	10 (45.45)	9 (22.50)	7 (33.33)	45 (19.48)
Albañil		5 (38.46)		3 (15.78)		4 (18.18)		6 (28.57)	18 (7.79%)
Otros	12 (28.57)	8 (61.53)	7 (24.13)	11 (57.89)	11 (24.44)	8 (36.36)	5 (12.50)	8 (38.09)	70 (30.30)
Provincia									
Badajoz	22 (52.38)	7 (53.84)	15 (51.72)	10 (52.63)	23 (51.11)	11 (50.00)	20 (50.00)	11 (52.38)	119 (51.51)
Caceres	20 (47.61)	6 (46.15)	14 (48.27)	9 (47.36)	22 (48.88)	11 (50.00)	20 (50.00)	10 (47.61)	112 (48.48)

Otro factor muy importante es el factor clínicos, como podemos verificar en la tabla 5.2, por un lado, conocer las patologías asociadas en ambos grupos, así como saber el número medio de fármacos que los participantes toman. No fue hecha una relación analítica entre la sintomatología clínica y las patologías asociadas, para verificar si algunos de los comportamientos verificados en la muestra serían de su condición mientras participantes con o sin Alzheimer, o sería de sus patologías asociadas.

Lo mismo podría ser hecho en relación a los síntomas indeseados que pueden algunos fármacos presentar en los enfermos y así, hacernos pensar qué síntomas indeseados puedan ser conductas propias de los participantes con respecto a su condición de participante. Pero es imposible controlar todos los factores que intervienen en una investigación, aun así, es importante saber que existen y cuáles son.

Finalmente, debemos referir que para los criterios de inclusión en el GE, los

participantes tenían de tener Alzheimer, pero con un diagnosticados inferior a 4 años. Además, que un subgrupo frecuentara Centro de Día y el otro no frecuentara. Para el GC, los criterios fueron que estuvieran en periodo de envejecimiento normal y también, que un subgrupo frecuentara Centro de Día y el otro no frecuentara.

Como criterios de exclusión aplicados debemos referir que para el GE fue que no tuvieran asociadas enfermedades psiquiátricas u otras limitaciones encefálicas, capaces de producir efectos comportamentales idénticos a los del Alzheimer. El mismo criterio de exclusión fue utilizado para GC, siendo que en este grupo los participantes tampoco podrían tener algún tipo de demencia.

Tabla 5.2 - Caracterización clínica la muestra, por patologías asociadas y por número de fármacos que toman

Aspectos Clínicos y Farmacológicos	Enfermos de Alzheimer				Envejecimiento Normal				Total Ambos N (M)
	Centro de Día		En su Casa		Centro de Día		En su Casa		
	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	Mujeres N (M)	Varones N (M)	
<b>Patologías Asociadas</b>									
Artrosis	3 (7.14)	1 (7.69)	3 (10.34)		1 (2.22)		2 (5.00)		10 (4.32)
Cardiopatía	11 (26.19)	1 (7.69)	2 (6.89)	4 (21.05)	9 (20.00)	5 (22.72)	8 (20.00)	5 (23.80)	45 (19.48)
Hipertiroidismo	6 (14.28)	1 (7.69)	3 (10.34)	3 (15.78)	4 (8.88)	1 (4.54)	5 (12.50)	2 (9.52)	25 (10.82)
HTA	8 (19.04)	4 (30.76)	9 (31.03)	5 (26.31)	13 (28.88)	9 (40.90)	11 (27.50)	7 (33.33)	66 (28.57)
Ictus		1 (7.69)	2 (6.89)		1 (2.22)	1 (4.54)	1 (2.50)		6 (2.59)
Osteoporosis	7 (16.66)	5 (38.46)	7 (24.13)	7 (36.84)	8 (17.77)	2 (9.09)	7 (17.50)	4 (19.04)	47 (20.34)
No tienen	7 (16.66)		3 (10.34)		9 (20.00)	4 (18.18)	6 (15.00)	3 (14.28)	32 (13.85)
<b>Fármacos</b>									
Cognición	22 (52.38)	7 (53.84)	13 (44.82)	3 (15.78)	15 (33.32)	6 (27.26)	3 (7.50)	1 (4.76)	70 (30.30)
Antidepresivo	13 (30.95)	3 (23.07)	7 (24.13)	6 (31.57)	12 (26.65)	5 (22.72)	13 (32.50)	7 (33.32)	66 (28.57)
Calmante	30 (71.42)	8 (61.53)	22 (75.86)	16 (84.21)	32 (71.10)	17 (72.27)	30 (75.00)	15 (71.42)	170 (73.59)
Total*	221 (5.26)	78 (6.00)	131 (4.51)	137 (7.21)	222 (4.93)	140 (6.36)	244 (6.10)	117 (5.57)	1290 (5.58)

\*El total de los fármacos se dividió directamente por el número de participantes en cada subgrupo obteniendo el número de fármacos tomado por persona.

## 5.2.2. Instrumentos

Todos los instrumentos de evaluación utilizados en este trabajo están debidamente validados para su utilización en la población española. Así, la evaluación cognitiva fue efectuada a partir del Mini-Mental State de Folstein (MME), del Spanish Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (S-IQCODE), del Memory Impairment Screen (MIS), del Short Portable Mental Status

Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ), del test del Dibujo del Reloj y finalmente de la escala de deterioro global de Reisberg (GDS). La evaluación de la personalidad fue efectuada a través del inventario de personalidad NEO-FFI y para información adicional fueron aplicadas: la escala funcional de Barthel, el Inventario de Depresión de Beck y la escala de autoestima de Rosemberg.

Tabla 5.3 - Instrumentos utilizados: amuestra y cuidadores

Instrumentos	Amuestra	Cuidadores
Alteraciones en la vida diaria		
Índice de Barthel	Si	
Estado de animo		
Autoestima de Rosember	Si	
Desesperanza de Beck	Si	
Depresión de Beck	Si	
Cognitivos		
GDS	Si	
S-IQCODE		Si
Mini Mental	Si	
MIS	Si	
Pfiffer	Si	
Test del Reloj	Si	
Personalidad		
NEO-FFI	Si	Si

La evaluación cognitiva podría haberse efectuado a partir de otros test o escalas, como por ejemplo:

- Mini Examen Cognoscitivo - MEC;
- Information Memory Concentration Test – IMCT;
- SET test (Isaacs y Akhtar, 1972);
- Test de los 7 minutos – 7MT;
- Alzheimer’s Disease Assessment Scale Cognitive Section – ADAS-Cog;
- Cambridge Mental Disorders of the Elder Examination Cognitive – CAMCOG;
- CREAD Cognitive Battery – CREAD-CB;



- Sever Impairment Battery – SIB;
- Modifield Ordinal Scale of the Psychological Development – M-OSPD.

Además de estos test o escalas, existen otros que podrían ser aun más apropiados a la investigación, como es el caso por ejemplo del test neuropsicológico de Barcelona o el propio WISC III. Como se puede verificar en el listado, los test empleados con enfermos de Alzheimer, debido a su edad y principalmente a sus limitaciones cognitivas, deben de ser test cortos y de fácil aplicación.

Nuestra elección ha recaído en el MME, porque además de ser un test corto y de muy fácil aplicación, es un test que se utiliza hace muchos años y en muchos estudios de investigación, lo que nos permite efectuar comparaciones directas con otros trabajos. Además, los trabajos que referimos a lo largo de la Tesis, incluso los trabajos de revisión de literatura, tuvieron sus evaluaciones cognitivas efectuadas a partir del MME, y para que fuera posibles compararlos con nuestros resultados, seria necesario aplicar la misma escala.

Otra de las razones que nos lleva a utilizar el MME, es que la Asociación Internacional de Alzheimer desde hace algunos años, presenta sus estadísticas a partir de los resultados del MME, así como los informes oficiales del Gobierno de España, desde sus respectivas entidades publicas. Una de las grandes críticas al MME es que el test no es lo suficientemente especifico, como para proporcionar resultados rigurosos, así, para reforzar la veracidad de sus resultados hemos utilizamos otras 3 pequeñas escalas: MIS, SPMSQ y el test del dibujo del reloj.

El Mini Examen de Estado Mental (MME) de Folstein, es un instrumento clínico de aplicación individual, con una duración aproximada de 15 minutos y que se

utiliza para la valoración terapéutica de las funciones cognitivas de los pacientes, para verificar los niveles cognitivos y para el rastreo de las demencias.

El MME esta dividido en 5 categorías de evaluación: orientación de tiempo y espacio; memoria inmediata; atención y calculo; recuerdo diferido y capacidades viso-constructivas y de lenguaje. La puntuación máxima es de 30 puntos, considerando que puntuación igual o superior a los 25 puntos es normal, se considera una perdida cognitiva leve de 21 a 24 puntos, moderada de 10 a 20 puntos y grave cuando los resultados se presente en 9 puntos o inferior. La puntuación bruta podrá necesitar correcciones de acuerdo con la escolaridad y edad del usuario (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Su validación a la población española fue efectuada con una muestra de 450 personas con más de 40 años de edad, 111 participantes estaban diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, 88 participantes con deterioro cognitivo leve sin demencia y los restantes sin deterioro cognitivo. Ninguno de los participantes tenia historia de enfermedades neurológicas o psiquiátricas. En esta validación fueron consideradas las cuestiones culturales y económicas. La correlaciones entre las clases de evaluación del MME fueron de 0,96, y los resultados fueron comparados a los resultados de la escala de deterioración global (GDS), presentando resultados bastante similares (Blesa, Pujol, Aguilar, Santacruz, Bertran-Serra, Hernández et al., 2001).

La evaluación cognitiva de este trabajo esta basada en los resultados del MME, y la utilización del MIS, SPMSQ y el test del dibujo del reloj, que sirvieron para verificar los resultados del MME dentro de sus categorías. El MIS es un test breve de trastornos de memoria que emplea el recuerdo libre y selectivamente facilitado de cuatro palabras. Utiliza las técnicas del aprendizaje controlado y del recuerdo selectivamente facilitado para optimizar los procesos de codificación. El aprendizaje

controlado requiere que el sujeto busque y identifique la palabra a recordar según una pista semántica atribuida por el sujeto que efectúa el test. La misma pista semántica se utiliza para el recuerdo facilitado. Usando las mismas pistas en el aprendizaje y el recuerdo se minimiza el decremento del recuerdo total por factores externos, tales como la inatención o la ansiedad (Bohm, Peña-Casanova, Gramunt, Manero, Terrón & Úbeda, 2005).

La validación contó con 403 participantes, incluyendo persona con y sin diagnóstico de demencia. La muestra de los sujetos control, fue seleccionada de forma aleatoria entre familiares de pacientes atendidos en diferentes servicios del Hospital del Mar en Barcelona y trabajadores del mismo hospital. La edad de los participantes era superior a 50 años y ninguno de ellos tenía historial de enfermedades neurológicas o psiquiátricas. Los resultados fueron comparados con deducciones cotejadas con el test de los 7 minutos, presentando gran fiabilidad y validez discriminativa para la demencia en general y, específicamente, la enfermedad de Alzheimer (Bohm et al., 2005).

El SPMSQ de Pfeiffer, evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Su utilidad se basa en el hecho de que es una prueba de fácil administración, que no requiere ningún material específico para su cumplimentación y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización, pudiendo ser un instrumento de apoyo para el diagnóstico y seguimiento de las medidas terapéuticas y de la evolución de deterioro cognitivo o de la enfermedad de Alzheimer (Iglesia, Herrero, Vilches, Taberné, Colomer & Luque, 2001).

La validación para la población española contó con 250 participante con más de 65 años que acudieron a las consultas del Centro de Salud de Azahara (Córdoba), con

diagnostico y sin diagnóstico de demencia, para que así pudieran ser incluidos también mayores en fase de envejecimiento normal. Fueron excluidos pacientes con alteración psiquiátrica grave y personas con déficit motores y/o sensoriales graves que impidiesen la evaluación prevista. Esta validación del SPMSQ de Pfeiffer presentó muy buenos resultados de fiabilidad, tanto inter-observador como intra-observador, así como de consistencia interna, lo que indica una buena capacidad del cuestionario para ser reproducido. Los resultados de esta validación fueron comparados con los resultados de otras validaciones y con la validación original presentando valores muy similares (Iglesia et al., 2001).

El test del reloj, aunque se utilice también para evaluar los déficits cognitivos y la gravedad de las demencias fue aplicado para complementar el MME en la evaluación de las praxis visu-espaciales y para reforzar la evaluación del MME en la comprensión auditiva de la orden, concentración y atención para ejecutar la orden, la memoria numérica, la memoria semántica para recordar el reloj y la memoria episódica para recordar todos los elementos de la orden dada.

Esta prueba se evalúa con una puntuación máxima de 9 puntos, divididos en 3 puntos por si se coloca el número 12 en su sitio, otros 2 puntos si escribe los 12 números exactamente, más 2 puntos si dibuja dos manecillas exactamente y los últimos 2 puntos si marca la hora exacta que se le pide. La puntuación mínima para un resultado normal son de 7 puntos (Shulman et al., 2000). Este test ha demostrado ser bastante fiable en la detección de apraxias y agnosias según una validación para la población española efectuada con mayores con más de 60 años de edad (Martínez-Arán, Solé, Salamero, Azpiazu, Tomás & Marín, 1998).

Para que se pudiera comprender mejor las funcionalidades cognitivas de los usuarios, utilizamos la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), una escala que

nos permite en 7 puntuaciones de gravedad o estadios de demencia, verificar el nivel de cada uno de ellos, cualificándolos individualmente para un mejor análisis de los datos. Esta escala se aplica por un profesional de salud y conforme los parámetros descritos en cada uno de los 7 estados de demencia descritos.

La escala de deterioro global de Reisberg tiene como puntuación máxima 35 puntos, siendo que entre 30 y 35 puntos se considera la ausencia de alteración cognitiva, entre 25 y 30 puntos se corresponde con el deterioro de memoria asociado con la edad, de 20 a 27 puntos se corresponde al deterioro cognitivo leve, entre los 16 y 23 puntos se corresponde con una demencia del tipo leve, entre los 10 y 19 puntos se corresponde con una demencia moderada, entre los 0 y los 12 puntos se corresponde a una demencia en estadio moderadamente grave y si el resultado es 0, corresponde a una demencia en estado muy grave (Reisberg, Ferris, Leon & Crook, 1982).

Todavía y respecto a la evaluación cognitiva utilizamos, para un conocimiento pre-mórbido de estas mismas funciones, el S-IQCODE, un cuestionario que recoge la opinión de un informador próximo, bien sea el cuidador principal o un familiar con el que tenga una relación cercana, y aborda los cambios en los síntomas cognitivos observados en el paciente en el transcurso hasta los 10 últimos años. El IQCODE pretende disponer de una prueba no influida por el nivel de educación del paciente, que pueda utilizarse en la valoración de pacientes muy graves o con disfasia y a diferencia de los testes mentales habitualmente usados, el S-IQCODE proporciona información sobre los cambios en la función cognitiva y una perspectiva longitudinal del deterioro cognitivo (García & Ortiz, 2002).

El test es constituido como un cuestionario en forma escrita para ser rellenado por el informador y tiene 26 preguntas, que se puntúan de 1 a 5: 1 (ha mejorado

mucho), 2 (ha mejorado algo), 3 (permanece sin cambios), 4 (ha empeorado algo), 5 (ha empeorado mucho). El IQCODE original fue validado tras la aplicación a una muestra de ancianos de una versión previa de 39 ítems, a partir de un método sencillo de alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de demencia, cuya puntuación se correlacionaba significativamente con las obtenidas en el MMS de Folstein (Jorm & Korten, 1988).

La validación española fue efectuada con comparativos al MME y al test del dibujo del reloj y referente al MME la comparación cognitiva se efectuó tras un estudio en 106 pacientes, utilizando el MME y la versión corta del S-IQCODE tomando como criterios de demencia los del DSM-III-R, demostraron que la combinación de ambos test daba una gran efectividad para detectar fases incipientes de demencia y principalmente su desarrollo a partir de la discriminación cognitiva (Delgado, Pablo & Salinas, 2009).

La valoración de la personalidad fue efectuada a partir del inventario de personalidad NEO-FFI. Este test fue escogido para evaluar la personalidad en primer lugar porque es una versión corta, y de los test de personalidad más utilizados este es el único que presenta una versión corta y así facilita la evaluación, una vez que nuestra muestra es constituida por personas mayores, algunas de ellas con limitaciones cognitivas moderadas y que no pueden desprender atención suficiente para responder a test de personalidad que se presentan demasiado grandes y poco interesantes para los mayores.

En segundo lugar, porque el mismo inventario NEO en sus diferentes versiones, es el test más utilizado en la evaluación de la demencia en mayores, proporcionando una mayor veracidad en comparaciones entre estudios científicos y además fue el test utilizado en los artículos de revisión literaria sobre la personalidad en la demencia,

sobre la personalidad pre-mórbida de Alzheimer y sobre la propia personalidad de Alzheimer. Así, podremos comparar nuestros resultados a otros estudios y a los estudios de revisión que a su vez comparan diversos estudios efectuados a lo largo de los años.

El NEO-FFI así como todos los inventarios NEO, hacen la generalización transcultural del modelo de cinco factores de la personalidad: neuroticismo, extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y responsabilidad, estos factores representan las dimensiones más básicas que subyacen a los rasgos de personalidad originariamente identificados y su valoración se hace en relación a los cinco niveles normativos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. El NEO- FFI es una versión de 60 ítems, 12 ítems por escala y su consistencia interna en la validación para la población española se presentó entre 0.73 y 0.88 comparativamente con otros estudios transculturales (Holden & Fekken, 1994).

Además, como referimos en el capítulo IV, sobre la validación del inventario de personalidad NEO-FFI a la población española, este mismo fue comparado a la validación para la población francesa donde se observaron coeficientes de congruencia altos, lo que indica que este es un test con estructura transcultural fuerte, permitiéndonos una comparación creíble con los trabajos de revisión literaria sobre el tema, una vez que en las muestras de estos trabajos no se refieren personas de nacionalidad española, ni existen trabajos de estas dimensiones hechos con población española (Aluja & García, 2005).

La evaluación de la personalidad podría haber sido efectuada con tests como el 16 PF 5, o el MMPI o todavía la CAQ, pero en realidad, no tendríamos otros estudios con qué comparar, además de demasiado largos algunos de ellos cuando se utilizan en mayores pueden que sean poco discriminativos cuanto a la influencia de otros tipos de

alteraciones conductuales, es decir, que cualquiera de los 3 test, además de la personalidad también presentan los principales trazos de la personalidad psiquiátrica.

Para información adicional se paso la escala funcional de Barthel, para que se pudiera verificar el estado funcional de la muestra y de esta forma también distinguir lo que son alteraciones funcionales de una posible confusión o influencia en las alteraciones conductuales presentes por alteraciones de personalidad. La escala funcional de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo esas mismas actividades (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

A la hora de considerar la validez son dos los factores más importantes: la adaptación lingüística / cultural, y la capacidad del instrumento para medir lo que pretende medir. Hay que tener en cuenta que esta escala se ha elaborado sobre bases empíricas, limitando la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. Aun así, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada, validez de constructo o validez de concepto. En este sentido el constructo de esta escala ha presentado un buen grado de compatibilidad con otras medidas y escalas relacionadas (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

La escala funcional de Barthel, es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable, ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación y centros de día, pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos debe ser también tenida en consideración, además ha sido recomendada por el Royal College of Physicians of London y por la British



Geriatrics Society como patrón para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria en personas mayores. En este caso podríamos también haber escogido otros instrumentos de valoración de las actividades básicas de la vida diaria, como es el caso del Instrumental Activities of Daily Living Scale – IADL o la Funtional Activites Questionnaire – FAQ. Aun así, por las razones enunciadas anteriormente utilizamos la escala funcional de Barthel.

Finalmente, un ultimo inventario y una ultima escala que pretenden esclarecer cualquier aproximación posible, capaz de crear equivocación, entre las alteraciones de personalidad medidas por NEO-FFI es el estado depresivo o el estado de autoestima de alguno de los participantes. Así, aplicamos el Inventario de Depresión de Beck, siendo el instrumento de auto-informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación. En España, el Inventario de Depresión de Beck ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías y hipótesis psicológicas sobre la depresión (Sanz & Vázquez, 1998).

En el Inventario de Depresión de Beck se encuentran 21 ítems para evaluar la *intensidad* de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63 puntos. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el

caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. En suma, el Inventario de Depresión de Beck validado para la población española parece tener buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo (Sanz & Vázquez, 1998).

Existen otros instrumentos para evaluar la depresión, tales como la Escala de Depresión Geriátrica – GDS, las Escala de Depresión de Hamilton, o la escala de Cornell, aun así, por los buenos resultados presentados por el Inventario de Depresión de Beck bien como por la mayor posibilidad de comparaciones con otros estudios científicos que hayan trabajado con personas mayores, nuestra elección fue efectivamente para el Inventario de depresión de Beck.

Finalmente, las escalas de desesperanza de Beck y de autoestima de Rosenberg, son las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima, equiparándose con la desesperanza. La escala de autoestima desarrollada originalmente por Rosenberg para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Sus características psicométricas han sido ampliamente estudiadas en su versión original americana, así como en otros idiomas. Sin embargo en España, aunque esta escala es ampliamente utilizada, los datos sobre sus características psicométricas son muy limitados (Morejón, García-Bóveda & Vázquez- Morejón, 2004).

La validación para la población española contó con una muestra de 533 participantes de diversos centros de salud mental del Distrito de Andalucía. Los resultados obtenidos confirmaron en términos generales, unas características psicométricas satisfactorias de la adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg. En términos generales, los resultados del trabajo de validación apoyan el

interés de esta prueba como instrumento fiable y válido para la evaluación global de la autoestima en población clínica adulta. Su fácil aplicación y la rapidez de corrección la convierten en un instrumento especialmente útil en contextos clínicos que exigen una adecuada relación coste/efectividad de las intervenciones, evaluadoras o terapéuticas. La popularización del concepto de autoestima contribuye a difuminar su propia conceptualización. Es por tanto, preciso conocer adecuadamente este constructo y su complejidad, discriminando sus componentes y diferenciándolos de otros constructos cercanos (autoeficacia, auto-identidad) que también forman parte del auto-concepto (Morejón, García-Bóveda y Vázquez- Morejón, 2004).

En la evaluación informal, utilizamos la historia clínica aplicada a los miembros de la muestra y confirmada con sus familiares, y a través del informe de la Cruz Roja, designado como Solicitud, donde aportan los datos personales de los mayores, evaluación psicológica y social, entre otras descripciones que nos parecieron fundamentales como es el caso de las patologías asociadas, del número de fármacos diarios que toman los participantes, la discriminación de fármacos para el deterioro cognitivo, bien como de fármacos para depresión y calmantes.

### **5.2.3. Procedimiento**

En el primer contacto efectuado con los participantes y cuidadores, fueron explicadas las condiciones de la participación en este estudio, recogimos sus autorizaciones y rellenamos la historia clínica de los participantes.

Todo el proceso de evaluación fue efectuado en los respectivos Centros de Día a que pertenecían los mayores, para no alterar sus rutinas y además para que estuvieran en un lugar donde se sintieran seguros. Conforme la Tabla 5.4, se puede verificar

como fue efectuada la evaluación entre participantes y los respectivos instrumentos de evaluación.

Tabla 5.4 - Instrumentos por muestra y cuidadores

Instrumentos	Muestra			Cuidadores
	Pre-evaluación	1ª evaluación	2ª evaluación	
Alteraciones en la vida diaria				
Índice de Barthel	Si			
Estado de animo				
Autoestima de Rosember	Si			
Desesperanza de Beck	Si			
Depresión de Beck	Si			
Cognitivos				
GDS	Si	Si	Si	
S-IQCODE				Si
Mini Mental		Si	Si	
MIS		Si	Si	
Pfiffer		Si	Si	
Test del Reloj		Si	Si	
Personalidad				
NEO-FFI		Si	Si	Si

La evaluación cognitiva fue efectuada en una única sesión de 30 minutos. Primeramente pasamos el MME, después por la orden descrita pasamos el test del dibujo del reloj, el SPMSQ de Pfeiffer y el MIS. La evaluación de personalidad fue efectuada en una sesión también de 30 minutos y en la misma sesión fue evaluada la depresión y la autoestima de los mayores. La evaluación de todos los participantes fue efectuada a lo largo de un mes.

La evaluación de los cuidadores principales fue efectuada en una única sesión de 50 minutos, donde se paso el cuestionario S-IQCODE y el NEO-FFI para la información de la personalidad pre-mórbida de los participantes. Estas evaluaciones a los familiares fueron efectuadas durante el mismo mes que evaluamos a los participantes.

Posteriormente, analizamos los procesos clínicos de todos los participantes, sus

primeras evaluaciones cognitivas y sociales, sus datos personales, así como los informes médicos, sus terapéuticas farmacológicas, entre otros datos de ámbito personal. La estimulación cognitiva de los subgrupos participantes que frecuentaban centro de Día, siguió el PIA existente para cada usuario, respetando su programación de trabajo previamente estructurada en función de cada persona y contando con sus particularidades.

El proceso de acompañamiento fue diario con los mayores y quincenal con los cuidadores. Las sesiones de esclarecimiento de los centros de día permitieron que mantuviéramos contacto con ellos y que así fuéramos aclarando dudas, rectificando la historia clínica y principalmente intercambiando opiniones sobre las alteraciones de los mayores durante todo el año de acompañamiento.

Pasado un año de la primera evaluación, se efectuó una segunda evaluación para este estudio. El procedimiento fue el mismo que la primera vez, así como los instrumentos de valoración, exceptuando la historia clínica y la solicitud o proceso de los mayores que es rellenado una única vez.

## **CAPITULO VI**

## **RESULTADOS**

## 6. Análisis general para los valores cognitivos y de personalidad

El análisis de los efectos de la enfermedad de Alzheimer a partir de los resultados cognitivos y de personalidad, se ha efectuado en una muestra de 103 enfermos comparados con un grupo de control de 128 participantes mayores en fase de envejecimiento normal. El test estadístico utilizado fue el *MANOVA*, considerando el Alzheimer como variable independiente y las puntuaciones cognitivas y de personalidad como variables independientes.

Aunque el test Box no se presente estadísticamente significativo, por las semejanzas entre los participantes en los dos grupos considerados (GE y GC) y por los valores significativos de los test multivariados reportados, decidimos aun así, realizar el análisis de *MANOVA* (Field, 2009). Los resultados son semejantes cuando efectuamos el test sin variables que no presenten homogeneidad de variancias.

Tabla 6.1 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
Mini Mental	19.586	1	229	.002*
S-IQCODE	16.814	1	229	.000*
Neuroticismo		1	229	.368
Extroversión		1	229	.090
Amabilidad		1	229	.914
Apertura		1	229	.144
Responsabilidad		1	229	.006*

\*Valores significativos a .05

Así, encontramos un efecto estadísticamente significativo en la enfermedad de Alzheimer sobre las medidas cognitivas y de personalidad, a través de la estadística de *Pilai*,  $V=0.13$ ,  $F(6, 224)=5.31$ ,  $p<0.001$ .

El análisis de *MANOVA* fue efectuado después de una análisis discriminante que presento una ecuación matemática única que explica 100% la variancia de los resultados con  $R^2_{\text{canónico}} = .12$ . esta misma ecuación diferencia significativamente a los grupos (GE y GC),  $\Lambda=.88$ ,  $\chi^2(6)=30.054$ ,  $p=.00$ , confirmando así los resultados del test estadístico *MANOVA*.

## 6.1. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC

Analizamos el mismo efecto ahora apenas para las medidas pre-mórbidas de la enfermedad de Alzheimer a partir de las puntuaciones de S-IQCODE y NEO-FFI, rellenos por los cuidadores, en una muestra de 103 enfermos comparados con un grupo de control de 128 participantes mayores en fase de envejecimiento normal. El test estadístico estimado fue el *MANOVA*, considerando el Alzheimer como variable independiente y las puntuaciones del S-IQCODE y del NEO-FFI como variable independientes.

Tabla 6.2 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
S-IQCODE	16.814	1	229	.000*
Neuroticismo		1	229	.368
Extroversión		1	229	.090
Amabilidad		1	229	.914
Apertura		1	229	.144
Responsabilidad		1	229	.006*

\*Valores significativos a .05

### 6.1.1. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día



Analizamos el mismo efecto para las medidas pre-mórbidas de la enfermedad de Alzheimer a partir de las puntuaciones de S-IQCODE y NEO-FFI, rellenos por los cuidadores, en la misma muestra, considerando 4 subgrupos, enfermos de Alzheimer con frecuencia en centro de día (n=55), enfermos de Alzheimer sin frecuencia en centro de día (n=48), mayores en envejecimiento normal con frecuencia en centro de día (n=67) y mayores en envejecimiento normal sin frecuencia en centro de día (n=61).

El test estadístico estimado fue el *MANOVA*, considerando la variable independiente uno de los 4 subgrupos y los resultados de S-IQCODE y de las 5 escalas del NEO-FFI como variables dependientes. Buscamos así investigar si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de los test S-IQCODE y NEO-FFI, entre los 4 subgrupos considerados.

De igual modo el test Box se presentó estadísticamente significativo, mostrando que los datos podrán no asegurar los presupuestos matemáticos para la utilización del test de *MANOVA*. Aunque, considerando las semejanzas en el número de participantes de los 4 subgrupos, y por los valores significativos presentados por los test multivariados que se han hecho, consideramos mantener el análisis estadístico por el *MANOVA* (Field, 2009). Comprobamos que los resultados son semejantes cuando efectuado el test sin variables que no presentan homogeneidad de variancia (S-IQCODE y Responsabilidad - NEO-FFI).

Tabla 6.3 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
S-IQCODE	19.320	3	227	.000*
Neuroticismo	1.022	3	227	.384
Extroversión	3.176	3	227	.025
Amabilidad	.516	3	227	.672
Apertura	.805	3	227	.492
Responsabilidad	3.431	3	227	.018*

\*Valores significativos a .05

Así, cuando consideramos el efecto del Alzheimer para las medidas pre-mórbidas referidas (S-IQCODE y NEO-FFI) podremos encontrar diferencias estadísticamente significativas, a través del test estadístico de *Palai*,  $V=0.13$ ,  $F(6, 222)=5,479$ ,  $p<0.001$ . cuando consideramos el efecto de la frecuencia del centro de día sobre las mismas medidas, son también estadísticamente significativas,  $V=0.08$ ,  $F(6, 222)=3,131$ ,  $p<0.05$ . todavía, cuando consideramos los efectos de la relación entre Alzheimer y la frecuencia de centro de día, las estadísticas no son estadísticamente significativas  $V=0.02$ ,  $F(6, 222)=0,643$ ,  $p>0.05$ .

### 6.1.2. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC con frecuencia de centro de día

Las puntuaciones respectivas al NEO-FFI (extroversión) presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer ( $D(55)=.100$ ,  $p>.05$ ) y en el grupo de mayores en envejecimiento normal ( $D(67)=.104$ ,  $p>.05$ ), de igual modo la apertura en el GE  $D(55)=.94$ ,  $p>.05$  y en GC  $D(67)=.96$ ,  $p>.05$ ), permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras

independientes. Para los demás grupos utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para el test S-IQCODE en GE es de  $D(67)=.092, p>.05$  y en GC es de  $D(55)=.148, p<.05$ . Para las puntuaciones de neuroticismo en GE es de  $D(55)=.120, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.098, p>.05$ ; para las puntuaciones de la amabilidad en GE es de  $D(55)=.137, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.082, p>.05$ ; finalmente para las puntuaciones de la responsabilidad en GE es de  $D(55)=.136, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.099, p>.05$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

Los grupos considerados, presentan homogeneidad de variancia  $F=1.369, p=.244$ , y diferencias significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=29.2, SD=8.7$ ) y GC ( $M=25.2, SD=7.9$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $t(120)=-2.624, p<.05$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=19.3, SD=6.2$ ) y GC ( $M=21.0, SD=7.0$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=1525.5, p=.102$ .

### **NEO-FII – Apertura**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancia  $F=.071, p=.791$ , y sin diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=22.7, SD=7.0$ ) y GC ( $M=21.2, SD=7.8$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $t(120)=-1.08, p>.05$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=28.0, SD=7.0$ ) y GC ( $M=27.6, SD=6.6$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $U=1778.5, p=.741$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=24.9, SD=9.4$ ) y GC ( $M=25.1, SD=7.6$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $U=1703, p=.472$ .

### **S-IQCODE**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=86.4, SD=27.7$ ) y GC ( $M=82.4, SD=19.4$ ) para las puntuaciones del S-IQCODE,  $U=1665.5, p=.362$ .

### **6.1.3. Análisis de las medidas pre-mórbidas entre GE y GC sin frecuencia de centro de día**

Las puntuaciones respectivas al NEO-FFI (amabilidad) presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer ( $D(48)=.097, p>.05$ ) y en el grupo de mayores en envejecimiento normal ( $D(61)=.087, p>.05$ ), permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Para los demás grupos utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para el test S-IQCODE en GE es de  $D(48)=.147, p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.129, p<.05$ . Para las puntuaciones de neuroticismo en GE es de  $D(48)=.131, p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.079, p>.05$ ; para las puntuaciones de la apertura en GE es de  $D(48)=.087, p>.05$  y en GC es de  $D(61)=.123, p<.05$ ; para las puntuaciones de la extroversión en GE es de  $D(48)=.154, p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.101, p>.05$ ; finalmente para las puntuaciones de la responsabilidad en GE es de  $D(48)=.132, p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.124, p<.05$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=29.3, SD=7.4$ ) y GC ( $M=25.9, SD=6.0$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $U=1057.5, p=.013, r=-0.24$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=19.8$ ,  $SD=6.3$ ) y GC ( $M=21.6$ ,  $SD=5.6$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=1216$ ,  $p=.129$ .

### **NEO-FII – Apertura**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=21.0$ ,  $SD=6.6$ ) y GC ( $M=21.1$ ,  $SD=6.0$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $U=1449$ ,  $p=.927$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancia  $F=1.181$ ,  $p=.280$ , y sin diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=25.8$ ,  $SD=6.8$ ) y GC ( $M=26.8$ ,  $SD=7.5$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $t(107)=.750$ ,  $p>.05$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=22.2$ ,  $SD=8.3$ ) y GC ( $M=22.6$ ,  $SD=6.7$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $U=1393.5$ ,  $p=.666$ .

### **S-IQCODE**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=97.5$ ,  $SD=17.4$ ) y GC ( $M=85.5$ ,  $SD=15.1$ ) para las puntuaciones del S-IQCODE,  $U=929.5$ ,  $p=.001$ ,  $r=-0.32$ .

#### **6.1.4. Análisis de grupo con frecuencia en centro de día y con enfermedad de Alzheimer, por genero**

Las puntuaciones respectivas al NEO-FFI (extroversión) presentan una distribución normal de las mujeres ( $D(42)=.10$ ,  $p>.05$ ) y de los varones ( $D(13)=.164$ ,  $p>.05$ ), permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Para los demás grupos utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para el test S-IQCODE en los varones es de  $D(42)=.167$ ,  $p<.05$ ;, y en las mujeres presenta el valor de  $D(42)=.167$ ,  $p<.05$ . Para las puntuaciones de neuroticismo los varones presentan  $D(13)=.198$ ,  $p>.05$  y las mujeres  $D(42)=.171$ ,  $p<.05$ , para las puntuaciones de la apertura los varones presentaron  $D(13)=.198$ ,  $p>.05$  y las mujeres  $D(42)=.127$ ,  $p<.05$ , para la amabilidad los varones presentan  $D(13)=.134$ ,  $p>.05$  y las mujeres  $D(42)=.151$ ,  $p<.05$ ; finalmente para las puntuaciones de la Responsabilidad los hombres han obtenido  $D(13)=.202$ ,  $p>.05$  y las mujeres  $D(42)=.123$ ,  $p>.05$ .

#### **NEO-FII – Extroversión**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancia  $F=.535, p=.47$ , pero no existen diferencias significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=31, SD=9.4$ ) y mujeres ( $M=28.6, SD=8.5$ )  $t(53)=-.86, p>.05$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=19.5, SD=7.3$ ) y mujeres ( $M=19.2, SD=5.9$ ) para las puntuaciones del neuroticismo  $U=270, p=.95$ .

### **NEO-FII – Apertura**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=23.9, SD=7.7$ ) y mujeres ( $M=22.3, SD=6.7$ ) para las puntuaciones de la apertura  $U=248.5, p=.63$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=28.5, SD=6.6$ ) y mujeres ( $M=27.8, SD=7.1$ ) para las puntuaciones de la amabilidad  $U=253, p=.69$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**



No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=29.5$ ,  $SD=10.1$ ) y mujeres ( $M=23.4$ ,  $SD=8.8$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad  $U=179$ ,  $p=.06$ .

### **S-IQCODE**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=85.2$ ,  $SD=23$ ) y mujeres ( $M=86.8$ ,  $SD=29.2$ ) para las puntuaciones del S-IQCODE ,  $U=255.5$ ,  $p=.73$ .

#### **6.1.5. Análisis de grupo sin frecuencia en centro de día y con enfermedad de Alzheimer, por genero**

Las puntuaciones del neuroticismo no presentaron distribución normal, en genero, por los grupos considerados, presentando valores de ( $D(19)=.183$ ,  $p<.05$ ) para las mujeres y de ( $D(29)=.118$ ,  $p>.05$ ) para los varones, no permitiendo comparaciones de los dos grupos a través del test de *t student* de muestras independientes. Igual situación se presento para las puntuaciones de la extroversión, también en genero, para ambos grupos, con valores de ( $D(29)=.225$ ,  $p<.05$ ) para las mujeres y de ( $D(19)=.103$ ,  $p>.05$ ) para los varones. Así, decidimos utilizar para el análisis estadístico el test equivalente, pero no paramétrico de *Mann-Whitney*.

Los valores obtenidos por el test de *Kolmogrov-Smirnov* para las puntuaciones del S-IQCODE en los varones fue de  $D(19)=.134$ ,  $p>.05$  y para las mujeres de  $D(29)=.159$ ,  $p>.05$ ; para la puntuación de la apertura en los varones fue de  $D(19)=.118$ ,  $p>.05$  y para las mujeres de  $D(29)=.115$ ,  $p>.05$ ; en la amabilidad la

puntuación fue de  $D(19)=.101$ ,  $p>.05$  en los varones y de  $D(29)=.117$ ,  $p>.05$  en las mujeres; finalmente para la responsabilidad las puntuaciones fueron de  $D(19)=.161$ ,  $p>.05$  para los varones y de  $D(29)=.126$ ,  $p>.05$  para las mujeres.

### **NEO-FII – Extroversión**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=30.3$ ,  $SD=7.5$ ) y mujeres ( $M=28.7$ ,  $SD=7.4$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $U=232$ ,  $p=.357$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=19.6$ ,  $SD=6.3$ ) y mujeres ( $M=19.9$ ,  $SD=6.4$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=260.5$ ,  $p=.751$ .

### **NEO-FII – Apertura**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=1.604$ ,  $p=.212$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=19.4$ ,  $SD=5.4$ ) y mujeres ( $M=22.1$ ,  $SD=7.1$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $t(46)=1.424$ ,  $p=.161$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=.006$ ,  $p=.938$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=23.6$ ,  $SD=6.6$ ) y mujeres ( $M=27.1$ ,  $SD=6.6$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $t(46)=1.783$ ,  $p=.081$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=.185$ ,  $p=.669$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=21.8$ ,  $SD=8.5$ ) y mujeres ( $M=22.5$ ,  $SD=8.3$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $t(46)=.260$ ,  $p=.796$ .

### **S-IQCODE**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=.385$ ,  $p=.538$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=96.6$ ,  $SD=18.8$ ) y mujeres ( $M=98.1$ ,  $SD=16.7$ ) para las puntuaciones del S-IQCODE,  $t(46)=.295$ ,  $p>.05$ .

### **6.1.6. Análisis de grupo con frecuencia en centro de día y sin enfermedad de Alzheimer, por genero**

Solamente las puntuaciones del S-IQCODE presentaron distribución normal en el grupo de las mujeres ( $D(45)=.106$ ,  $p>.05$ ) y de los varones ( $D(22)=.094$ ,  $p>.05$ ), permitiendo la comparación entre los dos grupos a través del *t student* de muestras

independientes. Para los demás grupos, hicimos el análisis estadístico con el test equivalente, pero no paramétrico, *Mann-Whitney*.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones de extroversión presento en los varones  $D(22)=.207$ ,  $p<.05$  y en las mujeres  $D(45)=.108$ ,  $p>.05$ ; para las puntuaciones del neuroticismo presento en los varones  $D(45)=.143$ ,  $p<.05$  y en las mujeres  $D(45)=.143$ ,  $p<.05$ ; para las puntuaciones de apertura presento en los varones  $D(22)=.157$ ,  $p>.05$  y en las mujeres  $D(45)=.101$ ,  $p>.05$ ; para las puntuaciones de amabilidad presento en los varones  $D(22)=.186$ ,  $p<.05$  y en las mujeres  $D(45)=.138$ ,  $p<.05$ ; y finalmente para las puntuaciones de responsabilidad presento en los varones  $D(22)=.181$ ,  $p>.05$  y en las mujeres  $D(45)=.122$ ,  $p>.05$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=27.3$ ,  $SD=6.4$ ) y mujeres ( $M=24.2$ ,  $SD=8.4$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $U=379$ ,  $p=.120$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=20.7$ ,  $SD=8.3$ ) y mujeres ( $M=21.1$ ,  $SD=6.4$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=455$ ,  $p=.592$ .

### **NEO-FII – Apertura**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=24.2.9$ ,  $SD=6.0$ ) y mujeres ( $M=18.7$ ,  $SD=7.8$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $U=337.5$ ,  $p=.034$ ,  $r=-.26$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=30.1$ ,  $SD=7.9$ ) y mujeres ( $M=26.4$ ,  $SD=7.6$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $U=344.5$ ,  $p=.044$ ,  $r=-.25$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=26.9$ ,  $SD=4.8$ ) y mujeres ( $M=24.3$ ,  $SD=8.6$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $U=359.5$ ,  $p=.07$ .

### **S-IQCODE**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=.932$ ,  $p=.338$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=86.6$ ,  $SD=21.9$ ) y mujeres ( $M=80.4$ ,  $SD=18.0$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $t(65)=-1.226$ ,  $p>.05$ .

### **6.1.7. Análisis de grupo sin frecuencia en centro de día y sin enfermedad de Alzheimer, por genero**

Solamente las puntuaciones de responsabilidad no presentaron distribución normal en los grupos considerados, con un valor de  $(D(40)=.134, p>.05)$  para las mujeres y de  $(D(21)=.205, p<.05)$  para los varones, no permitiendo la comparación entre los dos grupos a través del *t student* de muestras independientes. Así, utilizamos para el análisis el test equivalente, pero no paramétrico, *Mann-Whitney*.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogrov-Smirnov* para las puntuaciones del S-IQCODE presento en los varones  $D(21)=.185, p>.05$  y en las mujeres  $D(40)=.123, p>.05$ ; para las puntuaciones del neuroticismo presento en los varones  $D(21)=.161, p>.05$  y en las mujeres  $D(40)=.120, p>.05$ ; para las puntuaciones de apertura presento en los varones  $D(21)=.160, p>.05$  y en las mujeres  $D(40)=.103, p>.05$ ; para las puntuaciones de amabilidad presento en los varones  $D(21)=.163, p>.05$  y en las mujeres  $D(40)=.113, p>.05$ ; y finalmente para las puntuaciones de responsabilidad presento en los varones  $D(21)=.205, p>.05$  y en las mujeres  $D(40)=.134, p>.05$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=1.801, p=.184$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=24.3, SD=5.4$ ) y mujeres ( $M=26.8, SD=6.2$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $t(59)=1,508, p=.137$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=1.08$ ,  $p=.302$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=21.9$ ,  $SD=4.4$ ) y mujeres ( $M=21.5$ ,  $SD=6.2$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $t(59)=-.282$ ,  $p=.78$ .

### **NEO-FII – Apertura**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=.788$ ,  $p=.378$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=20.2$ ,  $SD=6.3$ ) y mujeres ( $M=21.5$ ,  $SD=5.8$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $t(59)=.830$ ,  $p=.410$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=3.209$ ,  $p=.078$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=25.4$ ,  $SD=6.4$ ) y mujeres ( $M=27.5$ ,  $SD=8.0$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $t(59)=1.046$ ,  $p=.300$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=23.3$ ,  $SD=5.0$ ) y mujeres ( $M=22.2$ ,  $SD=7.4$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $t(59)=1.046$ ,  $p=.300$ .

## **S-IQCODE**

Los grupos considerados presentan homogeneidad de variancias  $F=1.09$ ,  $p=.300$ , pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones ( $M=88.3$ ,  $SD=18.5$ ) y mujeres ( $M=84.0$ ,  $SD=13.0$ ) para las puntuaciones del S-IQCODE,  $t(59)=-1.052$ ,  $p>.05$ .

## **6.2. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC**

Analizamos el mismo efecto ahora apenas para las medidas de personalidad de la enfermedad de Alzheimer a partir de las puntuaciones del NEO-FFI, información recogida a partir de los enfermos, en una muestra de 103 enfermos comparados con un grupo de control de 128 participantes mayores en fase de envejecimiento normal. El test estadístico elegido fue el *MANOVA*, considerando el Alzheimer como variable independiente y las puntuaciones del Mini Mental y del NEO-FFI como variables independientes.

El test Box se presentó estadísticamente significativo, indicando que los datos podrán no ser los presupuestos matemáticos ideales para la utilización del test de *MANOVA*. Aunque, considerando las semejanzas en el número de participantes, y los valores significativos presentados por los test multivariados que se han hecho, consideramos mantener el análisis estadístico por el MANOVA (Field, 2009).



Tabla 6.4 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
Neuroticismo	19.931	1	229	.000**
Extroversión	51.984	1	229	.000**
Amabilidad	40.736	1	229	.000**
Apertura	5.862	1	229	.016*
Responsabilidad	36.318	1	229	.000**

\*Valores significativos a .05

\*\*Valores significativos a .001

Así, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mayores con Alzheimer y en grupo de mayores en envejecimiento normal, conforme los resultados del NEO-FFI, presentados pela estadística de *Palai*,  $V=0.449$ ,  $F(5, 225)=36,606$ ,  $p<0.001$ .

### 6.2.1. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día

Analizamos el mismo efecto para las medidas de personalidad de la enfermedad de Alzheimer a partir de las puntuaciones del NEO-FFI, información recogida del enfermo, en la misma muestra, considerando 4 subgrupos, enfermos de Alzheimer con frecuencia en centro de día ( $n=55$ ), enfermos de Alzheimer sin frecuencia en centro de día ( $n=48$ ), mayores en envejecimiento normal con frecuencia en centro de día ( $n=67$ ) y mayores en envejecimiento normal sin frecuencia en centro de día ( $n=61$ ).

El test estadístico considerado fue el *MANOVA*, considerando la variable independiente uno de los 4 subgrupos y los resultados de las 5 escalas del NEO-FFI como variables dependientes. Buscamos así investigar si existen diferencias

estadísticamente significativas al nivel del test NEO-FFI, entre los 4 subgrupos considerados.

De igual modo el test Box se presentó estadísticamente significativo, mostrando que los datos podrán no asegurar los presupuestos matemáticos para la utilización del test de *MANOVA*. Aunque, considerando las semejanzas en el número de participantes de los 4 subgrupos, y por los valores significativos presentados por los test multivariados que se han hecho, consideramos mantener el análisis estadístico por el *MANOVA* (Field, 2009).

Tabla 6.5 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
Neuroticismo	6.234	3	227	.000**
Extroversión	17.650	3	227	.000**
Amabilidad	12.841	3	227	.000**
Apertura	2.686	3	227	.045*
Responsabilidad	11.655	3	227	.000**

\*Valores significativos a .05

\*\*Valores significativos a .001

Así, cuando consideramos el efecto del Alzheimer sobre las medidas del NEO-FFI, encontramos diferencias estadísticamente significativas, a través de la estadística de *Pilai*,  $V=0.449$ ,  $F(5, 223)=36,392$ ,  $p<0.001$ . y cuando consideramos los efectos de la frecuencia en centro de día sobre las mismas medidas, encontramos diferencias estadísticamente significativas,  $V=0.026$ ,  $F(5, 223)=1,188$ ,  $p>0.05$ . Los efectos de la relación del Alzheimer y la frecuencia en centro de día, presenta también diferencias estadísticamente no significativas  $V=0.22$ ,  $F(5, 223)=.988$ ,  $p>0.05$ .

### **6.2.2. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, con frecuencia de Centro de Día**

Ninguna de las puntuaciones consideradas presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer y en el grupo de mayores en envejecimiento normal, no permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Así utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones de neuroticismo en GE es de  $D(55)=.187, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.211, p<.05$ ; para las puntuaciones de la apertura en GE es de  $D(55)=.178, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.150, p<.05$ ; para las puntuaciones de la extroversión en GE es de  $D(55)=.178, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.154, p<.05$ ; para las puntuaciones de la amabilidad en GE es de  $D(55)=.178, p<.05$  y en GC es de  $D(67)=.127, p<.05$ ; finalmente para las puntuaciones de la responsabilidad en GE es de  $D(55)=.093, p>.05$  y en GC es de  $D(67)=.184, p<.05$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=26.7, SD=5.3$ ) y GC ( $M=22.09, SD=3.9$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=1100, p=.000, r=-0.35$ .

### **NEO-FII – Apertura**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=26.9, SD=3.8$ ) y GC ( $M=27.0, SD=2.5$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $U=1835.5, p=.009$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=21.0$ ,  $SD=4.3$ ) y GC ( $M=17.3$ ,  $SD=2.8$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $U=835$ ,  $p=000$ ,  $r=-0.47$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=21.1$ ,  $SD=4.5$ ) y GC ( $M=19.2$ ,  $SD=2.4$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $U=1309.5$ ,  $p=.006$ ,  $r=-0.25$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=21.0$ ,  $SD=2.0$ ) y GC ( $M=22.2$ ,  $SD=4.4$ ) para las puntuaciones de extroversión,  $U=1522.5$ ,  $p=.008$ .

### **6.2.3. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, sin frecuencia de Centro de Día**

Ninguna de las puntuaciones consideradas presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer y en el grupo de mayores en envejecimiento

normal, no permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Así utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones de neuroticismo en GE es de  $D(48)=.094$ ,  $p>.05$  y en GC es de  $D(61)=.202$ ,  $p<.05$ ; para las puntuaciones de la apertura en GE es de  $D(48)=.251$ ,  $p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.170$ ,  $p<.05$ ; para las puntuaciones de la extroversión en GE es  $D(48)=.149$ ,  $p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.140$ ,  $p<.05$ ; para las puntuaciones de la amabilidad en GE es de  $D(48)=.191$ ,  $p<.05$  y en GC es de  $D(61)=.132$ ,  $p<.05$ ; finalmente para las puntuaciones de la responsabilidad en GE es de  $D(48)=.113$ ,  $p>.05$  y en GC es de  $D(61)=.199$ ,  $p<.05$ .

### **NEO-FII – Neuroticismo**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=28.1$ ,  $SD=4.7$ ) y GC ( $M=22.3$ ,  $SD=3.7$ ) para las puntuaciones del neuroticismo,  $U=516$ ,  $p=.000$ ,  $r=-0.56$ .

### **NEO-FII – Apertura**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=25.6$ ,  $SD=3.8$ ) y GC ( $M=26.7$ ,  $SD=2.5$ ) para las puntuaciones de la apertura,  $U=1136.5$ ,  $p=.044$ ,  $r=-0.19$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=20.6$ ,  $SD=3.7$ ) y GC ( $M=17.7$ ,  $SD=2.9$ ) para las puntuaciones de la amabilidad,  $U=677$ ,  $p=000$ ,  $r=-0.46$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=20.3$ ,  $SD=4.3$ ) y GC ( $M=17.9$ ,  $SD=2.2$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad,  $U=1158$ ,  $p=.006$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre participantes de GE ( $M=21.4$ ,  $SD=2.3$ ) y GC ( $M=21.9$ ,  $SD=4.4$ ) para las puntuaciones de la extroversión,  $U=1325$ ,  $p=.0394$ .

#### **6.2.4. Análisis de las medidas de personalidad entre GE y GC, por genero**

Ninguna de las puntuaciones consideradas presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer y en el grupo de mayores en envejecimiento normal, no permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Así utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones de neuroticismo en varones es de ( $M=31$ ,  $SD=9.4$ ) y en mujeres es de ( $M=28.6$ ,  $SD=8.5$ ); para las puntuaciones de la apertura en varones es de ( $M=23.9$ ,  $SD=7.7$ ) y en mujeres es de ( $M=22.3$ ,  $SD=6.7$ ); para las puntuaciones de la extroversión en varones es de ( $M=19.5$ ,  $SD=7.3$ ) y en mujeres es de ( $M=19.2$ ,  $SD=5.9$ ); para las puntuaciones de la amabilidad en varones es de ( $M=28.5$ ,  $SD=6.6$ ) y en mujeres es de ( $M=27.8$ ,  $SD=7.1$ ); finalmente para las puntuaciones de la responsabilidad en varones es de ( $M=29.5$ ,  $SD=10.1$ ) y en mujeres es de ( $M=23.4$ ,  $SD=8.8$ ).

### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=31$ ,  $SD=9.4$ ) y mujeres ( $M=28.6$ ,  $SD=8.5$ ) para las puntuaciones del neuroticismo  $U=248.5$ ,  $p=.42$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=19.5$ ,  $SD=7.3$ ) y mujeres ( $M=19.2$ ,  $SD=5.9$ ) para las puntuaciones de extroversión  $U=270$ ,  $p=.35$ .

### **NEO-FII – Apertura**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=23.9$ ,  $SD=7.7$ ) y mujeres ( $M=22.3$ ,  $SD=6.7$ ) para las puntuaciones de la apertura  $U=248.5$ ,  $p=.23$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=28.5$ ,  $SD=6.6$ ) y mujeres ( $M=27.8$ ,  $SD=7.1$ ) para las puntuaciones de la amabilidad  $U=253$ ,  $p=.19$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=29.5$ ,  $SD=10.1$ ) y mujeres ( $M=23.4$ ,  $SD=8.8$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad  $U=179$ ,  $p=.06$ .

## **6.3. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental), entre GE y GC**

La tabla 7.6 presenta los valores medios entre grupos (GE y GC), subgrupos (mayores con Alzheimer y mayores en fase de envejecimiento normal) y por género. Esta tabla propone una vista sobre las puntuaciones cognitivas que utilizamos para confirmación del Mini Mental, que fueron el MIS, que presenta mejoras en la memoria en la segunda evaluación, el Pfeiffer que respeta a la orientación personal, donde casi no existe mejoras entre evaluaciones y el test del reloj, que nos permite ver las puntuaciones de la percepción viso-espacial, que además de muy bajas, han



aumentado muy poco entre las evaluaciones. Sirve también esta tabla para considerar las medias del Mini Mental y de l S-IQCODE en general.

Tabla 6.6 - Medias de las puntuaciones cognitivas entre la 1ª y la 2ª evaluación

Cognición	Enfermos de Alzheimer						Total Alzheimer	Envejecimiento Normal						Total E.N.
	Centro de Día		Total	En su Casa		Total		Centro de Día		Total	En su Casa		Total	
	Mujeres	Varones		Mujeres	Varones			Mujeres	Varones		Mujeres	Varones		
Medias de las Puntuaciones														
MME														
1ª Evaluación	19,64	19,30	19,47	18,82	18,21	18,51	<b>18,99</b>	17,28	21,45	19,36	16,75	18,23	17,49	<b>18,42</b>
2ª Evaluación	19,42	20,39	19,90	20,06	18,73	19,39	<b>19,64</b>	18,22	20,95	19,58	15,75	18,14	16,94	<b>18,26</b>
MIS														
1ª Evaluación	4,92	5,23	5,07	4,75	5,36	5,05	<b>5,06</b>	2,84	2,81	2,82	2,75	2,38	2,56	<b>2,69</b>
2ª Evaluación	5,30	5,00	5,15	5,06	5,26	5,16	<b>5,15</b>	3,22	3,18	3,20	3,02	2,85	2,93	<b>3,06</b>
Pfiffer														
1ª Evaluación	3,90	3,93	3,91	3,93	4,00	3,96	<b>3,93</b>	4,84	5,13	4,98	5,17	5,04	5,10	<b>5,04</b>
2ª Evaluación	3,88	4,15	4,01	4,13	3,84	3,98	<b>3,99</b>	5,06	5,27	5,16	5,30	5,23	5,26	<b>5,21</b>
Test del Reloj														
1ª Evaluación	2,83	3,30	3,06	3,10	2,42	2,76	<b>2,91</b>	2,33	1,95	2,14	1,75	1,90	1,82	<b>1,98</b>
2ª Evaluación	3,23	3,30	3,26	3,27	2,57	2,92	<b>3,09</b>	2,57	2,45	2,51	2,30	2,19	2,24	<b>2,37</b>
S-IQODE														
Cuidador	86,78	85,23	86,00	98,10	96,57	97,33	<b>91,65</b>	80,37	86,54	83,45	84,05	88,33	86,19	<b>84,82</b>

### 6.3.1. Análisis de las medidas de personalidad (NEO-FFI), entre GE y GC

La tabla 7.7 presenta las diferencias en media de las dimensiones de personalidad del NEO-FFI en sus dos circunstancias, es decir, cuando respondido por los mayores, para verificar la personalidad y cuando es respondido por los cuidadores, para verificar la personalidad pre-mórbida. Los valores son igualmente presentados como valores medios entre grupos (GE y GC), subgrupos (mayores con Alzheimer y mayores en fase de envejecimiento normal) y por genero.

Tabla 6.7 - Medias de la personalidad entre las medidas descritas por los mayores (personalidad Alzheimer) y por los cuidadores (personalidad pre-mórbida)

Personalidad	Enfermos de Alzheimer						Total Alzheimer	Envejecimiento Normal						Total E.N.
	Centro de Día		Total	En su Casa		Total		Centro de Día		Total	En su Casa		Total	
	Mujeres	Varones		Mujeres	Varones			Mujeres	Varones		Mujeres	Varones		
Medias de las Puntuaciones														
NEO-FFI - Mayores														
Neuroticismo	26,57	26,92	26,74	29,41	27,10	28,25	<b>27,49</b>	21,48	21,13	21,30	22,15	22,38	22,26	<b>21,78</b>
Extraversión	20,95	21,00	20,96	21,75	20,78	21,26	<b>21,11</b>	22,00	20,54	21,27	22,15	21,33	21,74	<b>21,50</b>
Apertura	26,83	27,23	27,03	25,13	26,31	25,72	<b>26,37</b>	26,26	25,90	26,08	26,15	26,52	26,33	<b>26,20</b>
Amabilidad	20,95	21,30	21,12	20,31	20,94	20,62	<b>20,87</b>	16,97	16,18	16,57	17,67	16,85	17,26	<b>16,91</b>
Responsabilidad	21,03	21,23	21,13	20,51	20,00	20,25	<b>20,68</b>	18,71	18,31	18,51	18,72	18,66	18,69	<b>18,60</b>
NEO-FFI - Cuidadores														
Neuroticismo	19,16	19,53	19,34	19,86	19,63	19,74	<b>19,54</b>	20,57	20,68	20,62	21,47	21,90	21,68	<b>21,15</b>
Extraversión	28,61	31,00	29,80	28,65	30,31	29,48	<b>26,64</b>	23,13	27,31	25,22	26,75	24,33	25,54	<b>25,38</b>
Apertura	22,26	23,84	23,05	22,10	19,36	20,73	<b>21,89</b>	18,80	24,22	21,51	21,52	20,19	20,85	<b>21,18</b>
Amabilidad	27,80	28,46	28,13	27,10	23,63	25,36	<b>26,74</b>	25,08	30,09	27,58	27,50	25,38	26,44	<b>27,01</b>
Responsabilidad	23,42	29,46	26,44	22,48	21,84	22,16	<b>24,30</b>	22,71	26,90	24,80	22,17	23,28	22,72	<b>23,76</b>

### **6.3.2. Análisis de las correlaciones entre medidas de personalidad (NEO-FFI) y medidas cognitivas (Mini Mental) entre GE y GC**

Considerando que la muestra es superior a 30 individuos, aceptamos estadísticamente por el *Teorema del Limite Central* que los datos relevantes presentan una distribución normal. La correlación de *Pearson*, entre las puntuaciones del NEO-FFI y las puntuaciones del Mini Mental presentan 4 valores estadísticamente significativos. La memoria inmediata se correlaciona positivamente con el neuroticismo  $r=.257$ , estadísticamente significativo con  $p<.001$ , negativamente con la apertura  $r=-.137$ ,  $p<.05$  y positivamente con la amabilidad,  $r=.184$ ,  $p<.001$ . Finalmente el neuroticismo se presenta estadísticamente significativo en correlación positiva con la atención/cálculo. Aun así, la media de valores de la memoria inmediata aumenta los niveles amabilidad y disminuyen los niveles de apertura.

La memoria inmediata explica 6,6% del neuroticismo, 1,9% de la apertura y 3,4% de la amabilidad. La atención/cálculo explica 3,4% del neuroticismo. Es importante reforzar que estos datos no indican una causa, porque podríamos invertir las posiciones y decir que es el neuroticismo que explica 6,6% de la memoria inmediata, pero sabemos también, que es innegable la relación entre estos factores.

Como tenemos varios factores de correlación con otros de ellos, parece pertinente analizar las correlaciones parciales entre dos variables, controlando las demás variables implicadas:

Correlacionando la memoria inmediata y el neuroticismo controlando las variables atención/cálculo, apertura y amabilidad, verificamos que la correlación baja

ligeramente,  $r=.203$ , manteniendo la significancia al nivel  $p<.05$ , explicando ahora apenas 4,1%.

Correlacionando la memoria inmediata y apertura, controlando las variables neuroticismo y amabilidad, verificamos que la correlación es baja para niveles no significativos,  $r=-.073$ ,  $p>.05$ .

Correlacionando memoria inmediata y amabilidad, controlando las variables apertura y neuroticismo, verificamos que la correlación se mantiene casi inalterada,  $r=.181$ , manteniendo la significancia al nivel  $p<.05$ , explicando ahora 3,3%.

Correlacionando atención/cálculo y neuroticismo, controlando las variables memoria inmediata, verificamos que la correlación es ligeramente más baja,  $r=.131$ , manteniendo la significancia al nivel  $p<.05$ , explicando ahora 1,8%

### **6.3.3. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI) entre Ge y GC, con y sin frecuencia de Centro de Día**

Analizamos el mismo efecto para las medidas cognitivas a partir de las puntuaciones del Mini Mental y NEO-FFI, en la misma muestra, considerando 4 subgrupos, enfermos de Alzheimer con frecuencia en centro de día ( $n=55$ ), enfermos de Alzheimer sin frecuencia en centro de día ( $n=48$ ), mayores en envejecimiento normal con frecuencia en centro de día ( $n=67$ ) y mayores en envejecimiento normal sin frecuencia en centro de día ( $n=61$ ).

El test estadístico elegido fue el *MANOVA*, considerando la variable independiente uno de los 4 subgrupos y los resultados del Mini Mental y de las 5 escalas del NEO-FFI como variables dependientes. Buscamos así investigar si existen

diferencias estadísticamente significativas al nivel de los test del Mini Mental y NEO-FFI, entre los 4 subgrupos considerados.

De igual modo el test Box se presentó estadísticamente significativo, mostrando que los datos podrán no asegurar los presupuestos matemáticos para la utilización del test de *MANOVA*. Aunque, considerando las semejanzas en el número de participantes de los 4 subgrupos, y por los valores significativos presentados por los test multivariados que se han hecho, consideramos mantener el análisis estadístico por el *MANOVA* (Field, 2009). Comprobamos que los resultados son semejantes cuando efectuado el test sin variables que no presentan homogeneidad de variancia (Mini Mental y NEO-FFI - apertura, neuroticismo, amabilidad).

Tabla 6.8 - Test de Levene para homogeneidad de variancia

Variable	F	df1	df2	sig.
Mini Mental	5.764	3	227	.033*
Neuroticismo	8.635	3	227	.000*
Extroversión	12.746	3	227	.783
Amabilidad	15.638	3	227	.000*
Apertura	3.874	3	227	.012*
Responsabilidad	12.347	3	227	.635

\*Valores significativos a .05

Así, cuando consideramos el efecto del Alzheimer para las medidas premórbidas referidas (Mini Mental y NEO-FFI) podremos encontrar diferencia estadísticamente significativas, a través del test estadístico de *Palai*,  $V=0.13$ ,  $F(6, 222)=5,479$ ,  $p<0.001$ . cuando consideramos el efecto de la frecuencia del centro de día sobre las mismas medidas, son también estadísticamente significativas,  $V=0.08$ ,  $F(6, 222)=3,131$ ,  $p<0.05$ . todavía, cuando consideramos los efectos de la relación

entre Alzheimer y la frecuencia de centro de día, las estadísticas no son estadísticamente significativas  $V=0.02$ ,  $F(6, 222)=0,643$ ,  $p>0.05$ .

#### **6.3.4. Análisis de las medidas cognitivas (Mini Mental) / personalidad (NEO-FFI), por genero**

Ninguna de las puntuaciones consideradas presentan una distribución normal en el grupo de mayores con Alzheimer y en el grupo de mayores en envejecimiento normal, no permitiendo la comparación de los dos grupos a través del test *t student* para muestras independientes. Así utilizamos la estadística del test *Mann-Whitney*, lo equivalente al *t student* pero no paramétrico.

Los resultados obtenidos por el test *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones de neuroticismo en varones es de ( $M=19.3$ ,  $SD=6.2$ ) y en mujeres es de ( $M=21.0$ ,  $SD=7.0$ ); para las puntuaciones de la apertura en varones es de ( $M=22.7$ ,  $SD=7.0$ ) y en mujeres es de ( $M=21.2$ ,  $SD=7.8$ ); para las puntuaciones de la extroversión en varones es de ( $M=29.2$ ,  $SD=8.7$ ) y en mujeres es de ( $M=25.2$ ,  $SD=7.9$ ); para las puntuaciones de la amabilidad en varones es de ( $M=28.0$ ,  $SD=7.0$ ) y en mujeres es de ( $M=27.6$ ,  $SD=6.6$ ); para las puntuaciones de la responsabilidad en varones es de ( $M=24.9$ ,  $SD=9.4$ ) y en mujeres es de ( $M=25.1$ ,  $SD=7.6$ ); finalmente para las puntuaciones del Mini Mental que en varones es de ( $M=23.7$ ,  $SD=9.1$ ) y en mujeres es de ( $M=21.2$ ,  $SD=7.2$ ).

#### **NEO-FII – Neuroticismo**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=19.3$ ,  $SD=6.2$ ) y mujeres ( $M=21.0$ ,  $SD=7.0$ ) para las puntuaciones del neuroticismo  $U=248.5$ ,  $p=.17$ .

### **NEO-FII – Extroversión**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=29.2$ ,  $SD=8.7$ ) y mujeres ( $M=25.2$ ,  $SD=7.9$ ) para las puntuaciones de la extroversión  $U=2483$ ,  $p=.15$ .

### **NEO-FII – Apertura**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones de ( $M=22.7$ ,  $SD=7.0$ ) y mujeres ( $M=21.2$ ,  $SD=7.8$ ) para las puntuaciones de la apertura  $U=270$ ,  $p=.25$ .

### **NEO-FII – Amabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=28.0$ ,  $SD=7.0$ ) y mujeres ( $M=27.6$ ,  $SD=6.6$ ) para las puntuaciones de la amabilidad  $U=175$ ,  $p=.09$ .

### **NEO-FII – Responsabilidad**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=24.9$ ,  $SD=9.4$ ) y mujeres ( $M=25.1$ ,  $SD=7.6$ ) para las puntuaciones de la responsabilidad  $U=279$ ,  $p=.16$ .

### **Mini Mental**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones consideradas entre varones ( $M=23.7$ ,  $SD=9.1$ ) y mujeres ( $M=21.2$ ,  $SD=7.2$ ) para las puntuaciones del Mini Mental  $U=239$ ,  $p=.36$ .

### **6.3.5. Análisis de otras medidas, entre GE y GC**

La tabla 7.9 presenta los valores medios entre grupos (GE y GC), subgrupos (mayores con Alzheimer y mayores en fase de envejecimiento normal) y por género, de las demás puntuaciones que podrán influir en las hipótesis. Los niveles de GDS, pueden mostrar que la personalidad de Alzheimer y su relación: cognición/personalidad, podrá respetar a diferentes niveles, sin que se pueda afirmar en cual encontramos cada alteración. La influencia de la movilidad, de la depresión, de la desesperanza y de la autoestima en relación a las medidas que responden a las hipótesis presentadas en este trabajo.

Tabla 6.9 - Medias de las puntuaciones de otras medidas, entre GE y GC

Movilidad y Motivación	Enfermos de Alzheimer				Envejecimiento Normal				Total Ambos N (M)
	Centro de Día		En su Casa		Centro de Día		En su Casa		
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	
	N (M)	N (M)	N (M)	N (M)	N (M)	N (M)	N (M)	N (M)	
<b>GDS</b>									
Leve	3 (7.14)	1 (7.69)	4 (13.79)		5 (11.11)	3 (13.63)	3 (7.5)	3 (14.28)	22 (9.52)
Moderado	35 (83.33)	8 (61.53)	23 (79.31)	18 (94.73)	33 (77.76)	19 (86.36)	26 (65.00)	17 (80.95)	179 (77.48)
Grave	4 (9.52)	4 (30.76)	2 (6.89)	1 (5.26)	7 (15.56)		11 (27.5)	1 (4.76)	30 (12.98)
<b>Índice de Barthel</b>									
Dep. Leve	12 (28.57)	5 (38.46)	11 (37.93)	6 (31.57)	13 (28.88)	11 (50.00)	11 (27.50)	7 (33.33)	76 (32.90)
Dep. Moderado	10 (23.80)	2 (15.38)	7 (24.13)	7 (36.84)	14 (31.11)	9 (40.90)	13 (32.50)	4 (19.04)	66 (28.57)
Dep. Grave	20 (47.61)	6 (46.15)	11 (37.93)	6 (31.57)	18 (40.00)	2 (9.09)	16 (40.00)	10 (47.61)	89 (38.52)
<b>Depresión de Beck</b>									
Sin Depresión	32 (76.19)	11 (84.61)	23 (79.31)	14 (73.68)	32 (71.11)	21 (95.45)	29 (72.50)	13 (61.90)	175 (75.75)
Dep. Leve	9 (21.42)	2 (15.38)	5 (17.24)	3 (15.78)	6 (13.33)		7 (17.50)	3 (14.28)	35 (15.15)
Dep. Moderado	1 (2.38)		1 (3.44)	2 (10.52)				1 (4.76)	5 (2.16)
Dep. Grave					7 (15.56)	1 (4.54)	4 (10.00)	4 (19.04)	16 (6.92)
<b>Desesperanza de Beck</b>									
Deses. Leve	2 (4.76)	1 (7.69)	2 (6.89)	1 (5.26)	1 (2.22)	1 (4.54)	1 (2.50)	1 (4.76)	10 (4.32)
Deses. Moderado	36 (85.71)	10 (76.92)	24 (82.75)	15 (78.94)	43 (95.55)	20 (90.90)	37 (92.50)	20 (95.23)	205 (88.74)
Deses. Grave	4 (9.52)	2 (15.38)	3 (10.34)	3 (15.78)	1 (2.22)	1 (4.54)	2 (5.00)		16 (6.92)
<b>Autoestima de Rosember</b>									
Aut. Baja	8 (19.04)	1 (7.69)	14 (48.27)	6 (31.57)	8 (17.77)	7 (31.81)	11 (27.50)	4 (19.04)	59 (25.54)
Aut. Media	15 (35.71)	2 (15.38)	10 (34.48)	2 (10.52)	28 (62.22)	14 (63.63)	22 (55.00)	12 (57.14)	105 (45.45)
Aut. Elevada	19 (45.23)	10 (76.92)	5 (17.24)	11 (57.89)	9 (20.00)	1 (4.54)	7 (17.50)	5 (23.80)	67 (29.00)



**CAPITULO VII**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## **7. Discusión**

### **Primera Hipótesis**

Sobre la primera hipótesis, es decir, sobre la hipótesis que existiera determinadas características de la personalidad que configuraran un patrón de comportamiento pre-mórbido para la enfermedad de Alzheimer, podremos en primer lugar indagar que nuestros resultados no coinciden con resultados anteriores, como se puede verificar en el Cuadro 7.1. En la revisión literaria que utilizamos para comparación podemos verificar que el rasgo responsabilidad no ha sido en ninguno de ellos significativo, pero, como podemos ver también, los resultados son discrepantes en casi todos los resultados, siendo que el más regular es el neuroticismo (Archer et al., 2006; Chatterjee et al., 1992; Gilley et al., 2004; Low et al., 2002; Meins et al; 1998).

Cuadro 7.1 – Estudios revisados por relación entre personalidad premorbid y alteraciones de comportamiento (Osborne, Simpson y Stokes, 2010) - Retirada de la versión original (Inglés), donde se exclui las características de la muestra y la información sobre los informantes.

Authors, year, country	N	Mean age (years), range	Diagnosis	Dementia severity	Pre-morbid personality measure	CB measure(s)	Statistical technique	Personality	CB
Archer et al. (2007) UK	208	81.2 67–96	Diagnosis of AD as defined by NINCDS-ADRDA	Mean MMSE 12.64 - GDS 5.05	NEO-FFI	MPI	Correlation	Neuroticism	Anxiety Irritability Agitation NPI total delusion Agitation Apathy Irritability Inhibition NPI total
Brandt et al. (1998) USA	28	77.6	Probable AD	CDR; Mild, 20% Moderate, 6.6% Advanced, 73.4% Mean; MMSE 5.4	NEO-PI-R	NHAC	Regression Stepwise linear regression	Agreeableness (-) Ja No	Agitation
Chatterjee et al. (1992) USA	38	70.7 50–84	DSM-III defined dementia and probable AD	Mean MMSE: 15.3	NEO-PI	BPAD CSD	Multivariate regression	Neuroticism Vulnerable Anxiety Depression Self-consciousness Extroversion (-) Agreeableness (-) Ja Hostility , Openness	Depression , Delusions Hallucinations
Clark et al. (2000) USA	78	68.5	AD, 69%, Other dementia, 21.7% Other MI, 9.3%	Mean MMSE 22.0, Mean DRSR 26.0	NEO-PI	MADRS	Pearson product moment correlations ANOVA	No significant relationship found	
Gilley et al. (2004) USA	410	75.5 45–95	Meeting diagnostic criteria for AD	Mean MMSE 18.7 base 7.14 years	ARS	HRS-D Trained research assistants	Regression	Neuroticism	Depression Mood, Somatic symptoms
Gould and Heyer (2004) New Jersey	68	74.4	AD, 70% VD, 25% Other, 5%	Mean MMSE 18.3, 3–26	PAL	Semi-structured interview	Binary logistic regression	Independence (-) Ja Inhibition	Withdrawal Withdrawal Irritability
Holst et al. (1997) Sweden	21 vocally disruptive (VD) 19 matched control (MC)	85 VD 82 MC	Dementia	Stages 6 and 7 (Reisberg, 1986)	Semi-structured interview EPI	Care notes analysis and semi-structured observations	Mann-Whitney U-Test of difference	No significant relationship Found on EPI Extroversion (-) Emotionally controlled Flexible (-) Ja	Vocally active Vocally active
Kolanowski and Garr (1999) USA	84	84.9	AD Multi-infarct dementia	Mean MMSE 4.99	NEO-FFI	RAS	Pearson product moment correlation	No significant relationship found	
Kolanowski and Litaker (2006) USA	30	82.3	Diagnosis of dementia as defined by DSM-IV	Mean MMSE 8.6	NEO-FFI	CMAI CMAI-R	Spearman rank correlations Repeated measures ANOVA	Extroversion Extroversion(-)	Passivity Agitation
Kolanowski et al. (1997) USA	19	87.1 465	Diagnosis of dementia indicated on medical chart review. AD, 53%	MMSE mayor 19	NEO-PI-R	CMAI RAS	Pearson product moment correlations	Neuroticism Extraversion Agreeableness (-) Ja	Total aggression Physical aggression Total aggression Physical aggression Verbal aggression Total aggression Sexual aggression
Lebert et al. (1995) France	19	66.9 years	DSM-III criteria for frontal lobe dementia	Mean MMS 23.3	SADS-LA	SEB Criteria for emotionalism and elation	Chi-squared correlations	No significant relationship found	
Low et al. (2002) Australia	57	82.9 49–95	DSM-IV defined dementia	Mean AMTS 3.32, 0–10	NEO-FFI	BEHAVE-AD	Multiple regression	Neuroticism Agreeableness Openness	Delusions Hallucinations Aggression Total Affective disturb Affective disturb
Meins et al. (1998) Germany	56	75.9	Probable AD	CDR; Slight, 32% Moderate, 4% Severe, 20% Mean MMSE 14.8	MPT	Mood and disturbed behaviour sub-scales of NOSGER CSD	Correlation with statistical control of confounding variables	Neuroticism Frustration tolerance (FT)–Isolation	Mood disturbing behaviour; Mood depression Disturbing behaviour
Nahas et al. (1996) USA	22	70.1	Diagnosis as defined by DSM-IV at case conference.	Mean MMSE on discharge 14.5	PDQ-R	CMAI BI	Cluster analysis correlation regression analysis	Paranoid personality- cluster B histrionic	Agitation Burden
Song and Algase (2008) USA	108	83.68 68–102	Diagnosis of dementia defined by DSM-IV criteria AD 47.2%	Mean MMSE 8.17	NEO-FFI	BRSS RAWNS-NH	Multiple regression	Extroversion (-) Ja Motor busyness (-) Ja Negative verbalisations (-) Ja	Disorientation Eloping Attention Shift Total wandering Eloping Attention shift
Strauss et al. (1997) USA	82	73.5	Probable AD as defined by DSM-III and NINCDS-ADRDA		PAS NEO-PI-R	BSI BPRS CDS	Correlation	Abnormal personality Neuroticism	Anxiety Depression Anxiety
Swearer et al. (1996) USA	30	72.67	Probable AD as defined by NINCDS-ADRDA	BDS; Mild, 33% Mod, 67% Mean MMSE 19.17, 3–26	APRS	COBRA	Cluster analysis Cox model Tukey post hoc procedure	No significant relationship found	
Thomas (1997) USA	40	77.8 83.7 64–94 45; Other W - 10 NW 20	AD - W-80, NW-35; VD - W - 10, NW - 45; Other W - 10 NW 20		NEO-FFI	Frequent ambulation of at least 30% of wakeful time 100% agreement amongst staff	Independent t-test Chi-squared Two-way ANOVA	Agreeableness Altruism Extroversion Warmth Gregariousness Positive emotion	Wandering

Notes: VD indicates vocally disruptive group; MC, matched control group; and pds, passivity in dementia. a Negative relationship.

Los trabajos de revisión no presentan valores para la cognición ni atención especial para la caracterización de la muestra. Aun que no tengamos prueba científica, pero parece que la cuestión cultural puede ser decisiva para los resultados. Nuestro trabajo tiene una muestra representativa, pero los trabajos de las revisiones existentes no lo tienen y muchos de ellos están limitados a la falta de un grupo de control (Osborne, Simpson y Stokes, 2010).

Nuestros resultados apuntan para una alteración de la responsabilidad en mayores que puedan desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Pero que supone la

responsabilidad? La responsabilidad representa 5 variables, en nuestro estudio, representa 5 variables negativas: el descuido, lo informal, lo poco riguroso y inconstante (John, Angleither & Ostendorf, 1998). En los resultados que presentamos, como podemos ver en la Tabla 6.7, la responsabilidad se presenta con una media de 24,30, lo que segundo la matriz de valores estandarizados del NEO-FFI, se considera un resultado medio: muy bajo, con expresión negativa.

Las variables, cuando se presentan con expresión negativa, nos llevan a concluir que los trazos de una personalidad pre-mórbida se basan en la pérdida de capacidad de planificar el futuro y desarrollar estrategias para concretar objetivos, tornando las personas menos firmes en sus decisiones (Bogg y Roberts, 2004). Según el manual, son personas que no se organizan bien, a veces muestran poco cuidado en su trabajo y prefieren no hacer planes.

Los valores comprueban que el mayor empieza a perder su potencial de enfoque hacia asuntos de su interés y también, empieza a perder la capacidad de cambiar ese enfoque conforme lo desee. Son personas que muchas veces ya no son capaces de suprimir respuestas inadecuadas. Este cambio es significativo cuando antes del mismo, eran personas que se destacaban por su capacidad de involucrarse en asuntos de interés, preocupados con ellos y con los que les rodeaban y muchas veces, teniendo comportamientos saludables. En general se cree, que por su preocupación hacia su bienestar y por su adhesión obediente y enfocada al prescrito médica y al régimen preventivo, como por ejemplo, al ejercicio o las dieta, son personas que suelen tener una mayor longevidad de vida (Rothbart, 2007; Martin, 2007).

La significancia de la responsabilidad como trazo de personalidad nos lleva a una persona que pierde interés por su apariencia física, por sus actividades de la vida diaria y pasan a ser personas menos interesadas por la vida y sus problemas (Kern &

Friedman, 2008). Se han detectado también alteraciones significativas en la cognición conforme significancia del S-IQCODE. La 3 hipótesis llévanos a concluir que estas alteraciones tienen como base limitaciones en la atención y memoria inmediata.

Tenemos de reforzar que las alteraciones de responsabilidad conjuntamente con las alteraciones cognitivas podrán llevar al mayor a presentar preocupación por su estado de salud y así generar tristeza o estados depresivos, pensamos que en muchos de los trabajos realizados hasta ahora, este factor no haya sido contemplado, por lo menos no lo fue en el trabajo de revisión que utilizamos para comparar nuestros datos, no se hicieron pruebas para analizar los estados depresivos de los enfermos participantes.

De un punto de vista más específico de los resultados, percibimos que los enfermos que presentaron alteraciones en la responsabilidad como indicador premórbido de la enfermedad de Alzheimer, ahora cuando enfermos y con frecuencia al centro de día, presentan resultados no significativos en la cognición, lo que se podrá justificar por la estimulación cognitiva en los centros, por la creación de rutinas y por el acompañamiento multidisciplinar. Para reforzar la idea, los mayores que no frecuentaron centro de día, mantienen una alteración estadísticamente significativa en la cognición.

Los resultados son aun más curiosos porque en mayores con y sin frecuencia en centro de día, es decir, todos los enfermos de Alzheimer, presentaron significancia estadística en el trazo de la extroversión. Como podemos ver en la Tabla 6.7, la extroversión presenta una media de 26,64, lo que segundo la matriz de valores estandarizados del NEO-FFI, se considera un resultado medio: bajo, con expresión negativa.

Cuando la extroversión presenta expresión negativa, debemos considerar 4

variables, las negativas, es decir, ser poco hablador, introvertido, que evita los riesgos y poco sociable (John, Angleither & Ostendorf, 1998). Según el manual, son personas introvertidas, reservadas y de semblante más serio, prefieren estar solas o en compañía de personas muy íntimas.

La extroversión se caracterizó por las preferencias para la interacción social y la tendencia a experimentar emociones positivas. Y tiene sus raíces en la anticipación positiva y la búsqueda del placer, y su contrario es la inhibición del comportamiento. La evidencia más directa informó que los participantes que desarrollaron Alzheimer obtuvieron calificaciones más bajas en Extraversión, sin embargo, extraversión no surgió como un predictor independiente de riesgo de la enfermedad (Crowe et al, 2006; Rothbart, 2007; Wang et al, 2009 e Duberstein et al., 2012).

Considerando que los enfermos no podrían tener más de 4 años de enfermedad, los resultados presentados pueden entenderse, como siendo la responsabilidad el primer factor pre-mórbido de la enfermedad de Alzheimer, seguido de alteraciones en la extroversión, en una fase que se entendería muy inicial de la enfermedad. Dos trazos a tener en atención como indicadores pre-mórbidos, siendo uno más tardío que el otro. Por otro lado, no se encuentran diferencias de género, es decir, que estas alteraciones son iguales tanto para varones, como para mujeres.

## **Segunda Hipótesis**

Sobre la segunda hipótesis, es decir, sobre la caracterización de una posible configuración de conductas de personalidad en la enfermedad de Alzheimer, podremos indagar que nuestros resultados son coincidentes con resultados anteriores. Tenemos el neuroticismo, con media de 27.49, valor muy alto según de valores

estandarizados del NEO-FFI y con expresión positiva; responsabilidad  $M = 20.68$ , muy bajo y con expresión negativa; apertura  $M = 26.37$  bajo y con expresión negativa, y la extroversión  $M = 21.11$  muy bajo y con expresión negativa, como además se puede verificar en el Cuadro 7.2 (Chatterjee, Strauss, Smyth & Whitehouse, 1992; Dawson, Welsh- Bohmer & Siegler, 2000; Siegler, Dawson & Welsh, 1994; Siegler, Welsh, Dawson et al.,1991; Strauss & Pasupathi, 1994; Strauss, Pasupathi & Chatterjee, 1993; Welleford, Harkins & Taylor, 1995; Williams, Briggs & Coleman, 1995).

Cuadro 7.2 – Estudios revisados de las características de la personalidad en enfermos de Alzheimer (Wahlin y Byrne, 2011). Retirada de la versión original (Ingles), donde se exclui las diferencias de genero y la información sobre los informantes.

Authors, year, country	N	Mean age (years), range SD	Diagnosis	Dementia severity SD	Pre-morbid personality measure	Personality
Siegler, Welsh, Dawson, Fillenbaum, Earl, Kaplan and Clark 1991 USA	35	66.6 (n/a) (51–88)	13 AD, 16 atypical dementia, and 6 memory disorders	MME 21.8 (n/a) (8–30)	NEO PI-181	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Chatterjee, Strauss, Smyth and Whitehouse	38	70.7 (n/a) (50–84)	AD	15.5 (n/a) (3–26)	NEO-PI	Neuroticism ++
						Extraversion --
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness --
Strauss, Pasupathi and Chatterjee	22	72.0 (9.2) (56–88)	AD	15.4 (5.8) (4–25)	NEO-PI	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Strauss and Pasupathi	29	68.8 (6.58) (56–83)	AD	15.3 (6.6) (2–25)	NEO-PI	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Siegler, Dawson and Welsh	26	71.4 (n/a) (54–84)	AD	22.2 (n/a) (8–30)	NEO PI-181	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Williams, Briggs and Coleman	36	77 (n/a) (54–96)	Severe dementia	n/a	NEO-PI-60	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Welleford, Harkins and Taylor	36	71.2 (9.38) (n/a)	DAT	3.4 (1.7) (1–8)	NEO-PI	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Kolanowski, Strand and Whall	19	7.1 87.1 (6) 74–95	AD, MID and un-specified	n/a	NEO-PI-R	Neuroticism +
						Extraversion -
						Openness -
						Agreeableness -
						Conscientiousness - - -
Dawson, Welsh- Bohmer and Siegler	50	70.5 (n/a) (52–89)	AD	4.8 (n/a) (1–14)	NEO PI-181	Neuroticism ++
						Extraversion - -
						Openness -
						Conscientiousness - - -

SD = standard deviation; n/a = not available. + = higher than premorbid change, less than 1 SD; (-) = lower than premorbid change, more than 1 SD; ++ = higher than premorbid change, less than 1-2 SD; (- -) = lower than premorbid change, more than 1-2 SD; +++ = higher than premorbid change, less than 2 SD; (- - -) = lower than premorbid change, more than 2 SD

Debemos realzar que el valor más significativo fue la amabilidad, para  $p > 0.05$  y con  $M = 20.87$  muy bajo y con expresión negativa. Este resultado no es coincidente con ninguno de los trabajos presentados por la revisión literaria, en todos ellos aparece con expresión negativa, aun que no sea dado el valor de  $p$  o las medias de los resultados. Los resultados son igualmente significativos en los mayores con y sin frecuencia de centro de día, pero la Tabla 6.7, demuestra que las medias son bastante más bajas cuando los mayores no frecuentan centro de día. Cuanto al genero no existe diferencias significativas, lo que nos lleva a concluir que los resultados se aplican a ambos géneros sin diferencia.

De acuerdo con el manual del NEO-FFI, para el neuroticismo podremos encontrar enfermos muy sensibles, emotivos y propensos a experimentar sensaciones muchas veces desagradables. El trazo se caracteriza por la tendencia a experimentar angustia y ansiedad, junto con dificultad para manejar el estrés y el control de los impulsos. Se asocia también con el riesgo para la depresión y enfermedades crónicas del envejecimiento, incluyendo el riesgo del Alzheimer. Tiene sus raíces en la dimensión temperamento básica que abarca la afectividad negativa (McEwen, 1999; Wilson et al., 2006; Crowe et al, 2007 e Wang et al, 2009).

Para la apertura podremos encontrar enfermos con los pies bien puestos en la tierra, prácticos, tradicionales y comprometidos con los métodos ya existentes. El trazo se caracteriza por el interés en la búsqueda de la novedad, como por ejemplo en las ideas, el arte, fantasía, emociones y sensaciones. Los mayores con alteración en este trazo tienden a ser cognitivamente flexibles, inteligentes, y buscan mayores niveles de educación. Son también personas con altos niveles de sintonía con su alrededor, absorbidas en sus actividades y tareas, y con más probabilidades de



percibir estímulos de bajos niveles de intensidad. La apertura puede dar lugar a patrones de toda la vida en la actividad cognitiva que se ha demostrado asociada a la disminución del riesgo de demencia, posiblemente debido a que se relaciona con una mayor reserva cognitiva (Evans y Rothbart, 2007; Boyle, Wilson, Schneider, Bienias, y Bennett, 2008; Tucker-Drob, Johnson, y Jones, 2009 e Hertzog, Kramer, Wilson y Lindenberger 2009).

Conforme ya referimos en la discusión de la primera hipótesis podremos encontrar trazos de responsabilidad bastante bajos, con falta de organización, poco cuidado con su trabajo y sin ser capaz de planificar sus acciones y trazos de extroversión, también bastante bajos, con presencia a la introversión y soledad (Dawson & Welsh, 1994; Welleford, Harkins & Taylor, 1995).

Finalmente la amabilidad, donde podremos encontrar mayores realistas, escépticos, orgullosos y competitivos. El trazo se caracteriza por personas que son sinceras y que principalmente les gusta ayudar a los otros. Este factor no se ha asociado a un factor de mayor riesgo de otras enfermedades que no sea a la adición del tabaco, aunque los estudios en relación al Alzheimer haya mostrado que personas que desarrollaron la enfermedad presentaron valores de menor amabilidad, sin que independientemente este factor tenga cualquier relación con el Alzheimer (Plassman, Langa, Fisher et al., 2007; Roberts et al., 2007; Borghans, Duckworth, Heckman y Weel, 2008 e Brommelhoff et al., 2009).

Estos resultados en nada pretenden ser contradictorios, serian ya esperados una vez que tuvimos oportunidad de ver otros trabajos similares y revisiones literarias. Pensamos en varias formas de poder presentar un patrón de *Personalidad de Alzheimer*, pero eso no es posible. Los resultados llevan a concluir que el la enfermedad todos los trazos de personalidad pueden cambiar, el problema es que no

existe una orden, cambian al azar. Los cambios, según nos parece, dependen de la personalidad del estado normal, que claro, nunca es igual a otra personalidad, así, los cambios se dan conforme la personalidad inicial (Chatterjee, Strauss, Smyth & Whitehouse, 1992; Dawson, Welsh- Bohmer & Siegler, 2000; Siegler, Dawson & Welsh, 1994; Siegler, Welsh, Dawson et al.,1991; Strauss & Pasupathi, 1994; Strauss, Pasupathi & Chatterjee, 1993; Welleford, Harkins & Taylor, 1995; Williams, Briggs & Coleman, 1995).

Las relaciones culturales serian forzadas con los datos que tenemos, porque conforme la revisión literaria nuestro resultados están de acuerdo con todos los trabajos realizados en la dicha revisión. Lo que confirma alteraciones de personalidad en prácticamente todos los trazos y a lo largo de la enfermedad, pero sin que exista una regla estándar. Por la experiencia que tuvimos en los centro de día, las fases de agresividad en los enfermos por veces ocurrían en mayores acabados de diagnosticar, como en mayores que llevaban ya años con la enfermedad (Strauss, Pasupathi & Chatterjee, 1993; Welleford, Harkins & Taylor, 1995; Williams, Briggs & Coleman, 1995).

Porque esperábamos un resultado como este, propusimos para la Tesis una tercera hipótesis, que pasa precisamente por la relación entre cognición/personalidad, ya que no es posible saber cuales las alteraciones de personalidad de los enfermos de Alzheimer, pensamos que entender su proceso mental podría ayudar a predecir algunas situaciones que a través de la personalidad no es posible.

### **Tercera Hipótesis**

Sobre la tercera hipótesis, es decir, sobre una posible descripción de procesos y

influencias de la relación entre cognición y personalidad, podremos indagar que nuestros resultados coinciden con resultados de trabajos similares que se han dedicado a las teorías de la mente, donde los factores cognitivos: memoria y atención, alteran el funcionamiento mental, pero sin que exista referencia a la personalidad (Langdon, Michie, Ward, McConaghy, Catts & Coltheart, 1997; Sarfati, Hardy-Baylé, Nadel, Chevalier & Widlöcher, 1997). Además, esta sería la intención de esta tercera cuestión, abordar la cognición en una perspectiva mental y no de la personalidad.

Nuestros resultados han encontrado 4 valores estadísticamente significativos, a través de la correlación estadística de Pearson. En primer lugar, encontramos una relación positiva entre la memoria inmediata y el neuroticismo,  $r=.257$ ,  $p<.001$ , en segundo, igualmente positiva, la amabilidad,  $r=.184$ ,  $p<.001$  y en tercer lugar una relación negativa con la apertura,  $r=.137$ ,  $p<.05$ . Por fin, encontramos una relación estadísticamente significativa y positiva entre la atención y el neuroticismo.

Los datos apuntan para que la memoria inmediata explique las alteraciones en el neuroticismo y en la apertura, mientras la atención explicaría también las alteraciones del neuroticismo. Aunque, como referimos en los resultados, estos datos no indican una causa, porque podríamos invertir las posiciones y decir que es el neuroticismo y la apertura explican las alteraciones de memoria. Pero sabemos también, que es innegable la relación entre estos factores.

La relación entre la segunda y tercera hipótesis son bastante estrechas por su relación, y en este trabajo esta tercera hipótesis viene a confirmar la segunda, proponiendo dos alteraciones importantes en los enfermos de Alzheimer al nivel cognitivo (memoria inmediata y atención) y alteraciones importantes al nivel de la personalidad, pero sin que sea posible verificar cual el efecto y cual la causa, si es que lo hay. Lo que nos lleva a pensar que en funcionamiento estructural y de contenido de

la mente pueden ser más esclarecedores con relación a los enfermos, que propiamente la personalidad.

De una análisis más específica para esta tercera cuestión, encontramos apenas dos factores de la responsabilidad que no son estadísticamente significativos, responsabilidad y extroversión, los mismos trazos que se consideran pre-mórbidos (responsabilidad) y básicamente el primer señal de la enfermedad entre lo pre-mórbido y la enfermedad (extroversión). Sabemos que en media estos valores son más bajos en la enfermedad, pero que tampoco tienen influencia en la cognición o no son influenciados por la cognición.

La no significancia de la responsabilidad y de la extroversión llévanos a creer que estos trazos son representativos para la personalidad pre-mórbida, pero que para el enfermo ya no la tiene, o podremos suponer que estas alteraciones se relacionan a otros aspectos cognitivos que no la memoria inmediata o la atención. Estos datos aparecen de la relación entre personalidad y cognición de los enfermos de Alzheimer, una vez que a través del S-IQCODE, sabemos que responsabilidad y extroversión se alteran a la vez que la cognición cuando analizamos los individuos de la muestra antes de el diagnóstico.

Todavía sobre esta tercera cuestión, no fueron encontradas significancias por género, de lo que se puede concluir que el proceso es similar en varones y mujeres. De las evaluaciones complementarias, la mayoría de los participantes tenía un Alzheimer de nivel moderado, según el GDS, con una dependencia motora significativa para las actividades de la vida diaria, sin depresiones, pero con un nivel de desesperanza moderado.

## **7.2. Conclusiones**

De la primera hipótesis podremos concluir que la personalidad de un mayor con predisposición para el Alzheimer podrá sufrir dos cambios consecutivos. En una fase más anterior, no superior a 3 años, una vez que la muestra ya tenía diagnóstico y las preguntas se hicieron para 5 años antes, lo que sugiere que estas alteraciones podrían haber tomado forma por lo menos 3 años antes del diagnóstico y se destacaría el desinterés por sí mismo y por el mundo, seguido de un aislamiento interior y una falta de relación con el medio y con los que le rodea.

Hablamos de los valores presentados por el NEO-FFI respondido por los cuidadores que nos dan los datos pre-mórbido, aun así, es interesante ver que estos trazos tienen medias aun más bajas cuando confrontados con las medias del NEO-FFI respondido por los mayores. En el caso de la responsabilidad con una media inferior de 3.62 y en la extroversión una media inferior de 5.53. Demostrando que el enfermo se va tornando cada vez menos competente para sus actividades, menos ordenado y sin sentido del deber, sin autodisciplina o sentido deliberativo (según el trazo de responsabilidad), por otro lado cada vez menos cordial, asertivo, activo y generalmente menos emocional y cuando lo es sigue las emociones negativas (según el trazo de extroversión).

De la segunda hipótesis podremos inferir que los enfermos de Alzheimer pasan por diversas alteraciones de la personalidad, aun así, no es posible definir un patrón estándar para esas alteraciones. La personalidad parece cambiar conforme la personalidad inicial del enfermo, alterando de mayor para mayor el trazo alterado en determinada fase de la enfermedad. La no verificación de esta hipótesis coincide con otros trabajos sobre el patrón designado de *Personalidad de Alzheimer*. Aun así, es posible conocer las particularidades de cada alteración, conforme se verifica en la

tabla 4.2, que describe las alteraciones de cada trazo conforme su expresión (negativa o positiva).

La tercera hipótesis confirma la segunda debido a la relación encontrada entre cognición y personalidad, sin que sea posible reconocer la causa o el efecto. La relación cognición / personalidad es importante para las cuestiones de la personalidad pre-mórbida, aun que se tenga de salvaguardar algunos aspectos importantes para que trazos de personalidad no se confundan con comportamientos alterados por otros aspectos que no la cognición.

Las alteraciones cognitivas (memoria inmediata y atención) y todo el demás conocimiento sobre el Alzheimer, que tentamos describir en la teoría, nos llevan a proponer una teoría mental del proceso cognitivo y su relación con la personalidad, una vez que la relación entre ambos no es clara lo suficiente para que sea posible descripciones estándar.

### **7.3. Limitaciones y sugerencias**

Pensamos que sería benéfico para este tipo de trabajo una muestra más variada, en profesión y escolaridad, para garantizar un análisis cultural más específico. De preferencia una muestra mayor y más subdividida, es decir, no apenas por provincias, pero por localidades, ya que debido a la proximidad de esta Región Autónoma a Portugal, sería pertinente verificar separadamente los resultados de las localidades fronterizas y compararlas con las localidades más interiores.

Nos gustaría también sugerir que en futuros trabajos se deberían utilizar escalas o subtes más específicos a los diferentes tipos de memoria y atención. Debido a las alteraciones en la atención, sería interesante también medir la percepción de los

participantes, de forma más incidente y relacionarla directamente con la personalidad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**



- Aalten, P., De-Vugt, M. E., Lousberg, R., Korten, E., Jaspers, N., Senden, B., Jolles, J., & Verhey, F. R. (2003). Behavioral problems in dementia: a factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dementia Geriatric Cognition Disorder*, *15*:99–105.
- Aalten, P., de Vugt, M. E., Jaspers, N., Jolles, J., & Verhey, R. J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: Relationships among behavioral sub-syndromes and the influence of clinical variables. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 531–536.
- Abella, V., Panksepp, J., Manga, D., Bárcena, C., & Iglesias, J. A. (2011). Spanish Validation of the Affective Neuroscience Personality Scales. *The Spanish Journal of Psychology*, *14* (2): 926-935.
- Aitken, L., Simpson, S., & Burns, A. (1999) Personality change in dementia. *International Psychogeriatric*, *11*: 263-271.
- Albert, M., Blacker, D., Moss, M. B., Tanzi, R., & McArdle, J. J. (2007). Longitudinal change in cognitive performance among individuals with mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, *21*, 158–169.
- Alcalá, M. E. C., & Pareja, F. B. (2008). Demencia en nonagenarios. Revisión sistemática de estudios poblacionales con datos de España. *Revista de Neuroogial* *47*(7): 347-354.
- Allemand, M., Zimprich, D., & Hertzog, C. (2007). Cross sectional age differences and longitudinal age changes of personality in middle adulthood and old age. *Journal of Personality*, *75*, 323–358.
- Allik, J., & McCrae, R. R. (2004). Toward geography of personality traits: Patterns of profiles across 36 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *35*, 13–28.
- Aluja A., & García, L .F. (2005). Sensation seeking, sexual curiosity and testosterone

- in inmates. *Neuropsychobiology*, 51(1), 28-33.
- Álvarez, M. R., & Rodríguez, J. L. S. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología* 20 (2):175-186.
- Alzheimer Europe. (2008). *Position and Recommendations on End-of-Life Care*. Luxembourg: Alzheimer Europe.
- Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. London: Alzheimer's Disease International.
- American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry (2003). Consensus statement on improving the quality of mental health care in US nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51: 1287–1298.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ibor y Valdés (trad.). Barcelona: Masson.
- Ames, A., & Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7,189–194.
- Ancoli-Israel, S., Richardson, G. S., Mangano, R. M., Jenkins, L., Hall, P., & Jones, W. S. (2005) Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 6: 107-113.
- Anstey, K. J., Sanden, C., Salim, A., & O'Kearney, R. (2007). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *American Journal Epidemiology*. 166(4): 367-378.

- Anstey, K. J., Lipnicki, D. M., & Low, L. F. (2008). Cholesterol as a risk factor for dementia and cognitive decline: a systematic review of prospective studies with meta-analysis. *American Journal Geriatric Psychiatry* 16(5): 343-354.
- Anton, E., A., Pascual, L. P., Rodríguez, V. G., Imizcoz, M. G., Díaz, M. T. G., Merino, P. L., et al. (2007). *Guía de atención al paciente con demencia en atención primaria*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.
- Anusic, I., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Cross-sectional age differences in personality: Evidence from nationally representative samples from Switzerland and the United States. *Journal of Research in Personality*, 46, 116–120.
- Arboix, A., Eroles L. G., Massons, J., Oliveres, M., & Targa, C. (2000). Acute stroke in very old people: clinical features and predictors of in hospital mortality. *Journal American Geriatric Society* 48: 36–41.
- Archer, N., Brown, R. G., Boothby, H., et al. (2006). The NEO-FFI is a reliable measure of premorbid personality in patients with probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21(5): 477–484.
- Ardelt, M. (2000). Still stable after all these years? Personality stability theory revisited. *Social Psychology Quarterly*, 63, 392–405.
- Arroyo-Anlló, E., Díaz-Marta, J. P., & Sánchez, J. C. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10 (1): 107-127.
- Asendorpf, J. B. (1992). Beyond stability: Predicting inter-individual differences in intra-individual change. *European Journal of Personality*, 6, 103–117.
- Assal, F., & Cummings, J. L. (2002). Neuropsychiatric symptoms in dementias.

- Current Opinion in Neurology*, 15(4), 445–450.
- Azad, N. A., Bugami, M. A., & English, I. L. (2007). Gender differences in dementia risk factors. *Gender Medicine*, 4(2):120-129.
- Babinski, M. J. (1914). Contribution a l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique*, 12, 845–848.
- Backman, L. (1992). Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: Rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica, Supplement 139*, 84–89.
- Backman, L. (1996). Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica, Supplement 165*, 109–113.
- Backman, L. & Small, B. J. (1998). Influences of cognitive support on episodic remembering: tracing the process of loss from normal aging to Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 13, 267-276.
- Baiyewu, O., Smith-Gamble, V., Akinbiyi, A., Lane, K. A., Hall, K. S., Ogunniyi, A., et al. (2003). Behavioural and caregiver reaction of dementia as measured by the Neuropsychiatric Inventory in Nigerian community residents. *International Psychogeriatrics*, 15, 399–409.
- Baker, L. D., Frank, L. L., Foster-Schubert, K., Green, P. S., Wilkinson, C. W., McTiernan, A., et al. (2010). Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: A controlled trial. *Archives of Neurology*, 67(1), 71–79.
- Ball, K. (1998). How to develop a laser center. *Indiana Med*, 81(4): 332-335.
- Ballard, C., O'Brien, J., James, I., & Swann, A. (2001). *Dementia: Management of Behavioural and Psychological Symptoms*. Oxford: Oxford University Press.

- Ballard, C., Psych, M. R. C., Khan, Z., Clack, H. M. S., Comms, B., & Corbett, A. (2011). Nonpharmacological Treatment of Alzheimer Disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56, (10): 589-595.
- Ballesteros, R. F. (2002). Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58 (4): 645-659.
- Balsis, S., Carpenter, B., & Storandt, M. (2005). Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 60: 98–101.
- Balsis, S., Gleason, M. E., Woods, C. M., & Oltmanns, T. F. (2007). An item response theory analysis of *DSM-IV* personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging*, 22, 171– 185.
- Banerjee, S., Sams, K., Petrie, C., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E., & Valle, M. del. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 15–24.
- Banerjee, S., & Wittenberg, R. (2009). Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24: 748–754.
- Baquero, M. T., Pardo, C. C., & Lozano, M. (2009). *Clasificación*. En: Molinuevo, J. L., y Casanova, J. P., editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2003). *Psicopatología*. 3a ed. Madrid: Thomson.
- Barnes, D. E, & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on

- Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurology* 10: 819–828.
- Barrio, J. L., Cuesta, P. J., Boix, R. et al. (2005). Dementia, stroke and Parkinson's disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. *Neuroepidemiology* 24: 179–188.
- Bassiony, M. M., Steinberg, M. S., Warren, A., Rosenblatt, A., Baker, A. S., & Lyketsos, C. G. (2000). Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 99–107.
- Bates, J., Boote, J. y Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. *Journal of Advance Nursing*. 45(6), 644-658.
- Baumann, C. (2011). Psychic Blindness or Visual Agnosia: Early Descriptions of a Nervous Disorder. *Journal of the History of the Neurosciences*, 20: 58–64.
- Beard, L. R. (2008). Trust and Memory: Organizational Strategies, Institutional Conditions and Trust Negotiations in Specialty Clinics for Alzheimer's Disease. *Culture, Medicine and Psychiatry* 32:11–30.
- Beck R. A., Arizmendi A., Purnell C., et al. House calls for seniors. (2009). Building and sustaining a model of care for homebound seniors. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009; 57:1103–1109.
- Beer, C., Flicker, L., Horner, B., Bretland N., Scherer, S., Lautenschlager, N. et al. (2010). Factors associated with self and informant ratings of the quality of life of people with dementia living in care facilities: a cross sectional study. *PLoS One*, 5: 1-5.
- Beeri, M.S., Schmeidler, J., Sano, M., Wang, J., Lally, R., Grossman, H., et al. (2006). Age, gender, and education norms on the CERAD neuropsychological

- battery in the oldest old. *Neurology* 67: 1006–1010.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los cinco grandes across culture and ethnic groups: Multitrait multimethod analysis of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729–750.
- Benjamin, L. S. (2005). Interpersonal theory of personality disorders. The structural analysis of social behaviour and interpersonal reconstructive therapy. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 157–230). New York, NY: Guilford Press.
- Benoit, M., Andrieu, S., Lechowski, L., et al. (2008). Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotropic prescription. *International Journal Geriatric Psychiatry* 23: 409–414.
- Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., & Wang, Y. (2008). Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 9(3), 204-218.
- Bhat, R., & Rockwood, K. (2011). Psychiatric Complications of Dementia. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (7): 398-407.
- Bird, M., & Moniz-Cook, E. (2008). *Challenging behaviour in dementia: A psychosocial approach to intervention*. In R. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Aging* (pp. 549–571). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Birks, J. (2006). Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1*.
- Birks, J., & Harvey, R. J. (2006). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1*.
- Bisiach, E., Vallar, G., Perani, D., Papagno, C., & Berti, A. (1986). Unawareness of

disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, 24: 471–482.

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 6, 187–254.

Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793–814.

Blatt, S. J., & Luyten, P. (2010). Reactivating the psychodynamic approach to classify psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology. Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 483–514). New York, NY: Guilford Press.

Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., et al. (2001). Clinical validity of the “mini-mental state” for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39: 1150–1157.

Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187–215.

Blossom, C. M., Stephan & Brayne, C. (2008). Vascular factors and prevention of dementia. *International Review of Psychiatry* 20: 344–356.

Bodamer, J. (1947). Die Prosopagnosic. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179 (1–2), 6–53. [English translation by Ellis, H. D., & Florence, M. (1990). Bodamer’s (1947) paper on prosopagnosia. *Cognitive Neuropsychology*, 7(2), 81–105.



- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin, 130*: 887–919.
- Bohm, P., Peña-Casanova, J., Gramunt, N., Manero, R. M., Terrón, C., & Úbeda, S. Q. (2005). Versión española del Memory Impairment Screen(MIS): datos normativos y de validez discriminativa. *Neurología, 20*(8): 402-411.
- Boone, D. R. & Plante, E. (1994). *Comunicação humana e seus distúrbios 2* (ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borghans, L., Duckworth, A. L., Heckman, J. J., & Weel, B. (2008). The economics and psychology of personality traits. *Journal of Human Resources, 43*: 972–1059.
- Boustani, M. A., Sachs, G. A., Alder, C. A., et al. (2011). Implementing innovative models of dementia care: The Healthy Aging Brain Center. *Aging & Mental Health, 15* (1): 13–22.
- Boyle, P. A., Malloy, P. F., Salloway, S., Cahn-Weiner, D. A., Cohen, R., & Cummings, J. L. (2003). Executive dysfunction and apathy predict functional impairment in Alzheimer disease. *American Journal Geriatric Psychiatry 11*: 214–221.
- Boyle, P. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2008). Processing resources reduce the effect of Alzheimer pathology on other cognitive systems. *Neurology, 70*: 1534–1542.
- Brandt, J., Campodonico, J. R., Rich, J. B., Baker, L., Steele, C., Ruff, T., et al. (1998). Adjustment to residential placement in Alzheimer disease patients: Does premorbid personality matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13*: 509–515.

- Brandt, J., & Rich, J. B. (1995). *Memory disorders in the dementias*. In A. D. Baddeley, B. A. Wilson, & F. N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders* (pp. 243–270). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Brayne, C., Gill, C., Paykel, E. S., Huppert, F., & O'Connor, D. W. (1995). Cognitive decline in an elderly population—a two wave study of change. *Psychological Medicine* 25: 673–683.
- Brayne, C., Richardson, K., Matthews, F. E., Fleming, J., Hunter, S., Xuereb, J. H., et al. (2009). Neuropathological correlates of dementia in over- 80-year-old brain donors from the population-based Cambridge city over-75s cohort (CC75C) study. *Journal Alzheimer's Disease* 18: 645–658.
- Brodaty, H., Seeher, K., & Gibson, L. (2012). Dementia time to death: A systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *International Psychogeriatric* 24:1034–45.
- Brommelhoff, J. A., Gatz, M., Johansson, B., McArdle, J. J., Fratiglioni, L., & Pedersen, N. L. (2009). Depression as a risk factor or prodromal feature for dementia? Findings in a population based sample of Swedish twins. *Psychology and Aging*, 24: 373–384.
- Bruce, V., & Young, A. W. (1986). Understanding face recognition. *British Journal of Psychology*, 77(3), 305–327.
- Burns, A., Jacoby, R., Luthert, P., & Levy, R. (1990). Cause of death in Alzheimer's disease. *Age Ageing* 19:341–344.
- Burns, A., & O'Brien, J. (2006). On behalf of the BAP Dementia Consensus Group. Clinical practice with anti-dementia drugs: a consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *Psychopharm*, 20(6): 732–755.
- Buxbaum, L. J., Haaland, K. Y., Hallett, M., et al. (2008). Treatment of limb apraxia:

- moving forward to improved action. *American Journal Physical Medicine and Rehabilitation*, 87: 149–161.
- Byrne, B. M., Shavelson, R. J., & Muthén, B. (1989). Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement invariance. *Psychological Bulletin*, 105, 456 – 466.
- Cahn-Weiner, D. A., Boyle, P. A., & Malloy, P. F. (2002). Tests of executive function predict instrumental activities of daily living in community-dwelling older individuals. *Applied Neuropsychology* 9: 187–191.
- Cahn-Weiner, D. A., Farias, S. T., Julian, L., Harvey, D. J., Kramer, J. H., Reed, B. R., Mungas, D., Wetzel, M., & Chui, H. (2007). Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. *Journal International Neuropsychological Society* 13: 747–757.
- Callahan, C. M., Boustani, M. A., Weiner, M., Beck, R. A., Livin, L. R., Kellams, J. J., & Hendrie, H. C. (2010). Implementing dementia care models in primary care settings: The aging brain care medical home. *Journal of Aging and Mental Health*, 15(1), 13-22.
- Campbell, D. T., & Kenny, D. A. (1999). *A primer on regression artifacts*. New York, NY: The Guilford Press.
- Camperio, A. S., Capiluppi, C., Veronese, A., & Sartori, G. (2007). The adaptive value of personality differences revealed by small island population dynamics. *European Journal of Personality*, 21, 3–22.
- Capitani, E., Francescani, A., & Spinnler, H. (2007). Are hallucinations and extrapyramidal signs associated with a steeper cognitive decline in degenerative dementia patients? *Neurological Sciences*, 28: 245–250.
- Casado, I., & Calatayud, T. (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en*

- demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN).
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, *56*, 453–484.
- Cassimjee, N. (2008). Psychosis in Alzheimer's disease: Prevalence, clinical characteristics, symptom co-morbidity, and audiology. *South African Journal of Psychology*, *38*(1), 95–115.
- Cassimjee, N., Stuart, A. D., & Marchetti-Mercer, M. (2005). Non-cognitive disturbances and patient characteristics: Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. *South African Journal of Psychology*, *35*, 225–243.
- Celesia, G. (2010). Visual perception and Awareness - A modular System. *Journal of Psychophysiology*, *24* (2): 62–67.
- Chen, J. C., Borson, S., & Scanlan, J. M. (2000). Stage-specific prevalence of behavioural symptoms in Alzheimer's disease in a multi-ethnic community sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *8*, 123–133.
- Chatterjee, A., Strauss, M.E., Smyth, K.A., & Whitehouse, P.J. (1992). Personality changes in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, *49*, 486–491.
- Chertkow, H. (2007). Alzheimer's & Dementia: The journal of the alzheimer's association. *Alzheimer's Dementia* 3(4).
- Chertkow, H., & Bergman, H. (1997) Troubles cognitifs et diagnostic précoce de la démence. *Précis Pratique de Geriatrie* (Hébert Arcand, Ed.). Federation des medecins omnipraticiens du Québec.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*, 233–255.

- Christensen, H., Kopelman, M. D., Stanhope, N., Lorentz, L., & Owen, P. (1998). Rates of forgetting in Alzheimer dementia. *Neuropsychologia*, *36*, 547–557.
- Chui, H. C., Mack, W., Jackson, J. E., Mungas, D., Reed, B. R., Tinklenberg, J., et al. (2000). Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multi-center study of comparability and interrater reliability. *Archives Neurology* *57*: 191–196.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, *71* (2): 127-137.
- Clare, L. (2002). We'll fight it as long as we can: Coping with the onset of Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, *6*, 139–148.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: Awareness in early-stage Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, *57*, 1017–1029
- Clare, L. (2004). The construction of awareness in early-stage Alzheimer's disease: A review of concepts and models. *British Journal of Clinical Psychology* *43*: 155–175.
- Clare, L. & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, *14*: 385-401.
- Clare, L., Linden, D. E. J., Woods, R. T, et al. (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *American Journal Geriatric Psychiatry*, *18*:928–939.
- Claire, A., Kessels, A., Dirksen, C., Severens, J., & Verhey, F. (2008). Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *British Journal Psychiatry* *192*: 300-305.

- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 27–31.
- Clark, L. M., Bosworth, H. B., Welsh-Bohmer, K. A., Dawson, D. V., & Siegler, I. C. (2000). Relation between informant-rated personality and clinician-rated depression in patients with memory disorders. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology, 1*, 39–47.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 466–486.
- Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science, 14*(2), 125–130.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Raz, N., Webb, A. G., Cohen, N. J., McAuley, E., et al. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 58*(2), 176–180.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., et al. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(11), 1166–1170.
- Conley, J. (1984). Longitudinal consistency of adult personality: self reported psychological characteristics across 45 years. *Journal Personality and Social Psychology 47*: 1325–1333.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos – CGCOP (2010). *Evaluación del Test NEO-PI-R*. Madrid: CGCOP.
- Cooper, B. (2002). Thinking preventively about dementia: a review. *International*

- Journal Geriatric Psychiatry* 17: 895–906.
- Copeland, J. R., Kelleher, M. J., Kellett, J. M., Gourlay, A. J., Gurland, B. J., Fleiss, J. L., et al. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychological Medicine* 6: 439–449.
- Costa, M. F. (2005). *Dicionário de termos médicos*. Porto: Porto Editora.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: six-year longitudinal study of self reports and spouse rating on the NEO-PI personality inventory. *Journal Personality Social Psychology* 54: 853–863.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *NEO PI/FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992a). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In C. Halverson, G. Kohnstamm, & R. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 139–150). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Arenberg, D. (1980). Enduring dispositions in adult males. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 793–800.
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322–331.

- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.). (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crowe, M., Anzel, R., Pedersen, N. L., Fratiglioni, L., & Gatz, M. (2006). Personality and risk of cognitive impairment 25 years later. *Psychology and Aging* 21(3): 573–580.
- Crowe, M., Anzel, R., Pedersen, N. L., & Gatz, M. (2007). Do work-related stress and reactivity to stress predict dementia more than 30 years later? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 21:205–209.
- Cruise, K. E., Bucks, R. S., Loftus, A. M., Newton, R. U., Pegoraro, R., & Thomas, M. G. (2012). Exercise and Parkinson's: benefits for cognition and quality of life. *Acta Neurological Scandinavica* 123: 13–19.
- Cruz Roja Española. (2013). Memoria Deterioro Cognitivo. Informe no publicado, de cariz informativo al Gobierno Español.
- Cuesta, P. J., Ortega, V. J., Vega, S. et al. (2009) Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology* 9: 55.
- Cummings, J. L. (1992). Psychosis in neurologic diseases: Neurobiology and pathogenesis. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 5, 144–150.
- Cummings, J. L., Ross, W., Absher, J., Gornbein, J., & Hadjiaghai, L. (1995). Depressive symptoms in Alzheimer disease: assessment and determinants. *Alzheimer Disease Associated Disorders* 9 (2): 87-93.
- Cummings, J. L. (2005). Behavioral and neuropsychiatric outcomes in Alzheimer's disease. *CNS Spectrums* 10: 22–5.



- Cutting, J. (1987). The phenomenology of acute organic psychosis: Comparison with acute schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 324–332.
- Daly, E., Zaitchik, D., Copeland, M., Schmahmann, J., Gunther, J., & Albert, M. (2000). Predicting conversion to Alzheimer's disease using standardized clinical information. *Archives of Neurology*, *57*, 675–680.
- Daviglius, M. L., Plassman, B. L., Pirzada, A., Bell, C. C., Bowen, P. E., Burke, J. R., et al. (2011). Risk factors and preventive interventions for Alzheimer disease: State of the science. *Archives Neurology*, *68*:1185–1190.
- Dawson, D. V., Welsh-Bohmer, K. A., & Siegler, I. C. (2000). Premorbid personality predicts level of rated personality change in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* *14*(1): 11–19.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. M. V. Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (Vol. 1, pp. 416–437). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Delgado, C., & Pablo Salinas, C. (2009) Evaluación de las alteraciones Cognitivas en adultos Mayores. *Revista Hospitalar Universidad Chile*, *20*: 244-251.
- Delgarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos*. São Paulo: Artmed Editora S. A.
- Department of Health. (2007). *Building on Firm Foundations, Improving Care at the End of Life in Care Homes*. Department of Health: London.
- Department of Health. (2009). *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy*. London: Department of Health.
- Derouesné, C., Thibault, S., Lagha-Pierucci, S., Baudouin-Madec, V., Ancrì, D., & Lacomblez, L. (1999). Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric*

*Psychiatry, 14*, 1019–1030.

- Deutsch, L. H., Bylsma, F. W., Rovner, B. W., Steele, C., & Folstein, M. F. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *American Journal Psychiatry 148*:1159–1163.
- Dodge, H. H., Meguro, K., Ishii, H., Yamaguchi, S., Saxton, J. A., & Ganguli, M. (2009). Cross-cultural comparisons of the Mini-Mental State Examination between Japanese and U.S. cohorts. *International Psychogeriatric 21*: 113–122.
- Dong, M. J., Peng, B., Lin, X. T., Zhao, J., Zhou, Y. R., Wang, R. H. (2004). The prevalence of dementia in the People's Republic of China: A systematic analysis of 1980–2004 studies. *Age Ageing, 36*: 619–624.
- Donkervoort, M., Dekker, J., & Deelman, B. (2006). The course of apraxia and ADL functioning in left hemisphere stroke patients treated in rehabilitation centers and nursing homes. *Clinical Rehabilitation, 20*, 1085–1093.
- Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2008). Age differences in the Big Five across the life span: Evidence from two national samples. *Psychology and Aging, 23*, 558–566.
- Downs, M., Clare, L., & Anderson, E. (2008). *Dementia as a biopsychosocial condition: Implications for practice and research*. In R. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 549–571). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Duberstein, P. R., Chapman, B. P., Tindle, H. A., Sink, K. M., Bamonti, P., Robbins, J., Jerant, A. F., & Franks, P. (2012). Personality and Risk for Alzheimer's Disease in Adults 72 Years of Age and Older: A Six-Year Follow-Up. *Psychology Aging, 26*(2): 351–362.
- Duchek, J. M., Balota, D. A., Storandt, M., & Larsen, R. (2007). The power of

- personality in discriminating between healthy aging and early-stage Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology*, 62(6): 353–361.
- Duijn, C. M., Stijnen, T., & Hofman, A. (1991). Risk factors for Alzheimer's disease: overview of the EURODEM collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *International Journal Epidemiology*, 20 (2): 4-12.
- Duke, L. M., Seltzer, B., Seltzer, J. E., & Vasterling, J. J. (2002). Cognitive components of deficit awareness in Alzheimer's disease. *Neuropsychology* 16 (3): 359-269.
- Ebly, E. M., Hogan, D. B. & Parhad, I. M. (1995) Cognitive impairment in the nondemented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging. *Archives Neurology*. SP: 612-619.
- Edgecombe, M. S. y Seelye, A. M. (2011). Predictions of verbal episodic memory in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33 (2), 218-225.
- Egan, V., Deary, I., & Austin, E. (2000). The NEO-FFI: Emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and A. *Personality and Individual Differences*, 29: 907-920.
- Ellershaw, J., Foster, A., Murphy, D., Shea, T., & Overill, S. (1997). Developing an integrated care pathway for the dying patient. *European Journal Palliative Care* 4: 203–207.
- Ellis, B. J., Jackson, J. J., & Boyce, W. T. (2006). The stress response systems: Universality and adaptive individual differences. *Developmental Review*, 26, 175–212.
- Ellis, A. W., Young, A. W., & Critchley, E. M. R. (1989). Loss of memory for people

- following temporal lobe damage. *Brain*, 112(6), 1469–1483.
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., et al. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22 (12): 1689-1707.
- Eurostat. (1998). *Enquete sur les Forces de Travail. Resultats 1997*. Brussels: European Union.
- Evans, D. A., Bennett, D. A., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Morris, M. C., Scherr, P. A., et al. (2003). Incidence of Alzheimer's disease in a biracial urban community: relation to apolipoprotein E allele status. *Archives Neurology* 60: 185–189.
- Evans, D. A., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality*, 41: 868–888.
- Farah, M. J. (2004): *Visual Agnosia*. (2° ed.). Cambridge, M.I.T. Cambridge: Press.
- Farah, M. J., Stowe, R. M. & Levinson, K. L. (1996). Phonological dyslexia: Loss of a reading-specific component of the cognitive architecture? *Cognitive Neuropsychology*, 13, 849-868.
- Féart, C., Samieri, C., & Gateau, G. P. (2010). Mediterranean diet and cognitive function in older adults. *Current Opinion Clinical Nutrition Metabolic Care* 13: 14–18.
- Ferguson, C. J. (2010). A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 659–667.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 366: 2112–2117.
- Few, L. R., Miller, J. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., & Pilkonis, P.

- A. (2010). Examining the reliability and validity of clinician ratings on the Five-Factor Model Score Sheet. *Assessment, 17*, 440 – 453.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3<sup>a</sup> ed. London: SAGE.
- Finkel, D., Reynolds, C. A., McArdle, J. J., & Pedersen, N. L. (2007). Cohort differences in trajectories of cognitive aging. *The Journals of Gerontology, 62*: 286–294.
- Flashman, L. (2002). Disorders of awareness in neuropsychiatric syndromes: an update. *Current Psychiatry Reports 4*: 346-353.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal Psychiatric Research, 12*. 189-198.
- Fratiglioni, L., Launer, L. J, Andersen, K., Breteler, M. M., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., et al. (2000). Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology 54*(5): 10–15.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X. (2007). Brain reserve hypothesis in dementia. *Journal Alzheimer's Disease 12*(1):11-22.
- Freud, S. (1959). Character and anal erotism. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 167–175). London, UK: Hogarth Press.
- Froger, C., Tacconnat, L., Landre, L., Beigneux, K., & Isingrini, M. (2009). Effects of level of processing at encoding and types of retrieval task in mild cognitive impairment and normal aging. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 31*(3), 312–321.
- Furness, L., Simpson, R., Chakrabarti, S., & Dennis, M. S. (2000). A comparison of

- elderly day care and day hospital attenders in Leicestershire: client profile, carer stress and unmet need. *Aging & Mental Health* 4(4): 324-329
- Gadda, H., Fabrigoule, C., Commenges, D., & Dartigues, J. F. (1997). A 5- year longitudinal study of the Mini-Mental State Examination in normal aging. *American Journal Epidemiology* 145: 498–506.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Gainotti, G., Barbier, A. L., & Marra, C. (2003). Slowly progressive defect in recognition of familiar people in a patient with right anterior temporal atrophy. *Brain*, 126(4), 792–803.
- Gainotti, G. (2010). Not all patients labeled as "prosopagnosia" have a real prosopagnosia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32 (7): 763-766.
- Galasko, D. R., Gould, R. L., Abramson, I. S., & Salmon, D. P. (2000). Measuring cognitive change in a cohort of patients with Alzheimer's disease. *Statistical Medicine*, 19, 1421– 1432.
- Ganguli, M., Fox, A., Gilby, J. et al. (1996). Characteristics of rural homebound older adults: A community-based study. *Journal American Geriatrics Society* 44: 363–370.
- Ganguli, M., Rodriguez, E., Mulsant, B., Richards, S., Pandav, R., Bilt, V. J, et al. (2004). Detection and management of cognitive impairment in primary care: the Steel Valley Seniors Survey. *Journal American Geriatrics Society* 52: 1668–1675.
- Gao, S., Hendrie, H. C., Hall, K. S, & Hui, S. (1998). The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis.

*Archives General Psychiatry.* 55(9):809-815.

García, J. M., Lara, J. P., & Berthier, M. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4): 212-222.

García, M. F., & Ortiz, P. F. (2002). Deterioro cognitivo: uso de la version corta del Test del Informador (IQCODE) en consultas de geriatría. *Revista Española Geriatria y Gerontologia* 37 (2): 81-85.

Gauthier, S., Loft, H., & Cummings, J. (2008). Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *International Journal Geriatric Psychiatry.* 23(5): 537-545.

Gavrila, D., Antúnez, C., Tormo M. J. et al. (2009). Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: The Ariadna Study. *Acta Neurologica Scandinavica* 120: 300–307.

Gelade, G. A., Dobson, P., & Gilbert, P. (2006). National differences in organizational commitment: Effect of economy, product of personality, or consequence of culture? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 542–556.

George, D. R., Dangour, A. D., Smith, L., Ruddick, J., Vellas, B., & Whitehouse, P. J. (2009). The role of nutrients in the prevention and treatment of Alzheimer's disease: methodology for a systematic review. *European Journal of Neurology* 16 (1): 8–11.

Gil, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Masson S.A.

Gil, R., Arroyo-Anllo, E. M., Ingrand, P., Gil, M., Neau, J. P., & Ormon, C. (2001). Self-consciousness and Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica* 104 (5): 296-300.

- Gilley, D. W., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Bennett, D. A., & Evans, D. A. (2004). Predictors of depressive symptoms in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *59B*, 75–83.
- Giordana, M. T., Ferrero, P., Grifoni, S., Pellerino, A., Naldi, A., & Montuschi, A. (2011). Dementia and cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis: a review. *Neurological Sciences* *32* :9–16.
- Goldenberg G, & Hagmann S. (1998). Tool use and mechanical problem solving in apraxia. *Neuropsychologia* *36*: 581–589.
- Goldfeld, M. (2003). *Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. São Paulo: Editora Guanabara Koogan.
- Gould, S. L., & Heyer, L.A. (2004). Dementia and behavior disturbance: Does pre-morbid personality really matter? *Psychological Reports*, *95*: 1072–1078.
- Grabowski, T. J., & Damasio, A. R. (1996). Definition, clinical features and neuroanatomical basis of demencia. In: Esiri, M. M., Morris, J. H. (eds.). *The neuropathology of dementia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*: 948–958.
- Graves, A. B. (2004). Alzheimer's disease and vascular dementia. In: Nelson LM et al., eds. *Neuroepidemiology: from principles to practice*. New York: Oxford University Press.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between Axis I psychiatric disorders and Axis II personality disorders.



*Psychiatric Quarterly*, 71, 291–307.

Grodstein, F. (2007). Cardiovascular risk factors and cognitive function. *Alzheimer's and Dementia*, 3 (2): 16-22.

Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias - GPAD. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827–837.

Gunten A, Pocnet C, & Rossier J. (2009). The impact of personality characteristics on the clinical expression in neurodegenerative disorders: a review. *Brain Research Bulletin* 80: 179-191.

Gurland, B. J, Wilder, D. E, Lantigua, R., Stern, Y., Chen, J., Killeffer ,E.H., et al. (1999). Rates of dementia in three ethnoracial groups. *International Journal Geriatric Psychiatry* 14: 481–93.

Gurven, M., Von Rueden, C., Kaplan, H., & Massenkoff, M. (2013). How Universal Is the Big Five? Testing the Five-Factor Model of Personality Variation Among Forager–Farmers in the Bolivian Amazon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104 (2): 354–370

Haan, N., Millsap, R., & Hartka, E. (1986). As the time goes by: change and stability in personality over fifty years. *Psychology and Aging* 1: 220–232.

Habib, M. (2002). *Bases Neurológicas do Comportamento*. 1ª Edição. Lisboa:

Climpsi Editores.

- Hahn, E. (1895). Pathologisch-anatomische Untersuchung des Lissauer'schen Falles von Seelenblindheit. *Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau II*: 105–129.
- Hallquist, M. N., & Lenzenweger, M. F. (2013). Identifying Latent Trajectories of Personality Disorder Symptom Change: Growth Mixture Modeling in the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *122* (1): 138–155.
- Hanley, J. R., Young, A. W., & Pearson, N. A. (1989). Defective recognition of familiar people. *Cognitive Neuropsychology*, *6*(2), 179–210.
- Harvey, R. J., Robinson, S. M., & Rossor, M. N. (2003). The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry* *74*(9): 1206-1209.
- Heilman, K. M., & Valenstein, E. (2003): *Clinical Neuropsychology*. (4<sup>o</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Helmer, C., Joly, P., Letenneur, L., Commenges, D., & Dartigues, J. F. (2001). Mortality with dementia: Results from a French prospective community-based cohort. *American Journal Epidemiology*, *154*: 642–648.
- Hensel, A., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller S. G. (2007). Measuring cognitive change in older adults. Do reliable change indices of the SIDAM predict dementia? *Journal Neurology* *254*: 1359–1365.
- Hensel, A., Luck, T., Lippa, M., Glaesmer, H., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Does a reliable decline in Mini Mental State Examination total score predict dementia? Diagnostic accuracy of two reliable change indices. *Dementia Geriatric Cognition Disorder* *27*: 50–58.

- Herrera, E., Caramelli, P., Silveira, A. S., & Nitrini, R. (2002). Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer's Disease Associated Disorders*, *16*: 103–108.
- Herrmann, N., & Lanctôt, K. L. (2007). Pharmacologic Management of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer Disease. *La Revue canadienne de psychiatrie*, *52*, (10): 630-646.
- Hertzog, C., Kramer A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2009). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, *9*: 1–65.
- Hoe, J., Katona, C., Orrell, M., et al. (2007). Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *International Journal Geriatric Psychiatry* *22*: 1031–1036.
- Holden, R. R., & Fekken, G. C. (1994). The NEO Five-Factor Inventory in a Canadian context: Psychometric properties for a sample of University women. *Personality and Individual Differences*, *17*: 441-444.
- Holst, G., Hallberg, I. R., & Gustafson, L. (1997). The relationship of vocally disruptive behavior and previous personality in severely demented institutionalized patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, *6*, 147–154.
- Hooker, K., & McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *58*: 296–304.
- Hofmann, M., Hock, C., & Müller-Spahn, F. (1996). Computer-based cognitive training in Alzheimer's disease patients. *Annals New York Academy Sciences*, *777*: 249–254.
- Horowitz, L. M., & Strack, S. (Eds.). (2011). *Handbook of interpersonal psychology*:

- Theory, research, assessment*. New York, NY: Wiley.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 67–86.
- Howorth, P., & Saper, J. (2003). The dimensions of insight in people with dementia. *Aging Mental Health 7* (2): 113-122.
- Hrebícková, M., Urbánek T., Cermák, H., Szarota, P., Fickova, E., y Orlická, L. (2002). The NEO Five Factor Inventory in a Czech, Polish and Slovak context. En R. R. Mcrae y J. Allik (Eds). *The five factor model of personality across cultures* (pp. 53-78). Dordrech, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Huang, C. D., Church, A. T., & Katigbak, M. S. (2007). Identifying cultural differences in items and traits: Differential item functioning in the NEO Personality Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 28*, 192–218.
- Hudon, C., Villeneuve, S., & Belleville, S. (2011). The effect of semantic orientation at encoding on free-recall performance in amnesic mild cognitive impairment and probable Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 33* (6): 631-639
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, J., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *Journal Geriatric Psychiatry 25*: 756–763.
- Huntley, J. D. & Howard, R. J. (2010). Working memory in early Alzheimer's disease: a neuropsychological review. *International Journal Geriatric Psychiatry 25*: 121–132.

- Husebo, B. S., Ballard, C., & Aarsland, D. (2011). Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review. *International Journal Geriatric Psychiatry* 26: 1012–1018.
- Hwang, T. J., Masterman, D. L., Ortiz, F., Fairbanks, L. A., Cummings, J. L. (2004). Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Disease Association Disorder* 18: 17–21.
- Iglesia, J. M., Herrero, R. D., Vilches, M. C. O., Taberné, C. A., Colomer, C. A., & Luque, R. L. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicine Clinica (Barcelona)*, 117: 129-134.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *España en Cifras*. Madrid: INE
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO (2000). *Las personas mayores en España - Informe 2000 [The elders in Spain: Report 2000]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. (2009). *La Personas Mayores en España - Informe 2009. [The elders in Spain: Report 2009]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Irie, F., Fitzpatrick, A. L., López, O. L., Kuller, L. H., Peila, R., Newman, A. B., et al. (2008). Enhanced risk for Alzheimer disease in persons with type 2 diabetes and APOE epsilon4: the Cardiovascular Health Study Cognition Study. *Archives Neurology* 65(1): 89-93.
- Issa, A. M., Mojica, W. A., Morton, S. C., Traina, S., Newberry, S. J., Hilton, L. G., et al. (2006). The efficacy of omega-3 fatty acids on cognitive function in aging and dementia: a systematic review. *Dementia Geriatric Cognition Disorder* 21(2): 88-96.

- Jack, C. R., Knopman, D. S., Jagust, W. J., Shaw, L. M., Aisen, P. S., Weiner, M. W., et al. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neurol* 9: 119–128.
- Jean, A. P., Couratier, F., Cabanac, M. D., Nubukpo, P., Bourzeix, L. B., Thomas, P., Dechamps, N., Videaud, H., Dantoine, T., & Cleement, J. P. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry* 25: 1065–1072.
- Jellinger, K. A., & Attems, J. (2010). Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. *Acta Neuropathologica*, 119: 421–33.
- Jeste, D. V., Wragg, R. E., Salmon, D. P., Harris, M. J., & Thal, L. J. (1992). Cognitive deficits of patient with Alzheimer's disease and without delusions. *American Journal Psychiatry* 149:184–189.
- Jin, Y. P., Gatz, M., Johansson, B., & Pedersen, N. L. (2004). Sensitivity and specificity of dementia coding in two Swedish disease registries. *Neurology* 63: 739–741.
- John, O. P., Angleitner, A., y Ostendorft, F. (1988). The Lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European journal of personality*, 2: 171-203.
- Johnson, D. K., Storandt, M., Morris, J., & Galvin, J. E. (2009). Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer disease. *Archives Neurology* 66: 1254–1259.
- Johnson, W., Spinath, F., Krueger, R. F., Angleitner, A., & Riemann, R. (2008). Personality in Germany and Minnesota: An IRT-based comparison of MPQ self-reports. *Journal of Personality*, 76, 665–706.
- Jordan, J. E., Galea, G., Tukuitonga, C., & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic

- diseases: taking stepwise action. *Lancet* 366: 1667–1671.
- Jorm, A. F. 2001. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian New Zealand Journal Psychiatry* 35(6): 776–781.
- Jorm, A. F., & Korten, A. E. (1988). Assessment of Cognitive Decline in Elderly by Informant Interview. *Review Neurology* 12: 73-78.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2003). *Princípios da Neurociência*. 4ª (ed.). Barueri: Manole.
- Karttunen, K., Karppi, P., Hiltunen, A., Vanhanen, M., Valimaki, T., Martikainen, J., Valtonen, H., Sivenius, J., Soinen, H., Hartikainen, S., Suhonen, J., & Tuula Pirttila for the ALSOVA study group. (2011). Neuropsychiatric symptoms and Quality of Life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal Geriatric Psychiatry* 26: 473–482.
- Kaufer, D. I., & Cummings, J. L. (1997). *Dementia and delirium: an overview*. En: Feinberg, T. E., & Farah, M. J. Behavioral Neurology and Neuropsychology. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology*, 27: 505–512.
- Kihlstrom, J. F., & Tobias, B. A. (1991). Anosognosia, consciousness and the self. In G. P. Prigatano & D. L. Schacter (Eds.), *Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Kim, K., Zarit, S. H., Femia, E. E., & Savla, J. (2012). Kin relationship of caregivers and people with dementia: stress and response to intervention. *International Journal Geriatric Psychiatry* 27: 59–66.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions.

- Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 300–311.
- Kloppenborg, R. P., Berg, V. E., Kappelle, L. J., & Biessels, G. J. (2008). Diabetes and other vascular risk factors for dementia: Which factor matters most? A systematic review. *European Journal of Pharmacology*, 6(1), 97-108.
- Kolanowski, A. M., & Whall, A. L. (1996). Life-span perspective of personality in dementia. *Image Journal Nursing Scholarship*, 28(4): 315–320.
- Korczyn, A. D., Vakhapova, V., & Grinberg, L. T. (2012). Vascular dementia. *Journal of the Neurological Sciences* 322: 2–10.
- Kovacs, G. G., Alafuzoff, I., Al-Sarraj, S., Arzberger, T., Bogdanovic, N., Capellari, S., et al. (2008). Mixed brain pathologies in dementia: the BrainNet Europe consortium experience. *Dementia Geriatric Cognitive Disorder*, 26(4): 343-350.
- Kramer, A. F., Colcombe, S. J., McAulley, E., Scalf, P. E., & Erickson, K. I. (2005). Fitness, aging and neurocognitive function. *Neurobiology of Aging*, 26S(1): 124-127.
- Krueger, R. F., Skodol, A., Livesley, W., Shrout, P., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 65–73.
- Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Van Hulle, C., Urbano, R. C., Krueger, R. F., Applegate, B., Waldman, I. D. (2008). Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 187–206.
- Lamar, M., Lasarev, M. R., & Libon & D. J. (2002). Determining Levels of Unawareness in Dementia Research. *Journal Neuropsychiatry Clinical*



*Neurosciences 14* (4): 430-437.

- Langdon, R., Michie, P. T., Ward, P.B., McConaghy, N., Catts, S. & Coltheart, M. (1997). Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 167–193.
- Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., Bockxmeer, F. M., Xiao, J., et al. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 300(9), 1027–1037.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate mode of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268– 1282.
- Lebert, F., Pasquier, F., & Petit, H. (1995). Personality traits and frontal lobe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 1047–1049.
- Lee, J. H. (2003). Genetic Evidence for Cognitive Reserva: Variations in Memory and Related Cognitive Functions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 594-614.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1009–1015.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M. D., & Willett, J. B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1015–1024.
- Leroi, I., Voulgari, A., Breitner, J. C., & Lyketsos, C. J. (2003). The epidemiology of psychosis in dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 83–91.

- Li, W. L., & Conwell, Y. (2007). Mental health status of home care elders in Michigan. *Gerontologist* 47: 528–534.
- Libro Blanco. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Liepmann, H. (1977). The syndrome of apraxia based on a case of unilateral apraxia. (A translation from *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1900, 8, 15–44). In D. A. Rottenberg & F. H. Hockberg (Eds.), *Neurological classics in modern translation*. New York: Macmillan Publishing Co. (Original work published 1900).
- Liepmann, H. (1980). *The left hemisphere and action*. (A translation from *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1905, 48–49.) Translations from Liepmann's essays on apraxia (Research Bulletin No. 506). London, Canada: University of Western Ontario, Department of Psychology. (Original work published 1905).
- Lind, K., Jonsson, M., Karlsson, I., Sjorgen, M., Wallin, A., & Edman, A. (2006). Depressive symptoms and white matter changes in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 119–125.
- Lingler, J. H., Martire, L. M., & Schulz, R. (2005). Caregiver-Specific Outcomes in Antidementia Clinical Drug Trials: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal American Geriatrics Society*, 53, 983-990.
- Liperoti, R., Mor, V., Lapane, K. L., et al. (2003). The use of atypical antipsychotics in nursing homes. *Journal Clinical Psychiatry*, 64: 1106–1112.
- Lissauer, H. (1890). Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrag zur Theorie derselben. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 21: 222–270.
- Lissauer, H., & Jackson, M. (1988). A case of visual agnosia with a contribution to theory. *Cognitive Neuropsychology* 5: 157–192.

- Livesley, W. J. (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic questionnaire: Technical manual*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Dia, J. L., De-la-Camara, C., Ventura, T., et al. (2007). Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 299–307.
- López, O. (2001). *Deterioro Cognitivo Ligeró: enfermedad de Alzheimer incipiente?* [Mild cognitive impairment: Incipient Alzheimer's disease?]. In J.M. Martínez-Lage & Z.S. Khachaturian (Coors.), *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad* [Alzheimer XXI: Science and society] (pp. 199–205). Barcelona: Masson.
- Lopez, O. L., Gonzalez, M. P., Becker, J. T., Reynolds, C. F., Sudilovsky, A., & DeKosky, S. T. (1996). Symptoms of depression and psychosis in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 9(3), 154–161.
- López-Pousa, S. (1999). Epidemiología de las demencias. En Alberca y S. López-Pousa. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Loy, C., & Schneider, L. (2006). Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, *Issue 1*.
- Low, L. F., Brodaty, H., & Draper, B. (2002). A study of premorbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 779–783.

- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2009). Age differences in personality: Evidence from a nationally representative Australian sample. *Developmental Psychology*, *45*, 1353–1363.
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2011). Personality development across the life span: Longitudinal analyses with a national sample from Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*, 847–861.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, *31*, 52–68.
- Luyten, P., Kempke, S., Van Wambeke, P., Claes, S. J., Blatt, S. J., & Van Houdenhove, B. (2011). Self-critical perfectionism, stress generation and stress sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome: Relationship with severity of depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *74*(1), 21–30.
- Lyketsos, C. G., López, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA*. *288* (12): 1475-1483.
- Lyketsos, C. G., Baker, L., Warren, A., Steele, A., Brandt, J., Steinberg, M., et al. (1997). Depression, delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: No relationship to apolipoprotein E genotype. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *9*(1), 64–67.
- Lyketsos, C. G., Sheppard, J. M., Steinberg, M., Tschanz, J. A., Norton, M. C., Steffens, D. C., et al. (2001). Neuropsychiatric disturbances in Alzheimer's

- disease clusters into three groups: The Cache County study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 1043–1053.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry* 157:708–714.
- Lynch, G., & Gall, C. M. (2006). Ampakines and the threefold path to cognitive enhancement. *Trends Neurosciences*, 29 (10): 554–562.
- Maier, W. K., Cooper, R. S., Banegas, J. R. et al. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. *JAMA* 289: 2363–2369.
- Manga, D., Ramos, F., & Morán, C. (2004). The Spanish Norms of the NEO Five-Factor Inventory: New Data and Analyses for its Improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3): 639-648.
- Mangone, C. A., Hier, D. B., Gorelick, P. B., Ganellen, R. J., Langenberg, P., Boarman, R., & Dollear, W. C. (1991). Impaired insight in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4 189–193.
- Manning, M. (2005). *A Neuropsicologia Clínica: Uma abordagem cognitiva*. Trad. António Viegas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159–164.
- Marková, I. S. (1997). *Towards a structure of insight: A clinical and conceptual analysis*. Unpublished MD thesis, University of Glasgow.
- Marzanski, M. (2000). On telling the truth to patients with dementia. *British Medical Journal*, 173: 318-323.

- Marsden, C. D. (2007). *The Apraxias are Higher-Order Defects of Sensorimotor Integration*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.
- Marshall, G. A., Fairbanks, L. A., Tekin, S., Vinters, H. V., Cummings, J. L. (2006). Neuropathologic correlates of activities of daily living in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease Association Disorder 20*: 56–59.
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., Sperling, R. A., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia 7* 300–330.
- Martens, P., Franso, R., Burland, E., et al. (2007). Prevalence of mental illness and its impact on the use of home care and nursing homes: A population-based study of older adults in Manitoba. *Canadian Journal Psychiatry 52*: 581–590.
- Martin, L. R., Friedman, H. S., & Schwartz, J. E. (2007). Personality and mortality risk across the life span: the importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology, 26*: 428–436.
- Martínez-Arán, A., Solé, P., Salamero, M., Azpiazu, P., Tomás, S., & Marín, R. (1998). El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. *Reviews Neurology, 27* (155): 55-59.
- Matthews, F. E., Stephan, B. C., McKeith, I. G., Bond, J., & Brayne, C. (2008). Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Two-year progression from mild cognitive impairment to dementia: to what extent do different definitions agree? *Journal American Geriatrics Society 56*: 1424–33.
- Matthews, F. E., Brayne, C., Lowe, J., McKeith, I., & Wharton, S. B. (2009). Ince P. Epidemiological pathology of dementia: attributable-risks at death in the

- Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *PLoS Med* 6:100-180.
- Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). *Epidemiology*. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 107–123). New York: Guilford.
- Mayeux, R., Stern, Y. & Spanton, S. (1995). Heterogeneity in dementia of the Alzheimer type: Evidence of subgroups. *Neurology*, 35: 453-461.
- Mayeux, R., Reitz, C., Brickman, A. M., Haan, M. N., Manly, J. J., Glymour, M. M., Weiss, C. C., Yaffe, K., Middleton, L., Hendrie, H. C., et al. (2011). Operationalizing diagnostic criteria for Alzheimer’s disease and other age-related cognitive impairment—Part 1. *Alzheimer’s & Dementia* 7: 15–34.
- McEwen, B. (1999). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338: 171–179.
- McCarthy, R. A., & Warrington, E. (1990). *Cognitive neuropsychology*. San Diego: Academy Press.
- McCrae, R. R. (1994). A reformulation of axis II: Personality and personality-related problems. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 303–310). Washington, DC: American Psychological Association.
- McCrae, R. R. (2002). *Cross-cultural research on the five-factor model of personality*. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture* (Unit 6, Chapter 1).
- McCrae, R. R., & Allik, J. (Eds.). (2002). *The five-factor model across cultures*. New York, NY: Kluwer/Plenum.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1983). Social desirability scales: More substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 882–888.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal Personality Social Psychology 52*: 81–90.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 586–595.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York, NY: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2007). Brief versions of the NEO-PI-3. *Journal of Individual Differences, 28*, 116–128.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Hrebicková, M., Urbánek T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G. (2004). Age differences in personality traits across cultures: Self-report and observer perspectives. *European Journal of Personality, 18*, 143–157.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2008). The five-factor model and its correlates in individuals and cultures. In F. J. R. van de Vijver, D. A. van Hemert, & Y. H. Poortinga (Eds.), *Multilevel analyses of individuals and cultures* (pp. 249–283). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- McCrae, R. R., Terracciano, A., De Fruyt, F., De Bolle, M., Gelfand, M. J., Costa, P. T., Jr., & 42 Collaborators of the Adolescent Personality Profiles of Cultures Project. (2010). The validity and structure of culture-level personality scores: Data from ratings of young adolescents. *Journal of Personality, 78*, 815– 838.



- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., Gibbons, L. E., Kukull, W. A., Bowen, J. D., & McCormick, W. C. (1999). Characteristics of sleep disturbance in community-dwelling Alzheimer's disease patients. *Journal Geriatric Psychiatry Neurology* 12(2): 53–59.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 883–889.
- McGlynn, S. M., & Schacter, D. L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11: 143–205.
- McKhann, G. M., Albert, M. S., Grossman, M., Miller, B., Dickson, D., Trojanowski, J. Q. (2011). Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives Neurology*, 58 (11): 1803-1809.
- McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J. T., Feldman, H., et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 65 (12): 1863-1872.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, Jr. C. R., Kawas, C. H., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269.

- McShane, R., Areosa, S. A., & Minakaran, N. (2006). Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2*.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 231–281). New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, E. R., Pastor-Barriuso, R., Dulal, D., et al. (2005). Meta-analysis: high-dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Annals Internal Medicine, 142* (1): 37–46.
- Miller, J. D., Bagby, R. M., & Pilkonis, P. A. (2005). A comparison of the validity of the five-factor model (FFM) personality disorder prototypes using FFM self-report and interview measures. *Psychological Assessment, 17*, 497–500.
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Pilkonis, P. A., Reynolds, S. K., & Lynam, D. R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment, 12*, 404–415.
- Miller, J. D., Maples, J., Few, L. R., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., & Pilkonis, P. A. (2010). Using clinician-rated five-factor model data to score the *DSM-IV* personality disorders. *Journal of Personality Assessment, 92*, 296–305.
- Miller, J. D., Reynolds, S. K., & Pilkonis, P. A. (2004). The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychological Assessment, 16*, 310–322.
- Miller, L. A., Spitznagel, M. B., Busko, S., Potter, V., Heltzel, J. J., Istenes, N., Glickman, E., & Gunstad, J. (2011). Structured Exercise Does Not Stabilize Cognitive Function in Individuals With Mild Cognitive Impairment Residing in

- a Structured Living Facility. *International Journal of Neuroscience*, 121: 218–223.
- Minthon, L., Wallin, K., Eriksson, S. Wattmo, C., & Andreasen, N. (2009). Long-term rivastigmine treatment in a routine clinical setting. *Acta Neurologica Scandinavica*, 119: 180–185.
- Mirakhur, A., Craig, D., Hart, D. J., McIlroy, S. P., & Passmore, A. P. (2004). Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1035–1039.
- Missotten, P., Yliff, M., Notte, D., Paquay, L., Lepeleire, J., Buntinx, F., & Fontaine O. (2007). Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1201–1207.
- Modrego, P. J., Pina, M. A., & Lerín, F. J. (2003). The impact of ageing on stroke subtypes, length of stay and mortality: study in the province of Teruel, Spain. *Acta Neurologica Scandinavica*, 108: 435–442.
- Molinuevo, J. L., & Casanova, P. J., (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN).
- Moniz-Cook, E., Stokes, G., & Agar, S. (2003). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: Five cases of psychosocial interventions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 197–208.
- Morejón, J. V., García-Bóveda, R. J., & Vázquez- Morejón, R. J. (2004). Escala de Autoestima de Rosemberg: Fiabilidad y Validez en Población Clínica Española. *Apuntes de Psicología*, 22: 247-255.

- Morris, R. G. (1996). *The neuropsychology of Alzheimer's disease and related dementias*. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Munain, L. A. (2006). La enfermedad de Alzheimer genéticamente determinada. En *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Munk H (1881). *Ueber die Funktionen der Grosshirnrinde*. Berlin, Hirschwald.
- Muthén, B. O. (2004). Latent variable analysis: Growth mixture modeling and related techniques for longitudinal data. In D. Kaplan (Ed.), *Hand-book of quantitative methodology for the social sciences* (pp. 345–368). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- National Council for Palliative Care. (2006). *Exploring Palliative Care for People with Dementia*. London: NCPC.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 13–20.
- Norman, W. T. (1967). *2800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics of a universal population*. Department of Psychology, University of Michigan. Michigan: Ann Arbor
- Nyatsanza, S., Shetty, T., Gregory, C., et al., (2003). A study of stereotypic behaviours in Alzheimer's disease and frontal and temporal variant frontotemporal dementia. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 74(10): 1398-1402.
- Nye, C. D., Roberts, B. W., Saucier, G., & Zhou, X. (2008). Testing the measurement equivalence of personality adjective items across cultures. *Journal of Research in Personality*, 42, 1524–1536.

- Ochipa, C., & Rothi, L. J. (2000). Limb apraxia. *Semin Neurol* 20: 471–478.
- O'Donnell, M.J., Lewis, D.L., Dubois, S., Standish, T.I., Bedard, M., & Molloy, D.W. (2007). Behavioural and psychological symptoms in community-dwelling elderly persons with cognitive impairment and dementia: Prevalence and factor analysis. *Clinical Gerontologist*, 30, 41–52.
- Ohayon, M. M. & Vecchierini, M. F. (2002). Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly population. *Archives International Medicine*, 162: 201–208.
- Olson, K. R. (2007). Why do geographic differences exist in the worldwide distribution of extraversion and openness to experience? The history of human emigration as an explanation. *Individual Differences Research*, 5, 275–288.
- Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2009). Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 32–36.
- Ortega, J. P.C., Vega, S., Martínez, M. S., Saz, P., Rodríguez, Laso, F. R., Reño, R.Heras, S. P., Mateos, R., Martín, P. M., Fernandez, I. M., Pousa, et al. (2011). Prevalence and European comparison of dementia in a  $\geq 75$ -year-old composite population in Spain. *Acta Neurol Scand* 123: 316–324.
- Ortiz, K. Z. (2005). *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. Barueri: Manole.
- Ortiz, F. A., Church, A. T., Vargas-Flores, J., Ibanez-Reyes, J., Flores-Galaz, M., Iuit-Briceño, J. I., & Escamilla, J. M. (2007). Are indigenous personality dimensions culture-specific? Mexican inventories and the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 41, 618 – 649.

- Organización Mundial de Salud – OMS. (1994). *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Osborne, H., Simpson, J., & Stokes, G. (2010). The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health* 14 (5): 503–515.
- Oslin, D., Atkinson, R. M., Smith, D. M., & Hendrie, H. (1998). Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 13(4): 203-212.
- Ott, A., Breteler, M. M. B., Harskamp, F., Claus, J. J., Cammen, T. J. M., Grobbee, D. E., et al. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 310: 970–973.
- Ott, B. R., Lafleche, G., Whelihan, W. M., Buongiorno, G. W., Albert, M. S., & Fogel, B. S. (1996). Impaired awareness of deficits in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10: 68–76.
- Owen, A. M., Hampshire, A., Grahn, J. A., et al. (2010). Putting brain training to the test. *Nature*, 465: 775–778.
- Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., & Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives General Psychiatry*. 63(5): 530-538.
- Paradise, M., Cooper, C., & Livingston, G. (2009). Systematic review of the effect of education on survival in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatric*. 21(1): 25-32.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530–535.

- Patterson, C., Feightner, J., García, A., & MacKnight, C. (2007). General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimer's & Dementia*, 3(4): 341-347.
- Patterson, C., Feightner, J. W., García, A., Hsiung, G. Y., MacKnight, C., & Sadovnick, A. D. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *CMAJ*, 178(5): 548-556.
- Peeraully, T., Yong, M. H., Chokroverty, S., & Tan, E. K. (2012). Sleep and Parkinson's Disease: A Review of Case-Control Polysomnography Studies. *Movement Disorders*, 27, 14: 1729-1737.
- Peissig, J. J., & Tarr, M. J. (2007). Visual object recognition: Do we know more now than we did 20 years ago? *Annual Review of Psychology*, 58, 75-96.
- Pereira, F. S., Yassuda, M. S., Oliveira, A. M., & Forlenza, O. V. (2008). Executive dysfunction correlates with impaired functional status in older adults with varying degrees of cognitive impairment. *International Psychogeriatric* 20: 1104-1115.
- Pérez, T. J. M., & Lafuente, J. V. (1996). La reunión científica de 1906 en Tubingen y el primer caso de enfermedad de Alzheimer. Estudio crítico. *Revista de Neurología*, 24 (134): 1283-1289.
- Perrin, R. J., Fagan, A. M., & Holtzman, D. M. (2009). Multimodal techniques for diagnosis and prognosis of Alzheimer's disease. *Nature* 461: 916-922.
- Peskind, E. R., Potkin, S. G., Pomara, N., et al. (2006). Memantine treatment in mild to moderate Alzheimer disease: a 24-week randomized controlled trial. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 14 (8): 704-715.

- Peters, R., Burch, L., Warner, J., Beckett, N., Poulter, R., & Bulpitt, C. (2008). Haemoglobin, anaemia, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatr.* 8: 18.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 56(3): 303-308.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 56(9): 1133-1142.
- Peterson, R. C., Thomas, R. G., Grundman, M., et al. (2005). Vit E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *New England Journal Medicine*, 352 (23): 2379–2388.
- Petersen, R. C. (2007). Mild cognitive impairment: Current research and clinical implications. *Seminars in Neurology* 27(1): 22-31
- Petrill, S. A., Johansson, B., Pedersen, N. L., Berg, S., Plomin, R., Ahern, F., et al. (2001). Low cognitive functioning in nondemented 80-year-old twins is not heritable. *Intelligence* 29: 75–83.
- Petry, S., Cummings, J. L., Hill, M. A., & Shapira J. (1988). Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Archives Neurology* 45(11): 1187–1190.
- Phinney, A. (2002). Fluctuating awareness and the breakdown of the illness narrative in dementia. *Dementia* 1 (3): 379-384.
- Piccininni, M., Di-Carlo, A., Baldereschi, M., Zaccara, G. & Inzitari, D. (2005). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease: Frequency



and relationship with duration and severity of the disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 19 (5-6), 276-281

- Pincus, A. L. (2005). A contemporary integrative interpersonal theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 282–331). New York, NY: Guilford Press.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 41–53.
- Plassman, B. L., Langa, K., Fisher, G. G., et al. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29: 125–132.
- Pocnet, C., Rossier, J., Antonietti, J. P., Gunten A., & Phill, M. (2011). Personality Changes in Patients With Beginning Alzheimer Disease. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (7): 408-417.
- Poizner, H., Clark, M. A., Merians, A. S., Macauley, B., Rothi, L. J., & Heilman, K. M. (1995). Joint coordination deficits in limb apraxia. *Brain*: 227–242.
- Poortinga, Y. H., Van de Vijver, F. J. R., & Van Hemert, D. A. (2002). Cross-cultural equivalence of the Big Five: A tentative interpretation of the evidence. In R. R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The five-factor model of personality across cultures* (pp. 281–302). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Potter, R., Ellard, D., Rees, K., & Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Journal Geriatric Psychiatry* 26: 1000–1011.

- Power, E., Code, C., Croot, K., Sheard, C., y Rothi, L. J. G. (2010). Florida Apraxia Battery–Extended and Revised Sydney (FABERS): Design, description, and a healthy control sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32 (1): 1-18.
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer’s Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer’s and Dementia* 9; 63-75.
- Paulsen, J. S., Ready, R. E., Stout, J., Salmon, D. P., Thal, L. J., Grant, I., et al. (2000). Neurobehaviours and psychotic symptoms in Alzheimer’s disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 815–820.
- Qiut, W. Q., Dean, M., Liu, T., George, L., Gann, M., Cohen, J., & Bruce, M. L. (2010). Physical and Mental Health of Homebound Older Adults: An Overlooked Population. *JAGS* 58: 2423–2428.
- Quintana, J. L. B., Allam, M. F., Castillo, A. S., & Navajas, R. F. (2007). Alzheimer’s disease and coffee: a quantitative review. *Neurological Research*, 29(1): 91-95.
- Ramirez, M., Teresi, J. A., Holmes, D., Gurland, B., & Lantigua, R. (2006). Differential item functioning (DIF) and the Mini-Mental State Examination (MMSE): overview, sample, and issues of translation. *Med Care* 44: 95–106.
- Rastas, S., Pirttila, T., Mattila, K., Verkkoniemi, A., Juva, K., Niinisto, L., et al. (2010). Vascular risk factors and dementia in the general population aged. 85 years: prospective population-based study. *Neurobiology of aging* 31: 1–7.

- Razani, J., Casas, R., Wong, J. T., Lu, P., Alessi, C., & Josephson, K. (2007). Relationship between executive functioning and activities of daily living in patients with relatively mild dementia. *Applied Neuropsychology 14*: 208–214.
- Reifler, B. V., & Larson, E. (1990). Excess disability in dementia of the Alzheimer's type. In E. Light & B. D. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's disease treatment and family stress*. New York: Hemisphere.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry 139*: 1136-1139.
- Reisberg, B., Borenstein, J., & Salob, S. P. (1987). Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal Clinical Psychiatry 48*: 9–15.
- Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., et al. (2003). Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New England Journal Medicine, 348*: 1333–1341.
- Reise, S. P., & Waller, N. G. (2009). Item response theory and clinical measurement. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 25–46.
- Restifo, S., Lemon, V., & Waters, F. (2011). Pharmacological treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia in psychogeriatric inpatient units. *Australasian Psychiatry 19* (1): 59-63.
- Richard, E., Kuiper, R., Dijkgraaf, M. G., & Gool, W. A. (2009). Vascular care in patients with Alzheimer's disease with cerebrovascular lesions—a randomized clinical trial. *Journal American Geriatric Society 57*: 797–805.
- Richman, M. (1989). Stability of personality traits in the demented elderly. (Doctoral dissertation, Hofstra University, 1989). *Dissertation Abstracts Internacional, 50*(B): 53-67.

- Rilo, C. J., Arrieta, L. J., Pareja, B. F., Ruiz, M., Sánchez, S. F., & Trincado, R. (2007). Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Geriatric Psychiatry* 22(9): 829-836.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3–25.
- Roberts, B. W., Kuncel N, Shiner RN, Caspi A, & Goldberg L. (2007). The power of personality: A comparative analysis of the predictive validity of personality traits, SES, and IQ. *Perspectives in Psychological Science*, 4: 313–346.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta- analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1–25.
- Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and research* (3rd ed.). (pp. 375–398). New York, NY: Guilford Press.
- Rocca, W. A, Hofman, A., Brayne, C., Breteler, M. M., Clarke, M., Copeland, J. R., et al. (1991). Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence Research Group. *Ann Neurol*. 30(3): 381-390.
- Rodríguez, R. P. (1995). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Colección Gerontología Social SEGG*. Madrid: S G Editores.
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style:

- An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4): 678–697.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71: 269-291.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, D., et al. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 55(2), 158–165.
- Ropacki, S. A., & Jeste, D. V. (2005). Epidemiology and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: A review of 55 studies published from 1990 to 2003. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2022–2030.
- Rosness, T. A., Haugen, P. K., Passant, U., & Engedal, K. (2008). Frontotemporal dementia - a clinically complex diagnosis. *International Journal Geriatric Psychiatry* 23: 837–842.
- Rosness, T. A., Mjorud, M., & Engedal, K. (2011). Quality of life and depression in carers of patients with early onset dementia. *Aging & Mental Health* 15, (3): 299–306.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16: 207–212.
- Rothi, L. J. G., Ochipa, C., & Heilman, K. M. (1991). A cognitive neuropsychological model of limb praxis. *Cognitive Neuropsychology*, 8, 443–458.
- Rothi, L. J. G., Raymer, A. M., & Heilman, K. M. (1997). *Limb praxis assessment*. In L. J. G. Rothi & K. M. Heilman (Eds.), *Apraxia: The neuropsychology of*

- action. Brain damage, behaviour and cognition series. Hove, UK: Psychology Press.
- Roy, E. A. (1983). *Neuropsychological perspectives on apraxia and related action disorders*. In R. Magill (Ed.), *Memory and control actions*. Amsterdam: Elsevier.
- Roy, E. A. (1985). *Neuropsychological studies of apraxia and related disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Royall, D. R., Palmer, R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (2004). Declining executive control in normal aging predicts change in functional status: the Freedom House Study. *Journal American Geriatric Society, 52*: 346–352.
- Rubin, E. H., Morris, J. C., & Berg, L. (1987). The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer's type. *Journal American Geriatric Society, 35*(8): 721–725.
- Rubin, E. H., Morris, J. C., Storandt, M., & Berg, L. (1986). Behavioral changes in patients with mild senile dementia of the Alzheimer's type. *Psychiatry Research, 21*(1): 55–62.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality, 74*(6), 1557–1585.
- Rymer, S., Salloway, S., Norton, L., Malloy, P., Correia, S., & Monast, D. (2002). Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer's Disease Association Disorder 16* (4): 248-253.
- Sadavoy, J., & Fogel, B. (1992). *Personality disorder in old age*. In J. E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed.; pp. 433–462). San Diego, CA: Academic Press.

- Sala, J. L. C., Olmo, J. G., Garriga, O. T., Pousa, S. L. y Franch, J. V. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24, 585-594.
- Salami, O., Lyketsos, C., & Rao, V. (2011). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry* 26: 771-782.
- Salmon, E., Lespagnard, S., Marique, P., Peeters, F., Herholz, K., Perani, D., et al. (2005). Cerebral metabolic correlates of four dementia scales in Alzheimer's disease. *Journal Neurology* 252: 283-290.
- Samuel, D. B., Simms, L. J., Clark, L. E., Livesley, W. J., & Widiger, T. A. (2010). An item response theory integration of normal and abnormal personality scales. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 5-21.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180: 536-542.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2): 303-318.
- Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.C., Nadel, J., Chevalier, J.F. & Widlöcher, D. (1997). Attribution of mental states to others in schizophrenic patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 1-17.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Schacter, D. L. (1989). On the relation between memory and consciousness: Dissociable interactions and conscious experience. In H. L. Roediger III & F. I.

- M. Craik (Eds.), *Varieties of memory and consciousness: Essays in honour of Endel Tulving*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schacter, D. L. (1990). Towards a cognitive neuropsychology of awareness: Implicit knowledge and anosognosia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 12*: 155–178.
- Schacter, D. L. (1991). Unawareness of deficit and unawareness of knowledge in patients with memory disorders. In G. P. Prigatano & D. L. Schacter (Eds.), *Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues*. New York: Oxford University Press.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., Benet-Martínez, V., Alcalay, L., & Ault, L. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 173–212.
- Schneider, L. S., & Dagerman, K. S. (2004). Psychosis of Alzheimer's disease: Clinical characteristics and history. *Journal of Psychiatric Research, 38*, 105–111.
- Schneider, L. S., Dagerman, K. S., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA, 294*:1934-1943.
- Schreiner, D., Ballaban, T., Brannath, W., Lang, T., Hilger, E., Fasching, P., et al. (2005). Components of behavioural pathology in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 137–145.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky, E. (2006). *Personality disorders and older adults: Diagnosis, assessment, and treatment*. Hoboken, NJ: Wiley.



- Segerstrom, S. C. (2000). Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 22: 180–190.
- Seltzer, B., Vasterling, J. J., Mathias, C. W., & Brennan, A. (2001). Clinical and neuropsychological correlates of impaired awareness of deficits in Alzheimer disease and Parkinson disease: a comparative study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 14 (2): 122-129.
- Seow, D., & Gauthier, S. (2007). Pharmacotherapy of Alzheimer Disease. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52 (10): 620-629.
- Sevush, S. (1999). Relationship between denial of memory deficit and dementia severity in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 12 (2): 88-94.
- Sevush, S., & Leve, N. (1993). Denial of memory deficit in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 150: 748–751.
- Shahar, G., Henrich, C. C., Blatt, S. J., Ryan, R., & Little, T. D. (2003). Interpersonal relatedness, self-definition, and their motivational orientation during adolescence: A theoretical and empirical integration. *Developmental Psychology*, 39: 470–483.
- Shahar, G., Kalnitzki, E., Shulman, S., & Blatt, S. J. (2006). Personality, motivation, and the construction of goals during the transition to adulthood. *Personality and Individual Differences*, 40(1): 53–63.
- Sharp, S. I., Aarsland, D., Day, S., Sonnesyn, H., & Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group Clive Ballard. (2011). Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *International Journal Geriatric Psychiatry* 26: 661–669.

- Shulman, K. L., et al. (2000). Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal Geriatric Psychiatry* 8 487-496.
- Sibley, C. (2007). The association between working models of attachment and personality: Toward an integrative framework operationalizing global relational models. *Journal of Research in Personality*, 41(1): 90–109.
- Sibley, C., & Overall, N. (2010). Modeling the hierarchical structure of personality-attachment associations: Domain diffusion versus domain differentiation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(1): 47–70.
- Siegler I. C., Dawson, D. V., & Welsh, K. A. (1994). Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients: a replication. *Psychology and Aging*, 9(3): 464–466.
- Siegler, I. C., Welsh, K. A., Dawson, D. V., et al. (1991). Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. *Alzheimer Disease Association Disorder* 5(4): 240–250.
- Singh, D. (2005).Diagnosis of dementia with Lewy bodies in clinical practice: a literature review. *Psychiatry* 13, (1): 54-59.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., & Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of *DSM-IV* personality disorders: Relationships to functional impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1919–1925.
- Smania, N., Girardi, F., Domenicali, C., Lora, E., & Aglioti, S. (2000). The rehabilitation of limb apraxia: A study in left-brain-damaged patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81, 379–388.

- Snyder, P. J., Jackson, C. E., Petersen, R. C., Khachaturian, A. S., Kaye, J., Albert, M. S., & Weintraub, S. (2011). Assessment of cognition in mild cognitive impairment: A comparative study. *Alzheimer's & Dementia* 7 338–355.
- Soenens, B., Park, S. Y., Vansteenkiste, M., & Mouratidis, A. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. *Journal of Adolescence*, 35: 261–272.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2010). Towards a domain-specific approach to the study of parental psychological control: Distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality*, 78(1), 217–256.
- Song, J., & Algase, D. (2008). Premorbid characteristics and wandering behaviour in persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22: 318–327.
- Sosa, E., Barrio, M. I., Mojares, L. M., Pérez, M., & Lucia, A. (2008). Exercise training is beneficial for Alzheimer's patients. *International Journal of Sports Medicine*, 29(10): 845–850.
- Sousa, R. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Guerra, M., Huang, Y. et al. (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet* 28, 374: 1821–1830.
- Sousa, R. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Ks, J., et al. (2010). The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatric* 6; 10:53.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST):

- effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry* 25: 1253–1258.
- Squire, L. R., & Knowlton, B. J. (1995). Memory, hippocampus, and brain systems. In M. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences*. Boston: MIT Press.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84: 1041–1053.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., et al. (2005). The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *American Journal Psychiatry*, 162: 2086–2093.
- Steenkamp, J. B. E. M., & Baumgartner, H. (1998). Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *Journal of Consumer Research*, 25: 78–107.
- Stefanova, E., Pavlovic, A., Jovanovic, Z., Veselinovic, N., Despotovic, I., Stojkovic, T., Sternic, N. & Kostic, V. (2012). Vascular risk factors in Alzheimer's disease — Preliminary report. *Journal of the Neurological Sciences* 322: 166–169.
- Stokes, G. (2000). *Challenging behaviour in dementia: A person-centred approach*. Oxon: Speechmark Publishing Ltd.
- Storandt, M., Mintun, M. A., Head, D., & Morris, J. C. (2009). Cognitive decline and brain volume loss as signatures of cerebral amyloid- $\beta$  peptide deposition identified with Pittsburgh compound B: cognitive decline associated with A $\beta$  deposition. *Archives Neurology*, 66: 1476–1481.

- Strauss, M. E., Pasupathi, M. (1994). Primary caregivers' descriptions of Alzheimer patients' personality traits: Temporal stability and sensitivity to change. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 8(3): 166–176.
- Strauss, M., Pasupathi, M., Chatterjee, A. (1993). Concordance between observers in descriptions of personality change in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 8(4): 475– 480.
- Stuss, D. T. (1991). Disturbance of self-awareness after frontal system damage. In G. P. Prigatano & D. L. Schacter (Eds.), *Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues*. New York: Oxford University Press.
- Suh, G. H., Ju, Y. S., Yeon, B. K., & Shah, A. (2004). A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. *International Journal Geriatric Psychiatry* 19: 817–824.
- Sun, X., Steffens, D., Au, R. et al. (2008). Amyloid-associated depression: A prodromal depression of Alzheimer disease. *Archives General Psychiatry*, 65: 542–550.
- Tabert, M. H., Albert, S. M., Borukhova-Milov, L., Camacho, Y., Pelton, G., Liu, X., Stern, Y., & Devanand, D. P. (2002). Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD. *Neurology* 58: 758–764.
- Taler, V. Y Phillips, N. A. (2008). Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 30 (5), 501-556.
- Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., Sato, J., Mimura, M., & Furukawa, T. A. (2009). Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: A two-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63: 374–384.

- Tariot, P. N., Farlow, M. R., Grossberg, G. T., et al. (2004). Memantine treatment with moderate to severe AD already receiving donepezil. A randomized control trial. *JAMA*. 291 (3): 317–324.
- Terrera, G. M., Matthews, F., & Brayne, C. (2008). A comparison of parametric models for the investigation of the shape of cognitive change in the older population. *BMC Neurol* 8: 16.
- Terrera, G., Matthews, F., Denning, T., Huppert, F. A., & Brayne C. (2009). CC75C Group. Education and trajectories of cognitive decline over 9 years in very old people: methods and risk analysis. *Age Ageing* 38: 277–282.
- Terrera, G. M., Brayne, C. & Matthews, F. (2010). One size fits all? Why we need more sophisticated analytical methods in the explanation of trajectories of cognition in older age and their potential risk factors. *International Psychogeriatric* 22: 291–299.
- Thorvaldsson, V., Hofer, S. M., Berg, S., Skoog, I., Sacuiu, S., & Johansson, B. (2008). Onset of terminal decline in cognitive abilities in individuals without dementia. *Neurology* 71: 882–887.
- Trabucchi, M., & Bianchetti, A. (1996). Delusions. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 383–386.
- Trull, T. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *Journal Abnormal Psychology*, 101: 553–560.
- Tucker-Drob, E. M., Johnson, K. E., & Jones, R. N. (2009). The cognitive reserve hypothesis: a longitudinal examination of age-associated declines in reasoning and processing speed. *Developmental Psychology*, 45: 431–446.
- Vaillant, G. E., & Perry, J. C. (1985). Personality disorders. In H. I. Kaplan, & B. J.

- Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., Vol. 1, pp. 958–986). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Van Dongen, M., Van Rossum, E., Kessels, A., et al. (2003). Ginkgo for elderly people with dementia and age associated memory impairment: a randomized clinical trial. *Journal Clinical Epidemiology*, *56*(4): 367–376.
- Vanbellingena, T., Kerstenb, B., Van Hemelrijka, B., Van de Winckelc, A., Bertschid, M., Muñid, R., De Weerdte, W., & Bohlhalterd, S. (2010). Comprehensive assessment of gesture production: a new test of upper limb apraxia (TULIA). *European Journal of Neurology* *17*: 59–66.
- Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, *3*: 4–70.
- Valentine, T., Brennen, T., & Bredart, S. (1996). *The cognitive psychology of proper names*. London: Routledge.
- Valenzuela, M. J., & Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychological Medicine*, *36*: 441–454.
- Vazire, S. (2010). Who knows what about a person? The self-other knowledge asymmetry (SOKA) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*, 281–300.
- Vickrey, B.G., Mittman, B.S., Connor, K.I., Pearson, M.L., Della Penna, R.D., Ganiats, T.G., Lee, M. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, *145*: 713–726.
- Vidovich, M., & Almeida, O. P. (2011). Cognition-focused interventions for older

- adults: the state of play. *Australasian Psychiatry* 19 (4): 313-316.
- Wagner, M., Spangenberg, K., Bachman, D. et al. (1997). Unawareness of cognitive deficit in Alzheimer disease and related dementias. *Alzheimer Disease Association Disorder* 11 (3): 125-131.
- Wahlin, T. B. R., & Byrne, G. J. (2011). Personality changes in Alzheimer's disease: a systematic review. *International Journal Geriatric Psychiatry* 26: 1019–1029.
- Waldemar, G., Dubois, B., Emre, M., Georges, J., McKeith, I. G., Rossor, M., et al. (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European Journal Neurology*, 14(1): 1-26.
- Wang, H. X., Karp, A., Herlitz, A., Crowe, M., Kareholt, I., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2009). Personality and lifestyle in relation to dementia incidence. *Neurology*, 72: 253–259.
- Weimer, D. L., & Sager, M. A. (2009). Early identification and treatment of Alzheimer's disease: Social and fiscal outcomes. *Alzheimer's Dementia* 5: 215–226.
- Welleford, E. A., Harkins, S. W., & Taylor, J. R. (1995). Personality change in dementia of the Alzheimer's type: relations to caregiver personality and burden. *Experimental Aging Research*, 21: 295–314.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories of dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 494– 504.
- Widiger, T. A., & Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality*, 36: 335–362.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification



- of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62: 71–83.
- Wiggins, J. S. (Ed.). (2003). *Paradigms of personality assessment*. New York, NY: Guilford Press.
- Wilbrand, H. (1881): *Über Hemianopsie und ihr Verhältnis zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten*. Berlin: Hirschwald.
- Wilbrand, H. (1887): *Die Seelenblindheit als Herderscheinung und ihre Beziehungen zur homonymen Hemianopsie, zur Alexie und zur Agraphie*. Berlin: Wiesbaden, Bergmann.
- Williams, R., Briggs, R., & Coleman, P. (1995). Career-rated personality changes associated with senile dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 10: 231–236.
- Williams, C. L., & Tappen, R. M. (2008). Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 12(1), 72–80.
- Wilson, R. S., Arnold, S. E., Beck, T. L., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2008). Change in depressive symptoms during the prodromal phase of Alzheimer disease. *Archives General Psychiatry*, 65(4): 439–445.
- Wilson, R. S., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2006). Chronic psychological distress and risk of Alzheimer's disease in old age. *Neuroepidemiology*, 27: 143–153.
- Wilson, R. S., Schneider, J. A., Arnold, S. E., et al. (2007). Conscientiousness and the incidence of Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Archives General Psychiatry*, 64(10): 1204–1212.
- Wolbring, G. (2006). Three challenges to the Ottawa Spirit of Health promotion, trends in global health, and disabled people. *Canadian Journal Public Health*,

97:405–408.

- Woods, R. T. (2002). Reality orientation: A welcome return? Editorial. *Age and Ageing, 31*, 1–2.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*. Geneva (Switzerland): World Health Organization.
- Wortman, J., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Stability and Change in the Big Five Personality Domains: Evidence From a Longitudinal Study of Australians. *Psychology and Aging, 27* (4): 867–874.
- Yáñez, L., Shaw, K. N., Morris, R., & Matthews, D. (2011). The effects on cognitive functions of a movement-based intervention in patients with Alzheimer's type dementia: a pilot study. *International Journal Geriatric Psychiatry 26*: 173–181.
- Xuan, Y. N., Ping J. T., Qun, J. G., Qiang, Z. Z., Ning, L. W., & Department of Neurology, South Building of Chinese PLA General Hospital, Beijing. 2010. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation 24*: 1102–1111.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 163*: 827–832.
- Zannetti, O., Vallotti, B., & Frisoni, G. (1999). Insight in dementia: when does it occur? Evidence for a nonlinear relationship between insight and cognitive status. *Journal Gerontology Psychological Sciences 54* (2): 100-106.
- Zarit, S. H., & Edwards, A. B. (1996). *Family caregiving: Research and clinical intervention*. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of*

- aging*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Zeki, S. (2008). The disunity of consciousness. *Progress in Brain Research*, 168, 11–18.
- Zeman, A. (1997). Persistent vegetative state. *Lancet*, 350: 795–799.
- Zoladz, P. R., Campbell, A. M., Park, C. R., et al. (2006). Enhancement of long-term spatial memory in adult rats by the noncompetitive NMDA receptor antagonists, memantine and neramexane. *Pharmacol Biochem Behav.* 85 (2): 298–306.
- Zunzunegui, M. V., Gutie, P., Cuadra, R., Beland, F. Ser, T. D., & Wolfson. (2000). Development of simple cognitive function measures in a community dwelling population of elderly in Spain. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 130-140.
- Zunzunegui, M. V., Ser, S. T., Rodríguez-Laso, A., Yébenes, G. M. J., Domingo, J., & Otero, A. (2003). Undetected dementia and use of health services: implications for primary care [Article in Spanish]. *Atención Primaria* 31: 581–586.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., & Bagby, R. M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 31: 903–932.
- Zweig, R. A. (2003). Personality disorders in older adults: Managing the difficult patient. *Clinical Geriatrics*, 11: 22–25.
- Zweig, R. A., & Agronin, M. E. (2006). *Personality disorders in late life*. In M. Agronin & G. Maletta (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (pp. 449–469). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Zwinkels, A., Geusgens. C., Van de Sande, P., & Van Heugten, C. (2004).  
Assessment of apraxia: interrater reliability of a new apraxia test, association  
between apraxia and other cognitive deficits and prevalence of apraxia in a  
rehabilitation setting. *Clinical Rehabilitation*, 18: 819–827.

**ANEXOS**

**Entrevista Clínica**  
(para adultos y mayores)

Psicólogo: \_\_\_\_\_

**Datos Personales:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Data de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Residencia: \_\_\_\_\_  
(si institucionalizado, preguntar a cuanto tiempo) \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_

**Preferencia Manual:**

Actividades	Siempre con la Izquierda	Usualmente Izquierda	Sin preferencia	Siempre con la derecha	Usualmente Derecha
Escribir					
Lanzar una pelota					
Jugar con raqueta					
Usar tijera					
Barrer					
Jugar a las cartas					
Clavar un clavo					
Coger una flor					

Que ojo utiliza para observara través de la cámara de fotografiar (microscopio, telescopio, etc.)? \_\_\_\_ Con que pie juega al balón? \_\_\_\_\_ Alguna lesión en la mano o en el brazo? \_\_\_\_\_ Alguna lesión en el pie o en la pierna? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Otras actividades que realiza sin preferencia manual  
\_\_\_\_\_

**Quejas Actuales:**

Motivo da consulta (paciente) (registrar sucintamente el motivo(s) que llevan(ron) el paciente a la consulta):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la consulta (familiares o cuidadores) (registrar sucintamente el motivo(s) que lleva(ron) los familiares o cuidadores a la consulta):

---

---

---

---

**Historia del(os) Problema(s) Actual(es):**

Descripción cronológica y organizada de las razones que llevaron el paciente a la consulta:

---

---

---

---

---

---

Terapéutica efectuada o tentativas para solucionar el problema (farmacológicos o no farmacológicos):

---

---

---

**Historia Psiquiátrica e/ o Psicológica:**

Problemas psiquiátricos e/o psicológicos:

---

---

Terapéutica (médica, psicológica, etc.):

---

---

Hospitalización:

---

---

Problemas psiquiátricos e/o psicológicos de familiares (padres, hermanos, abuelos):

---

---

---

Historia de trauma psicológico (violencia, agresión sexual, etc.):

---

---

**Historia Neurológica:**

Problemas neurológicos (meningitis o otras infecciones celebráis, crisis de epilepsia, cefalea, visión destorcida, perturbaciones del sueño, etc.):

---

---

Terapéutica Farmacológica y Dosis	Diagnostico
1)	1)
2)	2)
3)	3)

**Hospitalización:**

Motivo	Tiempo	Local
1)	1)	1)
2)	2)	2)

**Lesiones Neurológicas:**

---

---

---

a) Se tuvo algún traumatismo cráneo encefálico (TCE), perdió la consciencia? \_\_\_\_\_

b) Duración de la perdida de consciencia:

---

c) Hospitalización:

d) Datos médicos e neurológicos:

---

---

---

e) Terapéutica:

---

---

f) Cambios cognitivos después da la lesión cerebral:

---

---

g) Cambios conductuales después de la lesión cerebral:

---



---

Historia de abuso de alcohol e/ o drogas:

Alcohol	Cantidad	Pasado	Presente	Duración
Cerveza/día				
Vino/día				
Otro/día				
Drogas				
Cocaína				
Heroína				
Hierva				
Otros				
Pastillas				
Benzodiazepinas				
Otros				
Tabaco				
Dosis/día				

Recibe o recibió algún tipo de terapéutica para a adicción al alcohol e/o drogas:

---

---

Otras drogas:

---

Exposición a substancia tóxicas (monóxido de carbono, etc.):

---

**Otras condiciones clínicas:**

Problemas clínicos actuales (asma, diabetes, alergias, hipertensión, etc.):

---

---

---

---

Problemas clínicos pasados:

---

---

---

---

Ciclo menstrual (regular, alteraciones, etc.):

---

---

**Historia Familiar:**

Problemas psiquiátricos e/o psicológicos en la familia (padres, hermanos y/o abuelos):

---

---

---

Problemas neurológicos en la familia (padres, hermanos y/o abuelos):

---

---

Problemas médicos en la familia (diabetes, problemas cardíacos, inmunitarios, etc.) en (padres, hermanos y/o abuelos):

---

---

---

Historia familiar de consumo de alcohol e drogas (especificar si la madre consumió alcohol e/o drogas durante a gravidez e a amamentación):

---

---

**Historia Personal y Social**

Infancia (como fue, criado por quien, lo que mas le gustaba hacer, relación con sus padres y hermanos, etc.):

---

---

---

---

Adolescencia (como fue, pasada con quien, lo que mas le gustaba hacer, relación con sus padres y hermanos, etc.):

---

---

---

---

Formación/escolaridad (estudio durante cuantos años, le gustaba estudiar, se terminó los estudios: cuando y cuales, etc.):

---

---

---

---

Ocupaciones hasta la fecha:

---

---

---

---

Problemas profesionales (empleo, desempeño, etc.):

---

---

---

---

Datos sobre la familia (familia nuclear, número de hijos, etc.):

---

---

---

---

Problemas familiares (violencia física, psicológica, etc.):

---

---

---

---



SOLICITUD DE ESTANCIA DIURNA EN CENTRO DE DÍA DE MAYORES DE  
CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN BADAJOZ

FECHA DE VALORACION
FECHA DE INGRESO EN EL CENTRO
FECHA DE BAJA EN EL CENTRO / MOTIVO
TRANSPORTE : COMPLETO / MEDIA JORNADA
VALORACION DEL SEPAD :
CODIGO N° :

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Núm. DNI.
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Sexo Hombre Mujer	Lugar de nacimiento	Estado civil
Domicilio			C. Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	
Núm. Cartilla Seguridad Social			

Datos del cónyuge

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Núm. DNI
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento		Núm. Seguridad Social

DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Núm. DNI
Domicilio			C. Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	
Relación con el interesado		Representante legal	

CENTRO QUE SOLICITA

Centro:	Transporte Adaptado No Necesita Normal
---------	--

## DATOS ECONÓMICOS:

### 1- Pensión del solicitante:

Clase de Pensión	Procedencia	Cuantía mensual	Nº de pagas / Año

### 2- Pensión del Cónyuge:

Clase de Pensión	Procedencia	Cuantía mensual	Nº de pagas / Año

### 3- Otros ingresos:


### Declaración:

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del Expediente, y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la expulsión del centro, en el supuesto de haber sido admitida. Al mismo tiempo, se compromete a hacerse cargo del beneficiario, si resultase subsidiario del servicio, bien por mejoría, empeoramiento o cambio sensible de la situación socio sanitaria y/o familiar que motivó el ingreso, previa valoración del equipo multiprofesional encargado del Centro, cuyo objetivo primordial de cara a los usuarios es trabarles las deficiencias causadas por la enfermedad/es (memoria, razonamiento, orientación, AVD, terapia ocupacional) para que mantenga su autonomía el mayor tiempo posible, estableciendo también un periodo de adaptación y prueba no superior a un mes valorando en el transcurso de este periodo por el equipo multiprofesional, si el usuario es susceptible de ingreso en el centro o en su caso orientarlo sobre las alternativas más viables para su bienestar.

Badajoz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_, expreso mi conformidad a los gastos que conlleva la estancia diurna de mi cónyuge/familiar en el Centro.

Y para que conste, a sus efectos, ante Cruz Roja Española en Badajoz, firmo la presente declaración en el lugar y fecha consignados.

Firma del Cónyuge/Familiar

Nº DNI:

**INFORME MÉDICO**  
(Anexo a la solicitud de ingreso en Centros de Personas Mayores)

D. \_\_\_\_\_ Colegiado n° \_\_\_\_\_

Médico de \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Reconocimiento efectuado al solicitante/s de ingreso en centros de Día para personas mayores de :

	<b>1er. SOLICITANTE</b>	<b>2° SOLICITANTE</b>
1. Padece enfermedad infecto-contagiosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. Inmovilización en cama, atención continua	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. Tensión arterial		
4. Frecuencia Cardíaca		
5.-Frecuencia Respiratoria		

**AUTONOMIA FÍSICA**

<b>LIMITACIONES</b>	<b>1ER.SOLICITANTE</b>	<b>2° SOLICITANTE</b>	
1. extremidades Superiores	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	Y
2. Extremidades Inferiores	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	Z
3. Continencia de Esfínteres	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	AA
4. Vista y Oído	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	μ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	AB

**DIAGNOSTICO.**

Causa de la discapacidad física señalada anteriormente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTONOMIA PSÍQUICA

1.Orientación Espacio-Temporal	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	
2.Percepción	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	
3.Comunicación	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	
4.Control emocional	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	
5.Memoria	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	
6.Conducta	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	$\mu$ Normal <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Importantes <input type="radio"/> Totales	

## OBSERVACIONES

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## MÉDICO DE CABECERA

NOMBRE PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL O COMPAÑIA \_\_\_\_\_

NOMBRE MÉDICO CABECERA \_\_\_\_\_

### PRINCIPALES PATOLOGÍAS

---

---

---

---

---

### TERAPÉUTICA

---

---

---

---

### DIETA RECOMENDADA

---

---

---

**TRATAMIENTO ACTUAL**

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DE CABECERA**

## MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)<sup>1</sup>

Nombre.....Edad.....  
Ocupación.....Escolaridad.....  
Examinado por..... Fecha.....

### I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

• Dígame el día(1).....fecha(1).....mes(1).....  
estación(1).....año(1).....

• Dígame en qué lugar estamos(1).....piso(1).....ciudad(1).....  
región(1).....país(1).....

### II. REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

“Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más”

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (máximo seis veces en total)

### III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos)

• Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 - 65

• Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

*\*Anotar el mejor puntaje*

### IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

<sup>1</sup> Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)

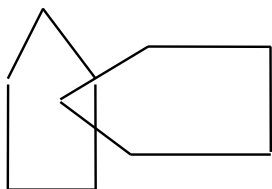
**V. LENGUAJE**  (0 – 9 puntos)

- Mostrar Un LÁPIZ(1).....y un RELOJ(1)..... (la persona debe nombrarlos)
- Repita esta frase : EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS(1).....
- Orden: “TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA(1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS(1) Y DÉJELO EN EL SUELO(1)”.....
- Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1)

**CIERRE LOS OJOS**

- Escriba una frase a continuación: (1)

- Copie este dibujo(1)



**PUNTUACIÓN:**

*Puntuación máxima: 30*

30: normal

29 – 24: déficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural

<24: deterioro cognitivo

Puntaje de corte 23/24

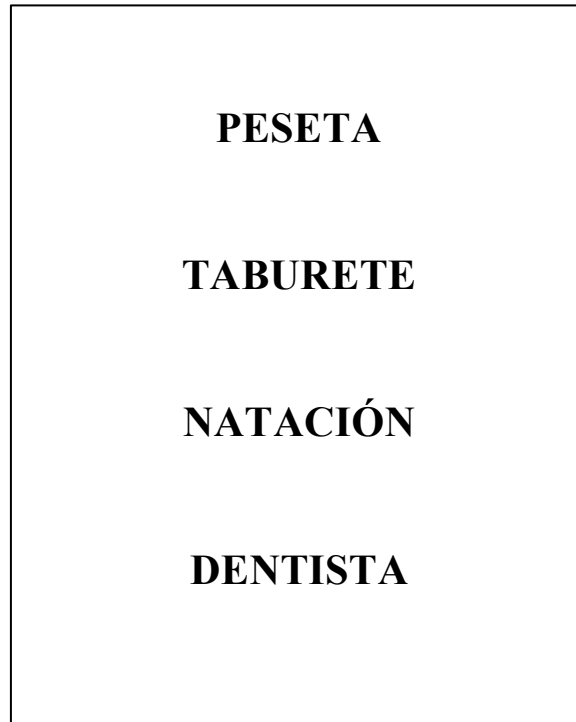
19 – 23: deterioro cognitivo leve

14 – 18: deterioro moderado

<14: deterioro cognitivo grave

## **Memory Impairment Screen**

(MIS)



Se pide a la persona evaluada que repita varias veces las cuatro palabras que se encuentran en la lámina. Se hace asociación de palabras con ellas, para peseta, se refiere que es un cobre, para taburete que es un objeto para sentarse, con natación que es un deporte y con dentista que es una profesión.

Luego se propone una conversación, de más o menos cinco minutos, para que se pregunte lo que palabras estaban en la lámina. La puntuación va de 0 a 8. Cada palabra que recuerde sin ayuda son 2 puntos y a cada palabra que se tenga que ayudar con la asociación de palabras cuenta apenas 1 punto.

## CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

## Test de Dibujo del Reloj

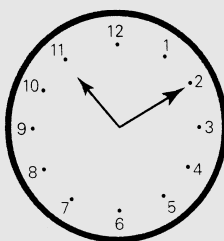
### Instrucciones para su realización

Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que sea posible.

### Criterios de puntuación

### Puntos

1. Esfera del reloj (máximo 2 puntos)	
Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones	2
Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica	1
Ausencia o dibujo totalmente distorsionado	0
2. Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)	
Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo pequeños errores en la localización espacial en menos de cuatro números	4
Cuando los pequeños errores en la colocación espacial se dan en cuatro o más números	3,5
Todos presentes, con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 8)	3
Números con algún desorden de secuencia (menos de cuatro números)	3
Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes	2
Números con algún desorden de secuencia (cuatro o más números)	2
Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa)	2
Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj, etc.)	2
Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica)	2
Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial	1
Alineación numérica con falta o exceso de números	1
Rotación inversa con falta o exceso de números	1
Ausencia o escasa representación de números (menos de seis números dibujados)	0
3. Presencia y localización de las manecillas (máximo 4 puntos)	
Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño	4
Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño	3,5
Pequeños errores en la localización de las manecillas	3
Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta	3
Gran distorsión en la localización de las manecillas	2
Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta	2
Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora incorrecta	1
Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas	0



## Escala Global de Deterioro

### GDS

#### **GDS-1: Ausencia de alteración cognitiva**

Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica

#### **GDS-2: Disminución cognitiva muy leve**

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.

Olvido de nombres previamente bien conocidos

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.

No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

Hay pleno conocimiento y valoración de los síntomas.

#### **GDS-3: Defecto cognitivo leve**

Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:

El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.

Los compañeros detectan poco rendimiento laboral.

Las personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres.

Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.

Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.

Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.

En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.

Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.

La negación de los defectos se hace manifiesta en el paciente.

Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

#### **GDS-4: Defecto cognitivo moderado**

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.

El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.

Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.

Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

Orientación en tiempo y persona.

Reconocimiento en personas y caras familiares.

Capacidad en desplazarse a lugares familiares.

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el mecanismo de defensa dominante.

Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

#### **GDS-5: Defecto cognitivo moderado-grave**

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.

Es frecuente cierta desorientación en el tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en el espacio (lugar).

Una persona con educación normal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia ni en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.



**GDS-6: Defecto cognitivo grave**

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la pareja, de la cual, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar desde diez hacia atrás y a veces hacia delante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo.

Síntomas obsesivos, como actividades repetidas de limpieza.

Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente.

Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

**GDS-7: Defecto cognitivo muy grave**

Pérdida de origen de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas: en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n.

El cerebro no transmite al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales.

## TEST DEL INFORMADOR (Spanish Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly [S-IQCODE])

(Morales JM et al Arch Neurobiol 1992; 55(6): 262-6.)

**Explicación al informador:** *“Trate de recordar cómo era su familiar hace 10 años y compárelo con su situación actual. Señale los cambios que haya observado en él para cada una de las siguientes cosas:”*

(Forma de puntuar las respuestas: 1 = Ha mejorado mucho; 2 = Ha mejorado un poco; 3 = Apenas ha cambiado; 4 = Ha empeorado un poco; 5 = Ha empeorado mucho)

1. Capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos).
2. Capacidad para recordar los nombre de estas mismas personas.
3. Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños).
4. Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares).
5. Recordar lo que habló en una conversación unos días antes.
6. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho antes.
7. Recordar su propia dirección o número de teléfono.
8. Recordar la fecha en que vive.
9. Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.
10. Saber dónde se pone una cosa que se ha encontrado descolocada.
11. Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, en alguna celebración, de vacaciones).
12. Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar, etc.).
13. Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, etc.).
14. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).
15. Aprender cosas nuevas (en general).
16. Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven.
17. Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación).
18. Entender artículos de periódicos o revistas en las que está interesado.
19. Seguir una historia del libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.
20. Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios.
21. Recordar gentes y hechos históricos del pasado (guerra civil, república, etc.).
22. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).
23. Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco).
24. Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio).
25. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados).
26. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?

Subrayados los ítems de la versión reducida SS-IQCODE

## Inventario de Depresión de Beck

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
  - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
  - No me encuentro triste
  - Me siento algo triste y deprimido
  - Ya no puedo soportar esta pena
  - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

---

2. Pesimismo
  - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
  - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
  - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
  - No espero nada bueno de la vida
  - No espero nada. Esto no tiene remedio

---

3. Sentimientos de fracaso
  - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
  - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
  - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
  - No me considero fracasado
  - Veo mi vida llena de fracasos

---

4. Insatisfacción
  - Ya nada me llena
  - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
  - Ya no me divierte lo que antes me divertía
  - No estoy especialmente insatisfecho
  - Estoy harto de todo

---

5. Sentimientos de culpa
  - A veces me siento despreciable y mala persona
  - Me siento bastante culpable
  - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
  - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
  - No me siento culpable

---

6. Sentimientos de castigo
  - Presiento que algo malo me puede suceder
  - Siento que merezco ser castigado
  - No pienso que esté siendo castigado
  - Siento que me están castigando o me castigarán
  - Quiero que me castiguen

---

7. Odio a sí mismo
  - Estoy descontento conmigo mismo
  - No me aprecio
  - Me odio (me desprecio)
  - Estoy asqueado de mí
  - Estoy satisfecho de mí mismo

---

8. Autoacusación
  - No creo ser peor que otros
  - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
  - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
  - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
  - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

---

9. Impulsos suicidas
  - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
  - Siento que estaría mejor muerto
  - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
  - Tengo planes decididos de suicidarme
  - Me mataría si pudiera
  - No tengo pensamientos de hacerme daño

---

10. Períodos de llanto
  - No lloro más de lo habitual
  - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
  - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
  - Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

**Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## Índice de Barthel

<i><b>Ítem</b></i>	<i><b>Actividad básica de la vida cotidiana</b></i>	<i><b>Puntos</b></i>
Comer	– Totalmente independiente	10
	– Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	– Dependiente	0
Lavarse	– Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	– Dependiente	0
Vestirse	– Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	– Necesita ayuda	5
	– Dependiente	0
Arreglarse	– Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	– Dependiente	0
Deposiciones*	– Contínente	10
	– Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	– Incontinente	0
Micción*	– Contínente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	– Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	– Incontinente	0
Usar el retrete	– Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	– Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	– Dependiente	0
Trasladarse	– Independiente para ir del sillón a la cama	15
	– Mínima ayuda física o supervisión	10
	– Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	– Dependiente	0
Deambular	– Independiente, camina solo 50 metros	15
	– Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	– Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	– Dependiente	0
Escalones	– Independiente para subir y bajar escaleras	10
	– Necesita ayuda física o supervisión	5
	– Dependiente	0

\* Valorar la semana previa.

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

## NEO-FFI

A.	En total desacuerdo	B.	En desacuerdo	C.	Neutral	D.	De acuerdo	E.	Totalmente de acuerdo
1	A menudo me siento inferior a los demás.	A	B	C	D	E			
2	Soy una persona alegre y animosa.	A	B	C	D	E			
3	A veces cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	A	B	C	D	E			
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	A	B	C	D	E			
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	A	B	C	D	E			
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	A	B	C	D	E			
7	Disfruto mucho hablando con la gente.	A	B	C	D	E			
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	A	B	C	D	E			
9	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	A	B	C	D	E			
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	A	B	C	D	E			
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	A	B	C	D	E			
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	A	B	C	D	E			
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	A	B	C	D	E			
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	A	B	C	D	E			
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	A	B	C	D	E			
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	A	B	C	D	E			
17	No me considero especialmente a legre.	A	B	C	D	E			
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	A	B	C	D	E			
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	A	B	C	D	E			
20	Tengo mucha auto-disciplina.	A	B	C	D	E			
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	A	B	C	D	E			
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.	A	B	C	D	E			
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	A	B	C	D	E			
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	A	B	C	D	E			
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	A	B	C	D	E			
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	A	B	C	D	E			
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.	A	B	C	D	E			
28	Tengo mucha fantasía.	A	B	C	D	E			
29	Mi primera reacción es confiar en la gente.	A	B	C	D	E			
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	A	B	C	D	E			
31	A menudo me siento tenso e inquieto.	A	B	C	D	E			
32	Soy una persona muy activa.	A	B	C	D	E			
33	Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	A	B	C	D	E			
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	A	B	C	D	E			
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	A	B	C	D	E			
36	A veces me he sentido amargado y resentido.	A	B	C	D	E			
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	A	B	C	D	E			
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	A	B	C	D	E			
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	A	B	C	D	E			
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	A	B	C	D	E			
41	Soy bastante estable emocionalmente.	A	B	C	D	E			
42	Huyo de las multitudes.	A	B	C	D	E			
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.	A	B	C	D	E			
44	Trato de ser humilde.	A	B	C	D	E			
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	A	B	C	D	E			
46	Rara vez estoy triste o deprimido.	A	B	C	D	E			
47	A veces reboso felicidad.	A	B	C	D	E			
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	A	B	C	D	E			
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	A	B	C	D	E			
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso.	A	B	C	D	E			
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	A	B	C	D	E			
52	Me gusta estar donde está la acción.	A	B	C	D	E			
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	A	B	C	D	E			
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.	A	B	C	D	E			
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	A	B	C	D	E			
56	Es difícil que yo pierda los estribos.	A	B	C	D	E			
57	No me gusta mucho charlar con la gente.	A	B	C	D	E			
58	Rara vez experimento emociones fuertes.	A	B	C	D	E			
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.	A	B	C	D	E			
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.	A	B	C	D	E			

RODEE UNA DE LAS RESPUESTAS

¿Ha respondido a todas las frases?      SÍ    NO

¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases?      SÍ    NO

**FIN DE LA PRUEBA**