

Ana Miranda [1]
Marlene Pruvost [1]
Fátima González Palau [2]

María Florencia Rimoldi [1]
Magdalena Viale [1]
Magdalena Cáceres [1]

Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento.

Neuropsychological profiles: Alzheimer's and Parkinsons' disease, Mild cognitive impairment, Major depressive disorder and Normal aging.

Perfis neuropsicológicos: Doença de Alzheimer e Parkinson, Deterioração cognitiva leve, Trastorno depresivo maior y Envelhecimento.

[1] Centro Integral de Apoyo Terapéutico y Estimulación Cognitiva (CIATEC), Córdoba, Argentina / UNR Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina. Contacto: Ana Laura Miranda, email: mirandalaura@gmail.com
Dirección postal: Bv. Chacabuco 744 – 1ro "C" – CP 5000

[2] Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Sanatorio Allende, Argentina

Resumen

La evaluación neuropsicológica consiste en un instrumento que posibilita la descripción de aquellos aspectos conservados o afectados en las distintas áreas de funcionamiento cognitivo de una persona. Esta descripción detallada y ordenada que recibe el nombre de perfil, representa un necesario punto de partida, previo al diseño de tratamientos e intervenciones neuropsicológicas. El hecho de que exista cierto solapamiento de síntomas entre algunos cuadros, plantea desafíos al trabajo clínico. Por lo tanto, resulta importante para el profesional tener un mayor conocimiento de los perfiles neurocognitivos típicos, así como de aquellos que presentan aspectos aún poco definidos, lo cual permitiría ordenar y comparar rápidamente las áreas de afectación prevalentes en cada cuadro, posibilitando tomar decisiones más precisas y cautelosas, y diseñar de manera óptima, el tratamiento más adecuado para cada paciente.

Palabras clave: Evaluación neuropsicológica; Funciones cognitivas; Enfermedad de Alzheimer; Enfermedad de Parkinson, Deterioro cognitivo leve; Envejecimiento.

Abstract

Neuropsychological assessment becomes a resource that enables the description of both preserved and affected functions from diverse neuropsychological profiles, with the aim of plan a specific treatment for each case. As the results of an evaluation consists in the first step to take, and considering the several overlaps between different cases, to count with instruments which optimize time of clinical work, develop into a fact. To have larger knowledge related to these neuropsychological profiles would be a way to order and compare the most important areas and better treatments, as appropriate.

Key words: Neuropsychological profiles; Alzheimer's disease; Parkinson; Mild cognitive impairment, Major depressive disorder; Normal aging.

Resumo

A avaliação neuropsicológica consiste em um instrumento que possibilita a descrição daqueles aspectos conservados ou afetados nas distintas áreas de funcionamento cognitivo de uma pessoa. Esta descrição detalhada e ordenada que recebe o nome de perfil, representa um necessário ponto de partida, prévio ao desenho de tratamentos e intervenciones neuropsicológicas. O fato de que exista certo solapamento de sintomas entre alguns quadros, apresenta desafios ao trabalho clínico. Consequentemente, resulta importante para o profissional ter um maior conhecimento dos perfis neurocognitivos típicos, assim como daqueles que apresentam aspectos ainda pouco definidos, o qual permitiria ordenar e comparar rapidamente as áreas de afetação prevalentes em cada quadro, possibilitando tomar decisões mais precisas e cautelosas, e desenhar de maneira óptima, o tratamento mais adequado para cada paciente.

Palavras chaves: Avaliação neuropsicológica; Funções cognitivas; Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson; Deterioração cognitiva leve; Envelhecimento

La evaluación neuropsicológica se constituye en una herramienta que debe proporcionarnos una descripción válida de los puntos característicos en cada perfil cognitivo, con objeto de poder planificar un tratamiento especializado, lo más factiblemente ajustado al perfil en cuestión (Portellano, 2007; en Herreras, E., 2008).

Herreras (2008), destaca que los resultados de la evaluación neuropsicológica representan el punto de partida para el tratamiento y rehabilitación (Bausela y Santos, 2005; González, Seijo y Lemos, 1998), puesto que mediante la evaluación podremos delinear el perfil de las capacidades preservadas, así como determinar el grado de influencia de estos déficits en la realización de las actividades de la vida diaria (Fernández, 2001).

Por otra parte, acorde a lo señalado por Braaten, Parsons, McCue, Sellers y Burns (2006), el solapamiento de síntomas en distintos cuadros de demencia así como en el Trastorno depresivo mayor, entre otros, plantea nuevos desafíos al trabajo clínico. Si bien existe una cantidad importante de estudios que han realizado comparación entre perfiles, se destaca que aún existen inconsistencias en los hallazgos, con

lo cual la definición de un único y consistente perfil en distintos casos, aún no se ha podido establecer.

En este sentido, se considera de importancia que el profesional pueda contar con información actualizada que facilite orientar su trabajo clínico de búsqueda y descripción de posibles anomalías asociadas o no con un daño cerebral, valiéndose de instrumentos que permitan optimizar el tiempo empleado. En este sentido, se orienta el presente trabajo.

Objetivo

Revisar y comparar la información existente en distintas investigaciones respecto a los perfiles neuropsicológicos de: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Deterioro cognitivo leve (diversos subtipos), Envejecimiento Normal y Trastorno depresivo mayor.

Metodología

Se identificó y seleccionó un total de 12 estudios, localizados mediante exploración en bases de datos

destacadas como Dialnet, Ebscohost y Sciencedirect (Figura 1). Se utilizaron como palabras clave: Perfil neuropsicológico/características neuropsicológicas; Enfermedad de Alzheimer; Deterioro cognitivo leve; Enfermedad de Parkinson; Depresión; Envejecimiento normal. Los criterios de búsqueda incluyeron: el establecimiento de límite temporal (estudios publicados entre los años 2004 – 2014), accesibilidad y pertinencia (especificidad del área).

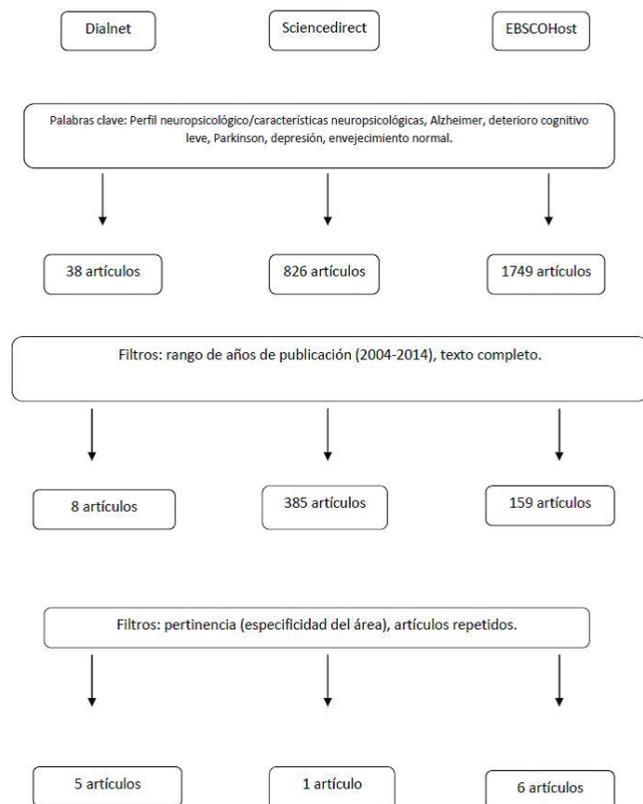
Resultados

De los estudios seleccionados y analizados, se extrajo la siguiente información:

Enfermedad de Alzheimer

Los estudios revisados (Tabla 1), señalan similares conclusiones respecto a las áreas que se encuentran comprometidas en la Enfermedad de Alzheimer (en adelante EA). Se señala que existe un deterioro cognitivo global, con un mayor déficit en funciones ligadas a la memoria (por ejemplo: Memoria

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos.



lógica, pares verbales y visuales asociados), entre los cuales se halla mayor compromiso principalmente en modalidad auditiva verbal. Asimismo, se evidencia una menor afectación en la atención (Oda, Yamamoto y Maeda, 2009).

Otro de los estudios coincide con los resultados mencionados, encontrando que existe un mayor deterioro de la memoria semántica en personas con EA. Asimismo, encuentran cierta afectación en pruebas que evalúan flexibilidad cognitiva, considerada dentro de las funciones ejecutivas (FE), (García-Alberca et. al., 2008).

A diferencia de la población del primer estudio, cuyo nivel de escolaridad presentó una media de 10.1351 años (DS= 2.4232); en este último, las personas con EA tenían un menor nivel de escolaridad (Media= 6,18 (DS=2,52), en mujeres; y media= 6,71 (Ds=3,1), en hombres.

En el estudio de Braaten A., et al. (2006), se encontraron alteraciones globales de memoria, aunque principalmente en subpruebas de recuerdo demorado. Asimismo, se hallaron dificultades en los dominios de nominación por confrontación visual y en

fluidez verbal semántica (categorías), mucho mayores en comparación con las encontradas en Trastorno depresivo mayor o Demencia frontotemporal.

Como dato significativo, en todos los estudios se encuentra una mayoría de mujeres con diagnóstico de EA y la existencia de sobrecarga y estrés en el cuidador.

Deterioro cognitivo leve

En una de las investigaciones seleccionadas (Migliacci, Scharovsky y Gonorazky, 2009), se abordaron distintos subtipos de Deterioro cognitivo leve (en adelante DCL), que fueron definidos teniendo en cuenta que:

Cada test (Tabla 2) se clasificaría como anormal si su resultado correspondía a $\leq 1,5$ desviaciones estándares (DE) ajustadas a edad y nivel educacional; y se diferenciarían a cada subtipo del siguiente modo:

– *DCL*: a) queja de pérdida de memoria, preferiblemente corroborada por un informante; b) actividades de la vida diaria esencialmente preservadas; c) función cognitiva general intacta; d) trastorno de memoria objetivado

Tabla 1: Artículos de referencia.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER					
Publicación	Tipo de estudio	Variables del estudio	N muestra (mujeres y hombres)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Oda H., et al. (2009)	Comparativo	Perfil neuropsicológico en Demencia Tipo Alzheimer y por cuerpos de Lewy.	N= 104 pacientes (26 con DLB ¹) (78 con EA= 54 mujeres, 24 hombres) Edad promedio: 75 años.	MMSE, ADAS, WAIS-R and WMS-R (subtests Digit Span, VMS, Visual Reproduction I y II, Logical Memory I y II) ² .	El grupo DLB tuvo un desempeño significativamente menor en lo relativo a habilidades visuoperceptivas, atencionales y ejecutivas (Block Design, Object Assembly and Digit Symbol of WAIS-R). El grupo con EA presentó menor conservación de la memoria verbal y el recuerdo a largo plazo, de acuerdo al WMS-R. Mayoría de hombres con DLB.
García-Alberca J., et al. (2008)	Descriptivo	Perfil clínico, Enfermedad de Alzheimer (EA).	N= 125 pacientes (87 mujeres, 38 hombres) Edad promedio: 76 años.	GDS, MMSE, RAVLT, TMT, B-ADL, NPI, HDRS, STAI, subescala de sufrimiento del NPI. ³	El 70% de los pacientes eran mujeres, con un tiempo de evolución de la demencia de 62 meses. Deterioro cognitivo moderado (MMSE: 14,46 ± 4,81), deterioro funcional moderado/grave (B-ADL: 8,92 ± 1,31). El 98% presentaron SCP. En relación a las funciones cognitivas se halla un desempeño menor en memoria semántica y función ejecutiva.
Braaten A., et al. (2006)	Comparativo	Perfiles neurocognitivos, Demencias.	N= 30 pacientes (13 mujeres, 17 hombres) Edad promedio: 76 años.	COWAT-FAS, Category Naming (Animals), BNT, subtests de WMS-III, Test de Stroop, TMT A y B, MMSE, BDI-II y el Test de Wechsler (Lectura Adultos). ⁴	Significativo déficit en memoria (principalmente memoria a largo plazo), al igual que en pruebas de nominación por confrontación visual y fluidez verbal semántica. Deterioro semántico general, y de la voluntad e iniciación de acción.

superior al normal para su edad y educación; e) sin demencia.

– *DCL amnésico (DCLa)*: ≤ 1,5 DE en una o más pruebas neuropsicológicas del dominio memoria, sin afección de otros dominios.

– *DCL multidominio (DCL-mult)*: ≤ 1,5 DE en una o más pruebas neuropsicológicas al menos en dos dominios (incluido o no el dominio memoria).

– *DCL monodominio no amnésico (DCL-mnoa)*: ≤ 1,5 DE en una o más pruebas neuropsicológicas en un solo dominio distinto del dominio memoria.

Teniendo en cuenta esta base, se observó por una parte, una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al nivel educativo, con una tendencia hacia una mayor proporción de DCL-mnoa y DCLmult a mayor nivel educativo, a expensas de un descenso

del número de DCL-a. Por otra parte, se encontró que, en el dominio memoria no hubo diferencia significativa entre el DCL-a y DCL-mult. En el DCL-mnoa sólo se afectaron los dominios lenguaje y visuoespacial, sin diferencias con respecto al DCL-mult. El número de pacientes con evaluación de la velocidad psicomotora fue muy escaso como para realizar comparaciones. Un dato significativo sigue siendo el mayor número de

[1] Demencia por Cuerpos de Lewy.

[2] Mini Mental State of Examination (MMSE), The Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS), Wechsler Adult Intelligence Scale revised (WAIS-R), Weschler memory scale revised (WMS-R).

[3] Global Deterioration Scale (GDS), Rey auditory verbal learning test (RAVLT), Trail Making Test (TMT), Bayer Activities Daily Living (B-ADL), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). State-Trait Inventory (STAI).

[4] Controlled Oral Word Association Test (COWAT-FAS), Boston Naming Test (BNT), Beck Depression Inventory -Second Edition (BDI-II).

Tabla 2: Artículos de referencia.

DETERIORO COGNITIVO LEVE					
Publicación	Tipo de estudio	VARIABLES del estudio	N muestra (mujeres y hombres)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Migliacci M., et al. (2009)	Retrospectivo	Deterioro cognitivo leve, subtipos, Características neuropsicológicas.	N= 204 pacientes n= 51 (DCL-a: 15 hombres, 36 mujeres) n= 11 (DCL-mnoa: 4 hombres, 7 mujeres) n= 142 (DCL-mult: 38 hombres, 104 mujeres).	CDR, GDS, IB, LB, praxias transitivas e intransitivas, MMSE, test del reloj, ADAS, fluencias semánticas y fonológicas, test de dígitos, FAB y escala de memoria, observación y concentración. Evaluación Ampliada, incluyó: Rivermead, TMT A y B, DRS. ⁵	Mayor proporción de DCL-mult a mayor nivel educativo. Mayor proporción de DCL-mult y DCL-mnoa, a expensas de una disminución del número de DCL-a, sin significancia estadística. Conclusiones: El subtipo más frecuente fue el DCL-mult. ⁶ en el dominio memoria no hubo diferencia significativa entre el DCL-a y DCL-mult. En el DCL-mnoa sólo se afectaron los dominios lenguaje y visuoespacial, sin diferencias con respecto al DCL-mult.
Frutos-Alegría M., et al., (2007)	Descriptivo-prospectivo.	Perfil neuropsicológico, Deterioro Cognitivo Leve, afectación de múltiples áreas, subtipos. ⁷	N= 175 pacientes n= 138 (DCLmf) n= 109 (79% afectación de memoria: DCLmf-A) n= 29 (21% DCLmf-noA).	MMSE, GDS, escala de demencia de Blessed, escala de depresión de Yesavage abreviada, versión abreviada del test Barcelona.	Grupo de DCLmf-A con un perfil sugestivo de afectación temporal (fallas en denominación de objetos, evocación categorial semántica y orientación temporal). Grupo de DCLmf-noA, sugiere afectación subcortical o desconexión fronto-subcortical (fallas en los tests de praxias motoras y abstracción).
Mulet, B., et al. (2005)	Empírico	Perfil neuropsicológico, deterioro cognitivo leve, subtipos.	N control= 203 voluntarios. N = 137 (Dx DCL)	Dígitos (directos e inversos) y cubos de WAIS ⁸ , subtest de orientación autopsíquica y de evocación categorial semántica del PIEN ⁹ , praxis ideomotrices de imitación bilateral de Strub y Black, test de figuras superpuestas tipo Poppelreuter, test de RAVLT ¹⁰ y BNT ¹¹ .	El tipo de DCL más frecuente fue el difuso. Presentaron mayor desorientación temporal y alteraciones de memoria episódica respecto los pacientes estables.

[5] Clinical Dementia Rating (CDR), Índice de Barthel (IB), escala de las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody (LB), Frontal Assessment Battery (FAB), Dementia Rating Scale (DRS).

[6] DCL amnésico (DCL-a), DCL monodominio no amnésico (DCL-mnoa) , DCL multidominio (DCL-mult).

[7] DCL amnésico puro (DCLa), DCL con afectación de múltiples funciones cognitivas y amnesia (DCL mf-A) y DCL con afectación de múltiples funciones no amnésico (DCL mf-noA).

[8] Escala de inteligencia Wechsler para adultos.

[9] Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica.

[10] Test de Aprendizaje auditivo verbal de Rey.

[11] Test de denominación de Boston.

población femenina con diagnóstico de DCL, en todos los subtipos.

También se halló que la predominancia hallada del DCL con afección de múltiples dominios sobre el déficit de memoria aislado, coincide con otros estudios poblacionales basados en la clasificación de DCL de acuerdo con su perfil neuropsicológico (López OL., et al, 2003). Sin embargo, se señala que la diferencia entre la frecuencia de estos dos subtipos es mayor en la población de su estudio, destacando que esto podría deberse a desigualdades en la operacionalización de cada subtipo de DCL y a un sesgo de selección de pacientes, ya que sus datos corresponden a un centro de referencia de pacientes con trastornos de memoria y no a una muestra poblacional.

Un dato importante en este estudio, es lo relativo a la definición operacional del concepto de DCL. Los autores destacan que al existir resultados dispares en los estudios realizados en diferentes países, debido a las diversas definiciones que se han tomando del concepto de DCL, su operacionalización resulta poco clara. Frente a ello proponen como criterio que el paso inicial en la definición operacional

del concepto consistiría en comprobar que la queja cognitiva del paciente, confirmada por el familiar, se da en un contexto de una función cognitiva general conservada y que no tiene efecto en las actividades de su vida diaria, condiciones fundamentales para descartar el diagnóstico de demencia. Sin embargo, concluyen que, dada la variación en el diagnóstico del subtipo de DCL, en función de si se basa en criterios clínicos o neuropsicológicos, resultaría necesaria una estandarización en los criterios diagnósticos, debido a que cada subtipo se asocia a una evolución a distintos tipos de demencia y a un pronóstico diferente. De este modo, sería necesario consensuar la cantidad y tipos de test neuropsicológicos que deben incluirse en la evaluación de cualquier tipo de DCL, para permitir una mejor comparación y comprensión de la bibliografía actual. Las limitaciones de su trabajo, señalan, son las propias de un estudio retrospectivo.

En la investigación realizada por Frutos-Alegría, Moltó-Jordà, Morera-Guitart, Sánchez-Pérez y Ferrer-Navajas (2007), también se pone de manifiesto lo referido anteriormente acerca de la variedad e imprecisión en las definiciones. En este caso, los

criterios de definición operacionales se basan en los utilizados en el Cardiovascular Health Study- Cognition Study (López, et. Al., 2003):

– Deterioro cognitivo ligero de tipo amnésico (DCLa): déficit limitado al área de la memoria. Criterio de corte: puntuación por debajo del percentil 10 en al menos uno de los tests de memoria de la versión abreviada del test Barcelona. Pacientes que además manifestaban desorientación temporal o desorientación espacial atribuible a olvidos, también se incluyeron en este grupo.

Deterioro cognitivo ligero con alteración de múltiples funciones (DCLmf): en este grupo se incluyeron dos tipos de pacientes:

– DCLmf con amnesia (DCLmf-A): puntuación inferior al percentil 10 en al menos una prueba, que podía ser de memoria episódica, de la versión abreviada del test Barcelona y en al menos una prueba en otra área. Un requisito para formar parte de este grupo era que los fallos en áreas diferentes de la memoria episódica no fueran causados por problemas mnésicos.

Tabla 3. Artículos de referencia.

ENFERMEDAD DE PARKINSON					
Publicación	Tipo de estudio	Variables del estudio	N muestra (hombres y mujeres)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Marañón, D. et al., (2011).	Descriptivo-comparativo.	Deterioro neuropsicológico sin demencia, enfermedad de Parkinson.	N= 104 52 con EP sin demencia. 22 con Dx de DCL ¹² ; (DCL amnésico n= 3; DCL múltiples dominios n= 15; DCL único dominio no amnésico n= 4). 52 voluntarios sanos.	MMSE, subtest de Vocabulario del WAIS-III, TMT A, subtest de palabras (P) y colores (C) (Stroop). Subtest de matrices del WAIS-III, FPT ¹³ ; TFVs y TFVf ¹⁴ , TAVEC; JLO ¹⁵ .	Disfunción en la velocidad de procesamiento de la información, el funcionamiento ejecutivo, en la memoria verbal y el procesamiento visoperceptual. El estudio apoya la hipótesis de que disfunciones específicas a nivel neuropsicológico, como la ralentización en el procesamiento de la información, pueden actuar como moduladores del deterioro funcional en la EP.
Hausdorff, J., (2006).	Comparativo	Perfil cognitivo, caída, enfermedad de Parkinson, funciones ejecutivas y atención.	N= 73 (3 grupos). n= 18 (Dx: Adultos que sufren caídas); n= 30 (con Dx de EP); n= 25 (Adultos sanos, grupo de control). Edad promedio: 65 años.	MMSE, subprueba motora (parte III) de la UPDRS ¹⁶ , Tareas Go-No go, Test de memoria no verbal, Stroop.	Dificultades en función ejecutiva, atención y destrezas motoras.

– DCLmf sin amnesia (DCLmf-noA): pacientes con puntuación inferior al percentil 10 en al menos una prueba de un área distinta de la memoria, manteniendo una memoria normal.

En esta investigación, se presentan algunos datos que no se hallaron en la previamente mencionada. En este caso, se encontró que pacientes con DCLmf-A, fallaban con más frecuencia en los tests de orientación temporal, denominación y evocación categorial semántica. Los pacientes con DCLmf-noA, fallaban más

en las pruebas de praxis motora y abstracción (similar a pacientes con DCL-mnoa). Las diferencias eran estadísticamente significativas. Además, se observó una tendencia mayor a cometer errores en las pruebas de atención por parte de los pacientes con DCLmf-noA (a diferencia de los datos hallados en el estudio de Migliacci et. al., 2009), sin embargo este hallazgo no tuvo evidencia estadística significativa.

De lo antedicho, se concluye en este caso, que la presencia de amnesia permite identificar a un

grupo de DCLmf-A con un perfil cognitivo sugestivo de afectación temporal, diferente del grupo de DCLmf-noA con perfil cognitivo, que sugiere afectación subcortical.

Como sustento de lo antes mencionado, destacan una serie de coincidencias halladas en otros estudios (Gainotti et. al, 1995; Hanna-Pladdy, 2001; Stokholm, 2005), que le permiten diferenciar patrones de afectación según las funciones que presentan dificultades (DCLmf-A, principalmente en memoria y DCLmf-noA en praxis motora y abstracción), señalando

[12] Deterioro Cognitivo Leve.

[13] Five-Point Test (Regard, Strauss y Knapp, 1982).

[14] Test de fluidez verbal y fonológica (versión del Test Barcelona, Peña-Casanova, 1990).

[15] Judgment of Line Orientation

[16] Escala unificada de la Enfermedad de Parkinson.

Tabla 4. Artículos de referencia.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR					
Publicación	Tipo de estudio	Variables del estudio	N muestra (hombres y mujeres)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Rund, B., et al., (2006).	Comparativo.	Perfil neuropsicológico, esquizofrenia, Trastorno Depresivo Mayor.	N= 148 n=53 (Dx esquizofrenia). n= 45 (Dx TDM ^[17] sin síntomas psicóticos). n= 50 sujetos sanos	Completamiento de Imagen (WAIS-R), Test California de aprendizaje verbal, Torre de Londres, Test auditivo serial, Stroop (Palabra, Color), Figura Compleja de Rey, Enamscaramiento visual inverso, Span de Aprehensión, Continuous Performance Test-Degraded Stimulus, California Computerized Assessment Package, Similitudes y Span de dígitos del WAIS-R, Test de control oral de asociación de palabras, Test de Cartas de Wisconsin, Test de memoria de reconocimiento de Warrington y el VSVT. ^[18]	Los pacientes con esquizofrenia tuvieron un desempeño significativamente menor que aquellos sin esquizofrenia. Pacientes con depresión se desempeñaron mal principalmente en las áreas de memoria de trabajo y tiempo de reacción en una tarea de atención selectiva.
Braaten A., et al., (2006).	Comparativo.	Perfiles neurocogniti-vos, Demencias, Trastorno Depresivo mayor.	N= 30 pacientes (13 mujeres, 17 hombres) Edad Promedio: 76 años.	COWAT-FAS, Category Naming (Animals), BNT, subtests de WMS-III, Test de Stroop, TMT A y B. MMSE, BDI-II y el Test de Wechsler (Lectura Adultos). ^[19]	Mejor desempeño en recuerdo demorado en relación a pacientes con EA, y en memoria inmediata en relación a pacientes con demencia vascular, aunque no así en comparación a pacientes con Demencia fronto-temporal. No se evidenciaron diferencias significativas en atención (concentración) en comparación a pacientes con EA.

que lo revisado les permite considerar que los pacientes con DCLmf-A tienen afectación del córtex temporal con más frecuencia que los pacientes con DCLmf-noA.

Asimismo, refieren que a la vista de los resultados de los estudios neuropsicológicos, los pacientes con DCLmf-noA, por el contrario, parecen sufrir más frecuentemente una afectación, menos definidas en su localización, de áreas corticales frontoparietales, o disrupción de los circuitos frontosubcorticales.

También destacan que se ha comprobado que el DCLmf-A es prodrómico tanto de demencia tipo Alzheimer como de demencia vascular (Rasquin et. al., 2005; citado en Frutos-Alegría et. al., 2007).

En otro de los estudios seleccionados (Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad y Rosich, 2005), cuyo objetivo también fue distinguir los diversos subtipos de DCL, con la finalidad de poder pronosticar cuál avanzaría hacia una demencia tipo Alzheimer, se

encontraron resultados similares a los mencionados. Se utilizaron iguales criterios diagnósticos y punto de corte a los referidos en Migliacci et. al., 2009, aunque las definiciones de los subtipos varían. En esta investigación, se tomó el criterio sugerido por Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins et al. et. al. (2001):

1. DCL-A (Deterioro cognitivo leve “amnésico”): implicaría la presencia de quejas subjetivas de alteración

[17] Trastorno Depresivo Mayor.

[18] Binder J, Albus M, Hubmann W et al. Neuropsychological impairment and psychopathology in first-episode schizophrenic patients related to the early course of illness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998;248:70-77.

[19] Controlled Oral Word Association Test (COWAT-FAS), Boston Naming Test (BNT), Beck Depression Inventory -Second Edition (BDI-II),

Tabla 5: Artículos de referencia.

ENVEJECIMIENTO NORMAL					
Publicación	Tipo de estudio	Variables del estudio	N muestra (hombres y mujeres)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Whittle, C., et al., (2007).	Longitudinal.	Envejecimiento, perfil neurocognitivo, declinación.	N=339 (231 mujeres y 108 hombres). Edad promedio: 90+ años.	MMSE, 3MS ²⁰ , BNT; Fluencia verbal fonológica y semántica, CVLT – II, forma abreviada ²¹ , TMT A, B, y C (Test del Reloj, CERAD Constructions, y WAIS-III Span de dígitos).	Se encontró un declive en el desempeño por la edad en dos tercios de los tests. La mayoría de los participantes completó el Test de Fluencia Verbal. En contraste, más de 1/3 de los participantes no pudo realizar el TMT A, B, o C debido a dificultades de visión, fatiga, o tiempo de respuesta inadecuado.
Luczywek, E. et al (2007).	Empírico (modelo clínico-experimental).	Envejecimiento, centenarios, adultos jóvenes, perfil neurocognitivo.	N= 30 (10 = 100 años, 20 = 65)	Interpretación de proverbios propios del lenguaje Polaco, Fluidez verbal fonológica y semántica, Imágenes absurdas, TRVB, versión modificada del TOL ²² , WP2 ³ .	Las funciones cognitivas de los centenarios fueron diferentes que la de los adultos jóvenes. Los primeros, tuvieron puntajes más bajos en funciones lingüísticas. Se encontraron conservadas la planificación y control de tareas visoespaciales complejas con el uso de estrategias secuenciales y simultáneas, aún a pesar de síntomas naturales de la edad como: dificultad para sostener la atención y tiempos de respuesta más prolongados. Los resultados sugieren que los centenarios tienen una dominancia hemisférica derecha en el procesamiento de la información.

de la memoria, posibles de evaluarse mediante pruebas estandarizadas. Sin embargo, aún con la presencia de dicha alteración, la persona presenta un buen rendimiento en pruebas de funcionamiento cognitivo global (por ej. Mini Mental State of Examination), no se observan otras alteraciones cognitivas y se encuentran preservadas sus actividades de la vida diaria. En la investigación se incluirían en esta categoría a quienes presentaran alterada la memoria episódica, ya sea en el aprendizaje de una lista de palabras o en el recuerdo diferido de la misma, evaluados a través del RAVLT (Test de Aprendizaje auditivo-verbal de Rey).

2. DCL-D (Deterioro cognitivo leve “difuso” - del inglés *Multiple Domains Slightly Impaired*): teóricamente, requiere la presencia de distintas disfunciones cognitivas, no necesariamente de la memoria; sí en el lenguaje, funciones ejecutivas, alteraciones visoespaciales o visoconstructivas, pero con un grado de dificultad leve que no permite el diagnóstico de demencia. De tal modo que, los pacientes con DCL-D también obtienen resultados normales en pruebas de screening y mantienen su independencia en las actividades de la vida diaria (AVD). Según Petersen et. al. (2001) este tipo de DCL puede progresar hacia

la EA, pero también se relaciona con otras etiologías, como la demencia vascular, así como encontrarse en el polo del envejecimiento no patológico.

3. DCL-F (Deterioro cognitivo leve focal no amnésico - del inglés *Single Nonmemory Domain*): implicaría según los autores considerados, una alteración leve de alguna función cognitiva (no la memoria), aunque sí por ej., una alteración específica del lenguaje que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría progresar hacia una demencia frontotemporal. En este caso, Petersen

[20] Mini-Mental State of examination modificado (Teng & Chui, 1987).

[21] Verbal Learning Test-II Short Form (CVLT-II, Short Form; Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987 - 2000).

[22] Tower of London (Torre de Londres).

[23] Witwicki Puzzle. Implica: tareas de planificación y visoespaciales con uso de estrategias simultáneas y de complejidad, (Witwicki, 1962).

Tabla 6. Síntesis de las principales áreas afectadas según cada perfil.

		ÁREAS AFECTADAS								
		Atención/ Inhibición	Denominación (Lenguaje)	Fluidez verbal fonológica/ semántica	Habilidades visuo-espaciales	Funciones Ejecutivas	Velocidad de Procesa- miento	Memoria		
								Inmediata (visual/verbal)	De Trabajo	Recuerdo demorado
Enfermedad de Alzheimer			x		x (en estadios avanzados)	x		x (Verbal)		
Enfermedad de Parkinson		x			x	x	x	En discusión		
DCL amnésico (afectación de memoria)								x (con desorientación)		
DCL multidominio amnésico			x		x	x		x (sin diferencia respecto a DCL-a)		
DCL No- Amnésico		x (con diferencias entre estudios)	x		x	Abstracción (sin fuerte evidencia)				
TDM		x (no clara)							x	x
Envejecimiento Normal	Centenarios	x (En atención selectiva y concentración)	x (menores en relación a EA)	x		x (Desinhibición). Planificación conservada		x		
	Adultos Jóvenes			x (mejor desempeño)		x (con menor impulsividad)				

(2003) no excluye tampoco una posible evolución hacia la EA, dada la divergencia clínica y etiológica que se observa entre los pacientes con DCL.

4. Pacientes sin alteración, con quejas subjetivas de memoria: este grupo debió añadirse a los fines de incluir a aquellos pacientes en quienes, si bien no fue posible hallar la presencia de un deterioro cognitivo, se pudo encontrar un cambio respecto el nivel de funcionamiento previo, y la persistencia de las quejas subjetivas de memoria requirió el diagnóstico de DCL y el seguimiento del paciente.

Los autores de este estudio encontraron que de entre los tres tipos propuestos, el DCL-A fue el menos frecuente, encontrándose en el 2,2% del total de pacientes (tabla 1). El DCL-F también resultó un tipo poco frecuente, representando el 5,1% del total de pacientes. Ninguno de los pacientes con DCL-A o DCL-F evolucionó hacia la EA después de un tiempo de seguimiento medio de dos años. Finalmente, el tipo más frecuente fue el DCL-D, es decir, aquel donde se encontraron alteradas al menos dos funciones cognitivas respecto las puntuaciones ajustadas según edad, sexo y nivel de escolaridad del grupo control. Este tipo de DCL representaba el 89,1% del total de pacientes.

Cabe destacar que en los tres estudios hasta aquí presentados, se encuentra como prevalente el DCL en el cual se hallan afectados más de un dominio, incluyendo a la memoria, y en la mayoría de los pacientes de cada muestra, es este tipo de DCL el que evoluciona hacia la Enfermedad de Alzheimer. Ante los resultados encontrados, los autores subrayan la necesidad de realizar un estudio neuropsicológico amplio y exhaustivo cuando nos encontramos frente una persona de cierta edad que decide consultar en una unidad de memoria por los problemas que le genera en la vida cotidiana, ya que la alteración del rendimiento cognitivo que se relaciona con una mayor probabilidad de evolución hacia la EA no se limita a la memoria, sino que incluye otras disfunciones, como la desorientación temporal.

Enfermedad de Parkinson

En un estudio realizado por Marañón, Amayra, Uterga y Gómez-Esteban (2011), se obtiene como resultado que los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson (en adelante EP), tenían un rendimiento menor en lo relativo a velocidad de procesamiento de la información, funcionamiento

ejecutivo, memoria verbal y capacidad viso-perceptual, en comparación con un grupo control de sujetos sanos (Tabla 3). Asimismo, se destaca que no se obtuvieron diferencias significativas en el rendimiento en memoria de reconocimiento, aunque sí en sus índices asociados. Los déficits obtenidos en la capacidad de inhibición de respuestas inadecuadas, en el razonamiento no verbal y la ralentización en la velocidad de procesamiento, pueden ser considerados indicadores de los cambios neurocognitivos asociados a funciones frontales con los que puede cursar la EP sin demencia.

A su vez, señalan que los resultados obtenidos en memoria verbal pusieron de relieve una capacidad de aprendizaje deteriorada, al igual que un deficitario recuerdo libre y con claves a corto y a largo plazo. Esto subrayan que concuerda con los resultados de un estudio realizado por Jokinen et. al. (2009), donde se destacan recientes hallazgos que asocian el descenso de la actividad dopaminérgica del núcleo caudado, no solo al deterioro de funciones frontales, sino también a pruebas de memoria verbal y visual, habiéndose hallado atrofas tanto en el córtex pre frontal como en el hipocampo en pacientes con EP.

Sin embargo, no se encontró concordancia con otro estudio (Galtier et. al., 2009), quienes encontraron

una consolidación/recuperación del material previamente aprendido intacto.

También resultó significativo, que el menor número de años de educación y un menor rendimiento en inteligencia cristalizada, evaluada mediante el subtest Vocabulario entre los pacientes con DCL, podrían estar asociadas a la mayor edad mostrada por estos pacientes. Además, estos resultados pueden relacionarse con que el bajo rendimiento cognitivo mostrado por el grupo con DCL no sea debido a un deterioro, sino a una inteligencia premórbida más baja. De esta manera, el control de la inteligencia premórbida y los cambios neurocognitivos normales asociados a la edad (Finkel et. al., 2007) es fundamental en el análisis del rendimiento neuropsicológico entre los pacientes con EP.

La ralentización en la velocidad de procesamiento, fue el único índice neuropsicológico que se asoció con el descenso en la capacidad funcional de los pacientes. Estos resultados se relacionan con recientes hallazgos que presentan la disfunción en atención sostenida y/o el aumento en el tiempo de reacción como principales predictores del deterioro funcional en los pacientes con EP (Bronnick et. al., 2006; Allcock et al., 2009).

En conclusión se señala que la caracterización clínica del EP-DCL, la edad avanzada y el comienzo tardío de la enfermedad se asocian a un mayor riesgo de padecer disfunción cognitiva, así como una tendencia hacia la afectación de la capacidad funcional, mayor sintomatología neuropsiquiátrica y mayor nivel de estrés referido por los familiares. Además, la ralentización en el procesamiento de la información parece asociarse de manera diferencial con el deterioro funcional de los pacientes.

En otro estudio (Hausdorff et. al, 2006), también se encuentran dificultades en cuanto a funciones ejecutivas (principalmente en tareas duales, que implican atención dividida), atención en general y destrezas motoras en paciente con EP (Tabla 3). Sin embargo, a diferencia del estudio anteriormente mencionado, en el presente estudio no se reportaron dificultades en los dominios de memoria ni de procesamiento de la información. Asimismo, se encontró que los déficits mencionados en cuanto a tareas de índole ejecutiva, no tendrían que ver solo debido a la bradicinesia o la bradipsiquia, sino que responderían más bien a un perfil propio del cuadro de la enfermedad. La fortaleza en los hallazgos de este estudio, se encuentran en relación con la presencia de un grupo control con el cual fueron

comparados y contrastados los datos encontrados en los pacientes con EP. La debilidad del mismo es el tamaño de la muestra, hecho que disminuye la posibilidad de encontrar diferencias significativas entre grupos.

Otro dato importante extraído del mismo estudio, se relaciona con la sensibilidad baja del MMSE para evaluar cambios cognitivos en pacientes con daño subcortical. Se encuentra que utilizar dicho test de screening para conocer el estado de las funciones cognitivas en estos casos, no sería lo ideal.

Trastorno depresivo mayor

En Rund, et. al., 2006, se encontró que los pacientes con trastorno depresivo mayor (en adelante TDM), presentaron un deterioro neuropsicológico leve y limitado principalmente a las áreas de memoria de trabajo y tiempo de reacción en una tarea de atención selectiva (Tabla 4). Estos hallazgos no coinciden con lo hallado por Braaten et. al., (2006), puesto que en este se destaca que en pacientes con TDM habría un mejor desempeño en recuerdo demorado en relación a pacientes con EA, y en memoria inmediata en relación a pacientes con demencia vascular, aunque no así en

comparación a pacientes con Demencia frontotemporal (DFT). Sin embargo, destacan reiteradamente que las medidas tomadas no son estadísticamente significativas debido al tamaño acotado de la muestra, y señalan la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones para evaluar con mejor precisión el déficit referido y encontrado en literatura previa en áreas como la memoria y la atención en este cuadro.

Envejecimiento normal

En el estudio realizado por Whittle et. al., (2007), se encontró un declive en el desempeño en dos tercios de los tests de la batería, principalmente en Mini-Mental State of Examination (MMSE), Mini-Mental State of examination modificado (3MS), Test de Nominación de Boston (BNT), Fluidez verbal semántica – animales (Animal Fluency), California verbal learning test (CVLT), Trail Making Test (TMT) partes A y B, Test del Reloj, Span de dígitos (orden inverso). Esto se evidenció más significativamente a mayor edad. La mayoría de los participantes completó el Test de Fluencia Verbal. En contraste, más de un tercio de los participantes no pudo realizar el TMT A o B debido a dificultades de visión, fatiga, o tiempo de respuesta inadecuado (Tabla 5).

Se destaca que en la muestra hubo un amplio rango de nivel de escolaridad. Los individuos con mayor cantidad de años de escolarización, tuvieron mejor desempeño que aquellos con menor cantidad de años de escolaridad, visible en tests como el 3MS, BNT, Fluidez verbal fonológica y semántica y en el Test del Reloj.

Por otra parte, en Luczywek et. al., (2007), se hallaron resultados divergentes en función de las edades (las funciones cognitivas de los centenarios fueron diferentes que la de los adultos jóvenes). El primer grupo, obtuvo puntajes más bajos en funciones lingüísticas. Sin embargo, funciones como la planificación y control de tareas visoespaciales complejas con el uso de estrategias secuenciales y simultáneas, se encontraron conservadas aún a pesar de síntomas naturales de la edad como: dificultad para sostener la atención y tiempos de respuesta más prolongados. Los resultados sugieren que los centenarios tienen una dominancia hemisférica derecha en el procesamiento de la información.

Ambos grupos tuvieron igual desempeño en pruebas no verbales y en percepción de lo absurdo. Un dato relevante extraído del estudio, es que los individuos centenarios que mejor se desempeñaron en

las diversas pruebas, eran aquellos que habían sido y aún eran activos en su trabajo y actividades y quienes tenían roles de servicio a la comunidad. 9 de la muestra de 10, había perdido a su pareja marital.

Otro aspecto significativo, según los autores, fue que los más adultos transgredieron con mayor frecuencia las reglas de las pruebas, en relación al grupo de adultos de menor edad, y destacaron también que, si bien la eficiencia en la resolución de las tareas es algo presente, ésta no afecta sus actividades de la vida cotidiana. En este mismo sentido, señalan que en el grupo de adultos más mayores, se encuentra conservada de una manera importante la inteligencia práctica, aspecto ligado a los aprendizajes implícitos y de gran relevancia para poder llevar a cabo las tareas diarias.

Se liga a estos resultados de menor intensidad del paso del tiempo, a la incidencia benéfica de una mayor reserva cognitiva, que se relaciona más a la inteligencia práctica que a la de tipo general.

Discusión

Tal como se ha mencionado al inicio de esta revisión, la evaluación neuropsicológica se constituye

en una herramienta que debe proporcionarnos una descripción válida de los puntos fuertes y débiles de los perfiles cognitivos, con objeto de poder planificar un tratamiento especializado, ajustado a dicho perfil (Portellano, 2007; en Herreras, E., 2008).

De lo analizado es posible decir que, si bien existe una cantidad importante de estudios que han realizado comparación entre perfiles, se destaca que aún existen inconsistencias en ciertos hallazgos (como se ha visto respecto al perfil de Trastorno Depresivo Mayor), o en cuanto a características del envejecimiento normal, que se confunden con déficits propios de ciertos subtipos de Deterioro cognitivo leve, por lo que la definición de un único y consistente perfil en relación a los perfiles nombrados, aún no se ha podido establecer. Dado a ello, resultaría significativo profundizar en la investigación y análisis de esta temática en cuanto a los perfiles que aún se aprecian insuficientemente definidos.

Por otra parte, de las investigaciones recogidas en la presente revisión se encontró que las personas con Enfermedad de Alzheimer sí presentan un perfil más definido, de afectación global con predominio de dificultades en funciones ligadas a la memoria (principalmente en modalidad verbal/semántica), y una

menor afectación en la atención (Oda et. al., 2009; Braaten, et. al., 2006; García-Alberca J., et al. (2008). También se destaca cierta alteración en pruebas que evalúan flexibilidad cognitiva, considerada dentro de las funciones ejecutivas (FE), (García-Alberca et. al., 2008). Esta información coincide con hallazgos realizados por Zakzanis, K., y Larry Leach E., (1999) en su estudio de revisión. Asimismo, se ha encontrado que las dificultades en los dominios de nominación por confrontación visual y fluidez verbal semántica (categorías), son mucho mayores en comparación con las encontradas en Trastorno depresivo mayor (Braaten et. al., 2006;), lo cual, aún con las dificultades diagnósticas debido al solapamiento de los déficits en el aprendizaje verbal también encontrados en el TDM, es un aspecto relevante y a considerar, al momento de realizar un diagnóstico diferencial de ambos cuadros. Un punto que no se señala en estos estudios es el papel de las intrusiones en tests de aprendizaje verbal, como dato significativo a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre este trastorno y la EA, aspecto que se destaca en el estudio mencionado de Zakzanis, et. al. (1999).

En cuanto al DCL, en todos los estudios se destaca la dificultad diagnóstica de este perfil en sus

distintos subtipos, debido a discrepancias respecto a la definición conceptual y operacional de estos perfiles. A pesar de esto, en los estudios seleccionados se encontraron similitudes en la definición utilizada (Migliacci et. al., 2009; Frutos-Alegría et. al., 2007; Mulet et. al., 2005). Un aspecto que podría considerarse inconveniente es el test y medida que cada uno designa para establecer un punto de corte que permita saber cuál es el límite para nominar a un perfil de tipo "DCL". En los tres estudios se encuentra como prevalente el DCL en el cual se hallan afectados más de un dominio, incluyendo a la memoria, y en la mayoría de los pacientes de cada muestra, es este tipo de DCL el que evoluciona hacia la Enfermedad de Alzheimer. Así, el DCLmf-A es prodrómico tanto de demencia tipo Alzheimer como de demencia vascular (Rasquin et. al, 2005; citado en Frutos-Alegría et. al., 2007); lo cual también se confirma en Mulet et. al. (2005). Algo que merece ser destacado es la importancia que tiene la presencia de actividades de la vida diaria preservadas, para realizar un diagnóstico diferencial con respecto a perfiles de demencia (en los cuales las mismas sí se hallan comprometidas).

El perfil propio de Enfermedad de Parkinson, dista en gran medida de los anteriormente mencionados,

pues se encontró en común que, pacientes con este diagnóstico, presentan un rendimiento significativamente menor en cuanto a su velocidad de procesamiento de la información, funcionamiento ejecutivo, y capacidad viso-perceptual, (Marañón, et. al, 2011; Hausdorff et. al, 2006). Similares fueron los hallazgos producidos por Zakzanis et. al. (1999), en su estudio de revisión sobre pacientes con Enfermedad de Parkinson sin demencia.

Entre las investigaciones consideradas, hubo discrepancias en cuanto a las dificultades en los dominios de memoria. Es significativo lo hallado respecto a la baja sensibilidad del test MMSE para evaluar cambios cognitivos en pacientes con daño subcortical (Hausdorff et. al, 2006). Por otra parte, hay una clara diferencia del presente cuadro respecto a EA. Mientras que en EP existe una afectación más marcada de capacidades ejecutivas y las de atención y velocidad de procesamiento, en EA existe un perfil de afectación principalmente relacionado a las dificultades en memoria y lenguaje (nominación), sin gran compromiso de habilidades atencionales.

En cuanto a las características neuropsicológicas halladas en el Trastorno depresivo mayor, los resultados como se ha descrito, no son

consistentes en los estudios considerados en el presente trabajo. Sin embargo, resulta interesante destacar, que los hallazgos de Braaten, et. al., (2006) respecto a los déficits encontrados en cuanto a recuerdo demorado, coinciden con lo revisado por Zakzanis et. al. (1999), quienes señalan que de los 22 estudios utilizados en su publicación, encuentran que la medida de recuerdo demorado, corresponde al dominio neuropsicológico más afectado en pacientes con depresión.

Por otra parte, pueden señalarse diferencias con relación a EA. Mientras que en ésta existe una afectación de la memoria de tipo verbal, y de las capacidades visoespaciales, no se encuentra un deterioro de este tipo presente en TDM. Del mismo modo, en este último se ven mayormente afectadas las capacidades atencionales de concentración, lo cual no se halla presente en estadios primario de Alzheimer, por lo recogido en las investigaciones de la presente revisión.

Finalmente, y en relación al envejecimiento normal, se encontraron coincidencias en cuanto a los tiempos de respuesta más prolongados y dificultades en el sostén de la atención en adultos de más de 90 años (Whittle et. al., 2007) o centenarios (Luczywek

et. al., 2007). A mayor edad se encontraron mayores inconvenientes en el área lingüística (sobre todo en tareas de fluidez verbal). Podría realizarse una clara diferenciación del perfil de envejecimiento normal, en relación con EA, particularmente en cuanto a las dificultades en atención, que no se encuentra deteriorado en EA (teniendo en cuenta que su diagnóstico sea realizado en una edad de adultez joven, donde estas funciones no se hallan comprometidas). No es clara la distinción relativa a TDM en este aspecto.

Los alcances de este estudio, se relacionan principalmente con el aporte a la diferenciación de aquellas afectaciones de tipo cortical y subcorticales, el patrón o perfil diferenciado de una demencia tipo Alzheimer en relación al propio del Parkinson. Es necesario continuar profundizando sobre las dificultades presentes en el Trastorno depresivo mayor. Las limitaciones con respecto a los tamaños de muestra o ausencia de grupos control que se señalan en algunos de los estudios, y que incide en el análisis e interpretación que puede extraerse en el presente trabajo. Sería necesario contar con mayor cantidad de estudios de evaluación de estos aspectos, para poder ser incluidos en una revisión, fundamentalmente a los

finde de esclarecer datos relativos a las afectaciones presentes en el Trastorno depresivo mayor, cuyos síntomas o características son a veces difícilmente distinguibles de algunos aspectos de la Enfermedad de Alzheimer o de DCL, principalmente cuando el recuerdo demorado se halla afectado.

Por otra parte, dados los hallazgos de las investigaciones, se considera igualmente relevante, generar mayor cantidad y profundidad en la investigación respecto al perfil de envejecimiento normal en sus diversas etapas, a los fines de tener más información sobre el tipo de funcionamiento cognitivo que prima en cada una durante este periodo vital.

Conclusiones

En conclusión, los resultados muestran que, si bien no en todos los cuadros seleccionados existe una agrupación tan clara de déficits que permitan distinguir de manera acabada un perfil neuropsicológico de otro; por ejemplo, como ocurre con los datos controvertidos o insuficientes para distinguir un trastorno depresivo mayor de otros perfiles, ligados a deterioros en memoria (recuerdo demorado, fundamentalmente),

puede señalarse que sí existen claras diferenciaciones respecto de otros perfiles como el propio de Enfermedad de Parkinson y Alzheimer, o entre Enfermedad de Parkinson en relación a los subtipos de DCL que implican dificultades en la función de memoria y al perfil de Envejecimiento normal.

Asimismo, y en función de lo analizado, se reafirma la importancia de la utilización de un protocolo de evaluación neuropsicológica claramente definido, como base indispensable para evaluar las distintas áreas cognitivas, y a través de ello obtener perfiles neuropsicológicos lo más delimitados posibles que, tal como se destacó inicialmente, permitan definir las acciones y tratamientos más apropiados para cada caso.

Received: 06/11/2014
Accepted: 11/06/2015

Referencias

- Braaten A., Parsons, T., McCue, R., Sellers, A. y Burns, W. (2006). Neurocognitive differential diagnosis of dementing diseases: Alzheimer's Dementia, Vascular Dementia, Frontotemporal Dementia, and Major Depressive Disorder, *International Journal of Neuroscience*, 116:1271–1293. doi: 10.1080/00207450600920928.
- Frutos-Alegría M., Moltó-Jordà, J., Morera-Guitart, J., Sánchez-Pérez, A., Ferrer-Navajas, M. (2007). Perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de dos subtipos de pacientes. *Revista de Neurología*; 44 (8): 455-459.
- García-Alberca J., Laramuñoz J., González Barón, S., Porta Pelayo, D., Barranco Fernández, M., Berthier Torres, M. (2008). Perfil clínico de pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en centros de día psicogeriátricos., Madrid. *Anales de Psiquiatría*, vol., 24. n° 4, pp. 145-152.
- Hausdorff J., Doniger, G., Springer, S., Yogev, G., Giladi, N., Simon, E. (2006). A common cognitive profile in elderly fallers and in patients with Parkinson's disease: the prominence of impaired executive function and attention. *Experimental Aging Research*, 32: 411–429. doi: 10.1080/03610730600875817.
- Herreras E., (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta; instrumentos de evaluación. *Cuadernos de Neuropsicología*, vol. 2, n° 2.
- Luczywek, E., Gabryelewicz, T., Barczak, A., Religa, D., Pfeffer, A., Styczynska, M., Peplonska, B., Chodakowska-Zebrowska, M y Barcikowska, M. (2007). Neurocognition of centenarians: neuropsychological study of elite centenarians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 22:1004–1008. doi: 10.1002/gps.1780.
- Marañón, D., Amayra1, I., Uterga, J y Gómez-Esteban, C. (2011). Deterioro neuropsicológico en la enfermedad de Parkinson sin demencia. *Psicothema*, vol. 23, n° 4, pp. 732-737.
- Migliacci M., Scharovsky, D y Gonorazky, S. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de Neurología*, 48 (5): 237 -241.

- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M., Figuera, L y Rosich, M., (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*, vol. 17, nº 2, pp. 250-256.
- Oda H., Yamamoto, Y, Maeda, K. (2009). Neurocognitive differential diagnosis of dementing diseases: Alzheimer's dementia, Vascular dementia, Frontotemporal dementia and Major depressive disorder. *International Journal of Neuroscience*, 116:1271–1293. doi: 10.1002/gps.2078.
- Rund B., Sundet, K., Asbjørnsen, A., Egeland, J., Landrø, N., Lund, A., Roness, A., Stordal, K. y Hugdahl, K. (2006). Neuropsychological tests profiles in schizophrenia and non-sychotic depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 113: 350-359. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00626.x
- Whittle C., Corrada, M., Dick, M., Ziegler, R., Kahle-Wroblewski, K., Paganini-Hill, A., Kawas, C. (2007). Neuropsychological data in nondemented oldest old: The 90+ Study. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 29 (3), 290–299. doi: 10.1080/13803390600678038.
- Zakzanis, K., y Larry Leach E., (1999). Neuropsychological differential diagnosis. Swets Zeitlinger.