

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en la edad de oro

José V. Díaz.

Profesor sénior-UVEG

Introducción

En la asamblea anual de la Asociación de Profesores Jubilados de la Universitat de València (APRJUV), se propusieron tres objetivos a desarrollar durante el año 2010:

- 1º Definir y afianzar el “**sentimiento de pertenencia**” a la Comunidad de Conocimientos y Servicios, que los asociados han tenido por muchos en la Universitat de València,
- 2º Orientar y dirigir el **espíritu de servicio de sus asociados**, ofreciendo charlas, talleres o conferencias a las diversas instituciones de la sociedad valenciana,
- 3º Aumentar la **amistad y conocimiento** entre los miembros de la APRJUV, mediante visitas conjuntas a centros culturales, reuniones informales como comidas, y reuniones de ampliación de nuestra formación, mediante charlas diálogos sobre temas de especialización.

La Junta Directiva ha concretizado el objetivo 2º en dos tipos de actividades:

- Una conferencia magistral cada trimestre, en el Aula Magna de la UVEG.
- y una charla-diálogo mensual, a impartir en diversos locales de la Universidad.

Con esta primera charla-dialogo, celebrada en el salón de juntas de la Facultad de Filosofía y CC de la Educación se intentaba cristalizar este aspecto del segundo objetivo antes citado. De modo que el enfoque que ha dado a esta actividad es “ofrecer algunas ideas básicas sobre un tema concreto, para proceder a intercambiar ideas de modo que nuestro interés científico siga fortaleciéndose con las aportaciones de los asociados”.

I Qué es el DCL y su diagnóstico.

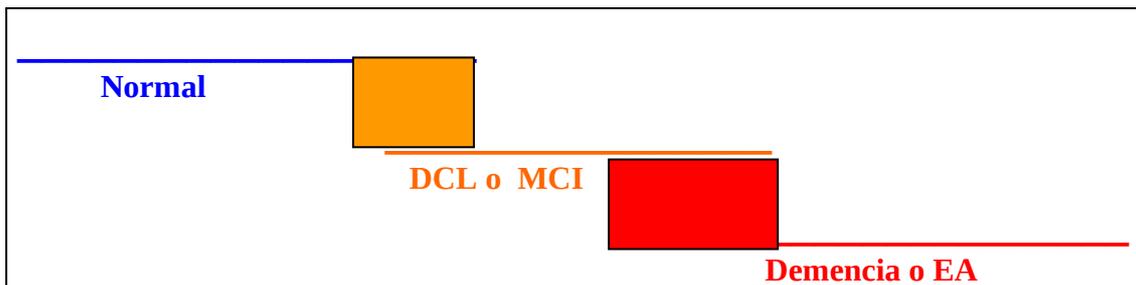
El síndrome Deterioro Cognitivo podría ser definido como: “**una disminución del funcionamiento intelectual, respecto a un nivel previo de ejecución.**”

Muchos autores llaman a la tercera edad, “**edad de oro**”, por que se dice que en las sociedades desarrolladas las personas alcanzan el mayor grado de felicidad, ya que comienzan a ser dueños de su tiempo y obtienen una serie de privilegios sociales, que ofrecen una serie de oportunidades de viajar, de medicinas gratis, de descuentos en servicios públicos, etc.

El Deterioro Cognitivo debe ser considerado como un continuo funcional, en el que se pueden distinguir tres niveles:

- Una *disminución normal* creciente que aparece a partir de los sesenta años y que suele llamarse Deterioro de Memoria Asociado a la Edad (**DMAE**).

- Una *disminución patológica leve*, que surge en algunas personas mayores y que se considera pequeña, de ahí su nombre: Deterioro Cognitivo Leve (DCL), caracterizado por una pérdida reciente y leve de memoria, superior a la que cabría esperarse por la edad y el nivel educativo del paciente. Se suelen distinguir dos clases:
 - el DCL causado por un proceso acelerado de envejecimiento
 - el DCL causado por trastornos neurológicos.
- Y, finalmente, una *disminución patológica grave* del funcionamiento mental, que recibe estos nombres dependiendo de sus características: Deterioro Cognitivo Grave (DCG), Demencia senil y Enfermedad de Alzheimer (EA).



Aquí nos centramos solo en los pacientes con **DCL** que no presentan demencia senil, ni tampoco afección significativa de otras funciones cognitivas, y cuyo cuadro clínico difiere de la simple pérdida de memoria asociada a la edad, que no suele ser notoriamente progresiva.

De modo que el DCL podría catalogarse como un estado de transición entre la función cognitiva normal para la edad y un estado de demencia leve. El síndrome **DCL** es un constructo complejo, que atendiendo a sus múltiples manifestaciones ha sido caracterizado de diversos modos:

- DCL** de tipo amnésico, centrado en la memoria,
- DCL** de tipo lingüístico, centrado en algunos trastornos del lenguaje,
- DCL** de tipo ejecutivo, centrado en alguna dificultad de realización de algunas tareas,
- DCL** de tipo de múltiples dominios, en varios aspectos simultáneamente,
- DCL** normal, que presenta deficiencias leves en:
 - la velocidad de los procesos mentales,
 - la memoria de nombres,
 - y la presencia de escasos cambios en un tiempo corto, cambios que no afectan a la vida normal.

La identificación del deterioro en el DCL suele focalizarse en estos aspectos:

- Deterioro sensible en la orientación espacial o temporal,
- Deterioro evidente de la memoria reciente,
- Problemas en la adquisición de información nueva,
- Problemas en el razonamiento lógico,
- Problemas en la numeración, en el cálculo o en la lateralidad (D-I)
- Alteraciones en el lenguaje (afasias),
- Incapacidad de planificación (proyección mental),

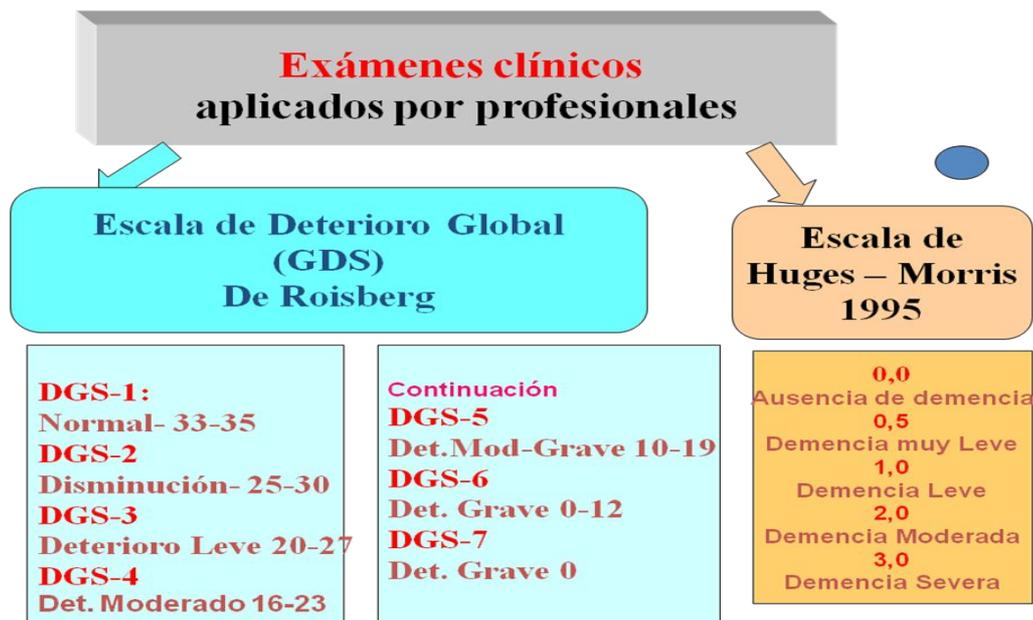
- Escasa motivación por las tareas complejas,
- Y, sobre todo, en cambios importantes de estos síntomas en los últimos 6 meses.

Resulta de suma importancia discernir el tipo de **DCL** que presentan las personas de la 3ª edad, pues si esto no se hace a tiempo, este DCL puede convertirse rápidamente en un **Deterioro Cognitivo Grave (DGC)**, en una **Demencia senil (CDR)** o en una **Enfermedad de Alzheimer (EA)**. Se dice que entre un 10-15% de estos pacientes evolucionan, en tan sólo año, en un cuadro claro de **Enfermedad de Alzheimer**, porcentaje muy alto, si se compara con el 1-2% de las personas sanas de la misma edad.

Se citan algunos **criterios prácticos** a tener en cuenta para sospechar de la presencia del síndrome DCL:

- quejas frecuentes sobre la *aparición de déficits cognoscitivos* expresados por el sujeto o familiares cercanos,
- informes de las mismas personas de un *declive en el funcionamiento cognitivo* en los 12 últimos meses,
- evidencias claras de la aparición de estos déficits cognitivos en las *evaluaciones clínicas*,
- estimación que estos deterioros cognitivos están afectando a la vida diaria del sujeto
- y ausencia de demencia...

Ante la presencia de estos criterios, es conveniente acudir a un especialista que haga un diagnóstico clínico basado pruebas objetivas, tales como la Escala de Deterioro Global (GDS) de De Roisberg y la Escala Huges.Morris que, de acuerdo a la puntuación obtenida en sus cuestionarios, identifican diversos niveles de diagnóstico como puede apreciarse en el cuadro siguiente:



Para mayor información sobre el tema, se presenta aquí la **Evolución de DCL** a través de la 3ª edad:

- * **Los primeros síntomas que suelen aparecer entre los 65-74 años, son estos:**
 - * fallos en la memoria de nombres, poca motivación a realizar cosas complejas,
- * **síntomas que aparecen entre los 75-80 años:**
 - * declinación clara de la memoria secundaria o fijación,
 - * ralentización perceptivo-motora,
 - * debilitamiento de las habilidades constructivas y viso-espaciales (fluidez mental)
- * **síntomas que aparecen a partir de los 80 años:**
 - * pérdida sensible de las memorias,
 - * poca motivación a realizar cosas nuevas,
 - * pérdida sensorial, etc.

Estos déficits se ven aumentados si van acompañadas de enfermedades cardíacas o endocrinas, un exceso de fármacos, una sobrealimentación, alcohol, dependencias...

II parte: Tratamiento.

En esta sección, cuyo contenido se sale de nuestra formación psicológica, nos hemos permitido la licencia de citar un artículo de Mirian Carretero, vocal de distribución del COF de Barcelona, que se publicó en Actualidad Científica, Avances Farmacológicos, vol.22, nov. 2003, págs. 161-162.

En 1986, Schaie y Willis publicaron el resultado de un curioso experimento:

“Seleccionaron una población de personas mayores con una media de edad de 72,8 años que no presentaban demencia, que vivían en residencias y que tenían un nivel educativo similar. Los autores les practicaron varias pruebas de memoria y aprendizaje al inicio del experimento y las repitieron 14 años después. Al cabo de este tiempo, casi la mitad de estas personas mostró un deterioro cognitivo significativo en relación con el momento en que se inició el experimento, lo que indica la alta prevalencia del déficit de memoria asociado a la edad.”

Lo sorprendente fue la segunda parte del experimento:

“Los autores aplicaron un entrenamiento cognitivo intensivo a los pacientes con déficit de memoria que recuperaron el nivel cognitivo que poseían al inicio del estudio 14 años antes. Ello demuestra que si bien en la vejez el cerebro presenta una elevada pérdida de memoria, ésta puede frenarse y revertirse si se interviene tempranamente. El número de neuronas no disminuye con la edad, sólo se deteriora su capacidad funcional, lo que implica que puede mejorarse. La intervención temprana puede hacer más lento el proceso de deterioro cognitivo. En la actualidad se dispone de medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que podrían mejorar la situación.”

Estudios posteriores han venido a demostrar que la utilización de ciertos “ejercicios y juegos cerebrales” son sumamente útiles para:

- mantener la agilidad mental,
- incrementar la inteligencia fluida,
- ayudar a solucionar problemas complejos,
- favorecer una mejor y más larga focalización de la atención,
- ayudar a pensar mejor,
- y, sobre todo, alejar el deterioro cognitivo....Es decir, mantener **la salud cognitiva**.

En la actualidad existen programas, ideados para mejorar la memoria y el rendimiento mental de las personas mayores, que les permiten aprender técnicas que mejoran la memoria secundaria. Estos programas permiten desarrollar la capacidad para adquirir nueva información y recordar mejor la información una vez ha pasado a la memoria secundaria o lejana.

Estos programas consisten en un conjunto graduado de ejercicios, elaborados generalmente por neuro-científicos sobre estas actividades: ejercicios físicos, crucigramas, acertijos lógicos, cálculo matemático (sudokus), sopa de letras, hallar diferencias entre figuras, ejercicios de memoria y una serie de juegos digitales agradables y auto estimulantes, conocidos como “*brain training for Adults*”, etc..

Este tipo de ejercicios pueden encontrarse, gratis, buscando en el “google” palabras claves como: gimnasia cerebral, ejercicios, juegos, gimnasia cerebral, ejercicios mentales etc.

También existen empresas que ofrecen la oportunidad de inscribirse en esos programas propios, que facilitan este material, entre las que se pueden citar:

“<http://i.lumisoty.com/es/info/home>”, que puede verse en español también.

“<http://rapidshare.com/files/115111298/gimnasiacerebral.var>”

“<http://www.cognifit.com/>

“<http://www.mendoza.edu.ar/servicios/...>

Las personas mayores pueden beneficiarse de estrategias de repetición de hechos, de categorización de datos y del uso de reglas mnemotécnicas. La categorización de datos puede proporcionar importantes efectos beneficiosos cuando se dan instrucciones específicas de repetir y recordar por categorías los temas de información (p. ej., recordar, agrupados por categorías, los medicamentos que deben tomar). Suele ser una ayuda eficaz recordar palabras clave y repetir una determinada información. También son importantes las ayudas visuales externas como son listados, cuadernos de notas, calendarios, recordatorios en lugares visibles o luces de alerta. Las personas mayores recuerdan mejor las imágenes, por lo que es recomendable utilizar símbolos visuales.

Así mismo las personas mayores suelen tener problemas de memoria cuando están cansadas o se encuentran en una situación de estrés. El déficit de memoria se debe esencialmente a la reducción de la atención que produce la ansiedad o las preocupaciones. Se observa que la reducción de la ansiedad mediante un entrenamiento de relajación aumentaba la capacidad de las personas mayores de aprender, así como enseñar a utilizar un método mnemotécnico y de este modo mejorar la capacidad de recordar experiencias depositadas en la memoria secundaria. Las personas, cuando se jubilan, por lo general, reducen la utilización de la memoria, debido a la falta de actividad. De ahí que parece

oportuno, recordar la frase del escritor Martin Roth refiriéndose a la memoria: «Úsala o piérdela»

II.1 Tratamiento farmacológico:

Por lo general, las personas mayores con LCL necesitan, además del tratamiento psico-educativo antes citado, un tratamiento farmacológico que suelen olvidar con frecuencia, con lo que incumplen la pauta terapéutica. Para mejorar el cumplimiento es útil ofrecer instrucciones escritas fáciles de leer y hacer que las repitan. También suele ser útil que utilicen dosificadores con un programa semanal.

Entre las medidas terapéuticas farmacológicas están (texto tomado de Mirian Carretero, 2003, antes citada):

-La Medicación nootropa

“Los fármacos nootropos (piracetam, oxiracetam, etiracetam, pramiracetam, aniracetam ...) deben su nombre a dos palabras griegas: *noos* (mente) y *tropos* (dirección). Estos fármacos actúan en el telencéfalo sobre las actividades cerebrales superiores, intelectuales o cognitivas, facilitando la actividad integradora cerebral.

Los nootropos reúnen las características siguientes:

- *Mejoran la actividad cognitiva y la memoria*, particularmente en situaciones deficitarias metabólicas neuronales como en hipoxia, intoxicación, traumatismo, trombosis o envejecimiento.
- *Presentan efectos secundarios* muy escasos, aún a altas dosis.
- No poseen por sí mismos efectos *cerebrovasculares* que puedan explicar indirectamente efectos telencéfalicos.
- No actúan directamente sobre estructuras subcorticales.

Los nootropos, además, estimulan la síntesis de fosfolípidos de membrana, previamente deprimida por la edad o por lesiones cerebro-vasculares. También estimulan la captación de colina en las terminaciones nerviosas colinérgicas, lo que sugiere una activación indirecta de sistemas colinérgicos centrales, involucrados en fenómenos de aprendizaje y memorias

Los ensayos clínicos hechos con piracetam demuestran cierta mejoría en el grado de alerta, astenia, irritabilidad, capacidad para relacionarse y memoria a corto plazo, pero no demuestran su eficacia en el tratamiento de pacientes con demencia o deterioro cognitivo”

-Antioxidantes

“El estrés oxidativo se ha asociado a la muerte neuronal en áreas del lóbulo temporal medio, en pacientes con DCL o enfermedad de Alzheimer. El uso de antioxidantes puede neutralizar el metabolismo que desencadena la lesión y la muerte neuronal, vía radicales libres. La actividad excesiva de la monoaminoxidasa podría ser una de las causas de producción exagerada de radicales libres. Se utiliza el inhibidor selegilina que mejora ligeramente la cognición en pacientes con EA. La vitamina E (alfatocoferol) es un antioxidante que secuestra radicales libres y parece retrasar la progresión de la EA aunque no mejora la cognición. El extracto de *Ginkgo biloba* también posee efecto antioxidante y

ha demostrado ser más eficaz que el placebo en algunos estudios realizados en pacientes con EA leve o moderada.”

“Los estrógenos también se comportan como secuestradores de radicales libres además de poseer efectos neurotróficos y neuroprotectores. Esto podría explicar los resultados de algunos estudios en mujeres posmenopáusicas u ovariectomizadas, en los que se ha demostrado que la terapia sustitutiva con estrógenos podría retrasar la progresión de la EA. Se han observado también efectos beneficiosos de los estrógenos sobre la memoria en mujeres que no presentan demencia.”

-Colinesterasa

“Los antagonistas muscarínicos tipo escopolamina producen un deterioro de la memoria y los agonistas muscarínicos mejoran el aprendizaje y la memoria. Hoy día, se acepta que mejorar la neurotransmisión colinérgica es invertir en memoria. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donezepilo, rivastigmina y galantamina) han demostrado mejorar la memoria y retrasar el deterioro cognitivo en pacientes con EA.”

-AINE

“En fases tempranas de la EA, la activación de la microglia produce la liberación de mediadores de la inflamación tipo prostaglandinas bradicinina, interleucinas o inhibidores de proteasas, lo que ocasiona una inhibición generalizada de la corteza cerebral y la muerte neuronal. Se ha observado que la incidencia de EA en pacientes que presentan artritis reumatoide y toman AINE es 6-12 veces menor de la esperada.”

-Citicolina

“La citicolina (CDP-colina) es un compuesto endógeno que sintetizan las células de los mamíferos y actúa como intermediario en la vía principal de transformación de la colina en fosfatidilcolina, un fosfolípido esencial en la membrana neuronal. La citicolina se emplea desde hace dos décadas en el tratamiento de procesos cerebrales que cursan con deterioro neuronal. Tras su administración, la citicolina es absorbida completamente, atraviesa la barrera hematoencefálica y llega al cerebro, donde aumenta rápidamente la producción de acetilcolina y la neurotransmisión colinérgica. En estudios realizados en pacientes con neuropatías se ha observado que la citicolina mejora la memoria, además de otras funciones cognitivas.”

III-Conclusión.

El tratamiento sintomático de los trastornos cognitivos relacionados con la edad no pretende una curación, sino un aumento de la calidad de vida retardando el envejecimiento cerebral. A muchos pacientes con pérdida de memoria les preocupa la posibilidad de presentar EA, por ello es importante establecer un diagnóstico claro del DCL y mantenerlos controlados. También es importante seguir los programas de entrenamiento de la memoria. Han empezado a realizarse estudios para comprobar si las medicaciones que mejoran la memoria y también si retrasan la evolución de la EA del paciente con DCL. Los resultados de estos estudios orientarán mejor el tratamiento de estas personas en los próximos años.