



Universidad Nacional de La Plata
Facultad Ciencias Médicas
Departamento Graduados
Carrera Postgrado en Psiquiatría y Psicología Médica

Relación entre depresión y deterioro cognitivo

Autora: Mariana Garay

La Plata, 2007

Agradecimientos

Al Dr. Manuel Suárez Richards por sus enseñanzas y su calidad humana.

A la Lic. Mines Urrutia por su paciencia.

INDICE

	Pág.
• Resumen. Palabras claves.....	4
• 1. Introducción.....	5
• 2. Objetivos de la investigación.....	9
• 3. Hipótesis	10
• 4. Material y método:.....	11
4.1 Diseño del estudio.....	11
4.2 Población del estudio.....	11
4.3 Criterios de inclusión	12
4.4 Criterios de exclusión	13
4.5 Instrumentos de evaluación	13
4.6 Elementos de evaluación estadística	14
• 5. Resultados	15
• 6. Discusión.....	17
• 7. Limitaciones	19
• 8. Bibliografía	20
• 9. Anexos	22
9.1 Análisis estadístico	22
9.2 Episodio Depresivo Mayor (DSM IV)	24
9.3 Consentimiento Informado.....	26
9.4 Addenbrooke's Cognitive Examination	27

RESUMEN

La Depresión en las edades mayores, es un hecho por más frecuente. Este cuadro puede estar asociado a deterioro cognitivo, como presentarse sin esta asociación. Pero en ambos casos, es importante, tanto el reconocimiento de la depresión como el reconocimiento de los trastornos cognitivos del paciente. Esto colabora en el tratamiento del paciente y pronóstico.

El objetivo del siguiente trabajo es mostrar la relación entre depresión en edad adulta y deterioro cognitivo.

Se comparó un grupo de 30 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que fueron diagnosticadas y tratadas por episodio depresivo según criterios DSM IV en el año 1999; versus grupo control de 16 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que no presentaron antecedentes de depresión.

El instrumento aplicado para ambos grupos fue el ACE (Addenbrooke's cognitive examination), que evalúa seis dominios cognitivos (orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje, y habilidades visuoespaciales).

Se obtuvieron valores para el primer grupo con $n=30$, desviación típica 14,04. Para el segundo grupo con $n=16$, desviación típica 5,32. Se aplicó la prueba T de Student, para dos muestras independientes, obteniéndose una significación bilateral de 0,005, por lo cual se rechaza la hipótesis nula, siendo probable que exista relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia.

PALABRAS CLAVES

Depresión, deterioro cognitivo, demencia, evaluación neurocognitiva.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión en los ancianos es un hecho frecuente acorde a los trabajos realizados en este campo. En la atención primaria de pacientes mayores de 65 años la prevalencia es de alrededor del 5 %; cuando se estudia la población de residencias geriátricas, la misma asciende al 25%¹. La depresión del adulto mayor es una complicación frecuente que puede afectar entre el 10 -20% de la población con más de 65 años²⁻³. Estos valores aumentarían hasta llegar a un 30% si se incluyen las llamadas “depresiones subsindrómicas”, esto es, aquellos síntomas depresivos que causan malestar y repercusión funcional, pero que no cumplen criterios de Trastorno Depresivo Mayor del DSM IV⁴.

El episodio depresivo que se presenta en pacientes en edad tardía puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano (antes de los 60-65 años) o aparecer por primera vez durante esta edad⁵⁻⁶. Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro; algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de los síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global. No obstante, otros autores puntualizan que el curso de un Episodio Depresivo Mayor en pacientes geriátricos es muy similar al que sigue en edades más tempranas⁷. Es necesario tener en cuenta la asociación que puede darse con otras enfermedades médicas, incluyendo la demencia.

La depresión de inicio tardío puede ser un predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica de un cuadro de demencia. Las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante

con cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica⁸.

Se han encontrado trastornos depresivos asociados, en esas edades, al deterioro cognitivo, como también sin esa asociación⁹. El menoscabo cognitivo asociado con un episodio depresivo se considera habitualmente como un indicador de mal pronóstico cuando ocurre en adultos mayores¹⁰.

En un estudio realizado en una población de ancianos con depresión de inicio tardío se observó una correlación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y la severidad de la depresión¹¹. El episodio depresivo que se acompaña de un importante deterioro cognitivo puede ser el pródromo de una demencia y generalmente indicaría un pronóstico desfavorable del cuadro.

La afectación cognitiva es uno de los criterios diagnóstico en el Episodio Depresivo Mayor así que padecer una depresión puede significar un riesgo para sufrir demencia, por lo que experimentar una depresión en edades tardías estaría indicando que puede haber un aumento del riesgo del paciente de presentar un cuadro de demencia en el curso de los siguientes dos a cinco años¹².

Es necesario considerar que en el Episodio Depresivo Mayor se manifiestan diversos trastornos cognitivos, tales como:

- pobre estrategia en el aprendizaje serial
- fallas mnésicas de perfil subcortical
- fallas en la atención sostenida y en la atención dividida
- dificultad en la toma de decisiones
- procesamiento de la información enlentecido
- alteración en la función ejecutiva

La depresión en el adulto mayor ha sido asociada con un menor índice de antecedentes familiares, con una mayor frecuencia de trastornos cognitivos; una mayor prevalencia de atrofia cerebral; con cambios en la sustancia blanca; comorbilidad y mortalidad.

La enfermedad depresiva que se inicia luego de los 60 años tiene mayor prevalencia de "transformación" hacia la demencia que aquellos pacientes que iniciaron la depresión en edades tempranas. En un estudio longitudinal, Alexopoulos (1998) confirmó que la depresión geriátrica de inicio tardío tiene mayor probabilidad de desarrollar demencia cuando se presenta con atrofia cortical¹³.

El componente cerebrovascular de las depresiones del anciano se comprueba porque los pacientes que muestran lesiones subcorticales severas en la sustancia blanca tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una depresión de debut tardío. Cuando existen múltiples lesiones parciales focales, ninguna lo bastante severa para una afectación específica de lenguaje o de la memoria, pueden ser suficientes para interferir con la función e integración de los lóbulos frontales en las redes complejas que integran la conducta.

Los haces corticosubcorticales, sobre todo corticoestriales, son importantes para la expresión normal de la motivación y el humor. Las disfunciones en los circuitos fronto-estriados (córtico-estriado-pálido-tálamo-corteza) son frecuentes en las depresiones de los ancianos de iniciación tardía. Estos haces intervienen en las funciones ejecutivas y su afectación se puede mostrar en la planificación, organización de tareas, atención, capacidad de abstracción, fluidez verbal y velocidad en el procesamiento de la información¹⁴.

Los déficit cognitivos que se observan en los pacientes deprimidos mejoran sustancialmente cuando el paciente está libre de síntomas afectivos, sin embargo, varios estudios demuestran que persiste deterioro residual¹⁵.

En un estudio realizado por Meryl A. Butters y col. en el área urbana y rural del Sudoeste de Pensilvania se estudiaron los cambios en el funcionamiento cognitivo en pacientes con depresión de inicio tardío, antes y después del tratamiento con antidepresivos, los resultados hallados fueron que los pacientes luego de 12 semanas de tratamiento farmacológico pudieron experimentar mejoría en los test de evaluación cognitiva en algunos dominios específicos, pero no alcanzaron necesariamente los niveles normales de actuación, particularmente en las funciones ejecutivas; este subgrupo de pacientes tiene mayor riesgo de desarrollar demencia¹⁶.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

II. 1 Determinar la relación que pudiera existir entre la depresión en edad adulta y el deterioro cognitivo.

II. 2 Determinar la relación que pudiera existir entre la depresión en edad adulta y el riesgo de desarrollar demencia.

III. HIPÓTESIS

III. 1 H0: las pacientes con antecedentes de depresión no presentan mayor probabilidad de padecer deterioro cognitivo y probable demencia.

III.2 H1: las pacientes con antecedentes de depresión presentan mayor probabilidad de padecer deterioro cognitivo y probable demencia.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

IV.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo.

IV.2 Población escogida

Se realizó una selección, a partir de la revisión de 65 historias clínicas, de pacientes del sexo femenino que presentaban el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)¹⁷. Esta selección se fundamenta en la mayor incidencia de depresiones entre mujeres. Sobre ellas confluyen razones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y económicas que favorecen la aparición de cuadros depresivos en mayor proporción que en los varones. La población central del estudio surge de una muestra entre 496 pacientes admitidos en el servicio de consultorios externos de Clínica Tempus, de la localidad de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, en el período correspondiente a enero-diciembre de 1999. Las entrevistas de la muestra seleccionada se realizaron también por consultorio externo.

Cada una de las pacientes debió firmar un consentimiento informado, antes del comienzo del estudio (ver Anexo).

IV.3 Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino
- Edad entre 65 y 85 años
- Diagnosticadas según criterios DSM IV y tratadas por episodio depresivo
- Sin quejas subjetivas de deterioro cognitivo al momento del diagnóstico

La muestra del grupo control pertenece a pacientes que realizaron consultas ambulatorias en el consultorio del médico generalista. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino
- Edad entre 65 y 85 años
- No poseen antecedentes de tratamiento por depresión

Tanto el primer grupo de pacientes que habían presentado depresión, como las del grupo control (segundo grupo), fueron entrevistadas psiquiátricamente y evaluadas para este estudio durante los meses de marzo a diciembre del año 2005.

IV.4 Criterios de exclusión para ambos grupos

Pacientes de sexo masculino

Retraso Mental

Epilepsia

Consumo de alcohol y otras sustancias

Analfabetas

IV. 5 Instrumentos empleados para la evaluación

En las entrevistas realizadas, en ambos grupos se aplicó el instrumento ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination), un batería breve, que necesita entre 15 a 25 minutos de duración para su aplicación. Este instrumento fue desarrollado y validado por Mathuranath et al. (2000) para detectar probable demencia y se encuentra validada al español para su utilización¹⁸, que fue la empleada en este trabajo.

IV.5.a Addenbrooke's Cognitive Examination

El ACE evalúa seis dominios cognitivos: orientación (10), atención (8), memoria (35), fluencia verbal (14), lenguaje (28), y habilidades visuoespaciales (5) y el puntaje máximo obtenible es de 100 puntos.

El punto de corte es de 86, con una sensibilidad del 92,1% y especificidad de 96,2% para detectar demencias.

Comparado con otras herramientas de screening, como el Minimental-State Exam (Mini-examen del estado mental, MMSE¹⁹) sin duda el más validado y

utilizado incluso en poblaciones muy ancianas, el ACE brinda más información en memoria, denominación, visuoespacialidad e incorpora, además, la medición de funciones ejecutivas (Ej.: fluencia verbal, prueba del reloj).

La utilización del ACE al momento de realizar la evaluación de las pacientes integrantes del estudio tuvo como objetivo: a) evaluar la integridad o déficit de las funciones cognitivas, b) detectar pacientes con probable demencia y c) solicitar los estudios de laboratorio y neuroimagenes correspondientes.

IV. 6 Elementos de evaluación estadística

Se utilizo el programa SPSS versión 11.5 para analizar las dos muestras independientes aplicando el "t" de Student para la comparación de las mismas

V. RESULTADOS

Al hacer el análisis de los dos grupos se obtuvieron los siguientes resultados, los valores resultantes del ACE hallados en el primer grupo de pacientes (con antecedente de depresión) (n=30), fue una media = 74,73, con desviación típica = 14,04, por lo tanto estas pacientes se encontraban con menor puntaje requerido en el corte que es 86 o más puntos. Para el segundo grupo (sin antecedente de depresión) (n=16) se encontraron estos resultados, una media = 85,44, con desviación típica = 5,32 (Tabla 1). A los resultados hallados se les aplicó la prueba de Student ("t"), con la finalidad de comparar los promedios. El valor del estadístico fue "t"= -2.928, lo que indica que entre ambos grupos hay una diferencia estadísticamente significativa, con una significación bilateral de P= 0,005.

Tabla 1. Análisis Descriptivo de los estadísticos de los dos grupos estudiados

Evaluación ACE	Grupo	n	Media	Desv. típica	Error típico de la media
	1	30	74,73	14,04	2,56
2	16	85,44	5,32	1,33	

Los resultados obtenidos permitirían decir que en este estudio se encontró una relación entre depresión previa y la aparición posterior de deterioro cognitivo.

Las pacientes en las que se detectó deterioro cognitivo pueden presentar un síndrome demencial instalado o desarrollar una demencia. Para estudiar una paciente con probable demencia se pueden identificar dos etapas diagnósticas, una primera etapa de identificación del síndrome demencial y una segunda etapa de chequeo diagnóstico en búsqueda de la causa. En la primera se realiza una evaluación clínica neurológica y evaluación breve del estado mental. El segundo estadio consiste en aquellas evaluaciones necesarias para determinar la etiología (laboratorio y neuroimágenes).

El estudio realizado en estas pacientes permitió: a) objetivar el déficit de las funciones cognitivas, b) realizar el diagnóstico de síndrome demencial y c) solicitar los estudios de laboratorio y neuroimágenes correspondientes, con las limitaciones impuestas por su obra social para la realización de los mismos.

Como consecuencia de estos hallazgos se rechaza la hipótesis nula, por lo que se puede decir que es probable que exista una relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia.

VI. DISCUSION

En un gran número de estudios se deja constancia que aquellas personas que han padecido un EDM presentan con el tiempo un déficit cognitivo y por ello un mayor riesgo de desarrollar una demencia. En el estudio del EURODEM (Consortium Europeo de Demencia), los antecedentes personales de depresión estaban asociados al posterior desarrollo de demencia tipo Alzheimer. Esta asociación se verificaba para casos de Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío y era tanto para episodios de depresión que habían ocurrido antes o durante la década previa al inicio de la enfermedad.²⁰

Los síndromes demenciales crecen paralelamente con el aumento de la expectativa de vida de la población. La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha coinciden en que la prevalencia de los cuadros demenciales moderados a severos se sitúa alrededor del 5 % en la población mayor de 65 años de edad, y los cuadros demenciales leves entre el 2 y el 10% de dicha población, por lo que la investigación neuropsicológica es importante siempre que la misma se practique en etapas precoces de la enfermedad, o mejor aun en estadios presintomáticos.

La orientación temporo-espacial, la fluencia semántica y fonológica, el recuerdo diferido y las habilidades visuoespaciales son marcadores precoces de evolución tórpida en las enfermedades que afectan, fundamentalmente, la cognición, y que tienen un sesgo degenerativo predominante. El profesional a cargo es libre de utilizar para la evaluación cognitiva los instrumentos que le resulten más eficaces, con la condición de que sean reconocidos, validados para el medio y fácilmente reproducibles (Morris JC, 1989). Queda expuesta en esta discusión la importancia

del diagnóstico temprano y la consideración de los factores de riesgo de esta patología, incluyendo a la depresión.

VII. LIMITACIONES

Como limitaciones de este estudio podemos encontrar el número de pacientes evaluadas, la dificultad para realizar estudios complementarios que nos hubieran permitido analizar mayor cantidad de variables. Si bien las pacientes no presentaban quejas subjetivas de fallas cognitivas, se hubiera podido evaluar mejor la evolución de cada dominio cognitivo si se le hubiera suministrado el ACE durante el período de admisión.

VIII. BIBLIOGRAFIA

(1) Taragano FE. La Depresión en Geriatría. En Neurología del Anciano. F E. Micheli y M M. Fernández Pardal. 89-97. ISBN 950-06-1488-x 84-7903-320-7 De. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1996.

(2) Taragano FE, Mangone CA. Diagnosing Elderly Depression. International Pschogeriatric Association Bulletin vol. 12, No. 1- 1995:28-29.

(3) Taragano FE y col. Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría. Revista ALCMEON de Neuropsiquiatría, Vol. 5 No. 18, pág. 123-133, 1996.

(4) MEDUNAB, Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Adalberto Campos Arias.

(5) Alexopoulos GS, Young RC, Meyer BS, Abram RC. Late-onset depression. Psychiatr Clin North. Am 1998; 11:101-15

(6) Kennedy GJ. The geriatric síndromes of lates-life depresión . Psychiatr Serv 1995; 46:43-8.

(7) Blazer D. Depression in the elderly. Miths and misconceptions. Psychiatr Clin North. Am 1997; 20:111-9.

(8) Blazer D. Depression in Late Life: Review and comentari. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2003. Vol 58 n°3, 24 9-265.

(9) Wells Ce. Pseudodementia. Am J Psychiatry. 1979;136:869-900.

(10) Sunderland T, Lasser RA, Levin R, Dukoff RA. Depression in the elderly: biologic considerations. Int Clin Psychopharmacol 1997;7:15-8.

(11) Elderkin-Thompson V, Kumar A, BilkerWB, Dunkin jj, Mintz j, Moberg PJ, Mesholam RI, Gur RE. (2003). Neuropsychological deficit among patients with late-onset minor and major depression. Arch Clin Neuropsychol.18(5):529-49.

(12) Kennedy GJ, Sealmati A. The interfase of depression an dementia. Curr Opin Psychiatry 2001;14:367-9.

(13) Taragano F., Allegri R., Mangonez C., Paz J. Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. Revista ALCMEON de Neuropsiquiatría, N°27.

(14) Mega MS, Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. J Neuropsychiatry Clin Neurosc:1994;6:358-70.

(15)Rebecca Elliott.;et al. The Neuropsychological profile in unipolar depression. Trends in Cognitive Sciences vol 2, n° 11. November 1998.

(16) Meryl A. Butters, Ph.D.,James T. Becker, Ph.D., Robert D. Nebes, Ph.D., Michelle D. Zmuda,B.S., Benoit H. Mulsant, MD.;et al Changes in Cognitive Functioning Following Tratment of late-life Depression. Am J Psychiatry 2000; 157:1949-1954.

(17) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

(18) Diego Sarasola, Maria de Luján Calcagno, Liliana Sabe;et al. Utilidad del Addenbrook's Cognitive Examination en Español para el Diagnóstico de Demencia y para la diferenciación entre la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Frontotemporal. Revista Argentina de neuropsicología 4, 1-11 (2004).

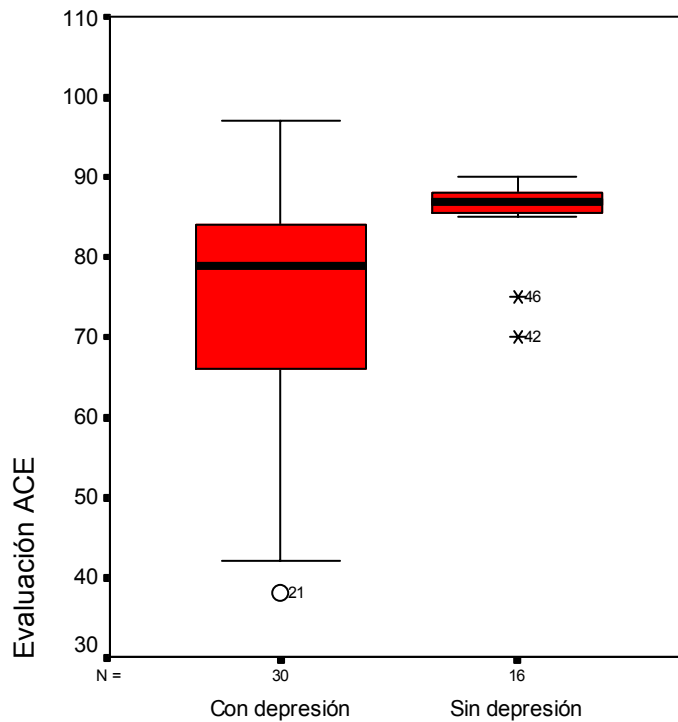
(19) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). Mini-Mental State :a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12:189-198.

(20) Jorm,1991. Demencias Enfoque Multidisciplinarios. Mangone. Allegri. Arizaga. Ollari.

IX. SECCION ANEXOS

ANEXO I. Análisis estadístico.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Difer de medidas	Error típ de la difer	95% Interv de con fianza para la difer	
									Inf	Sup
Eva- luación ACE	Se han asumido varianzas iguales	10,882	0,002	-2,92	44	0,005	-10,7	3,656	-18,073	-3,335
	No se han asumido varianzas iguales			-3,71	40,968	0,001	-10,7	2,887	-16,534	-4,874



Habiendo utilizado para la representación de los datos un análisis descriptivo a través de un Diagrama de cajas, vemos que:

Los individuos con depresión presentan un promedio menor en la escala y además una mayor dispersión.

Los valores extremos también presentan una mayor amplitud en este grupo.

En los individuos sin depresión, todos los valores se encuentran cercanos al valor promedio.

ANEXO II

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto)

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

ANEXO III

Consentimiento informado

Yo.....he sido informado/a que la Universidad Nacional de La Plata y Clínica Tempus, están realizando un estudio que permitirá conocer la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con antecedentes de depresión versus un grupo control sin este antecedente.

Se me informó que dentro de la investigación no me realizarán estudios ni exámenes clínicos de ningún tipo.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Entiendo que para esto debo participar en una entrevista y realizar un test de evaluación cognitiva.

Entiendo que mi participación es enteramente voluntaria y que si me rehúso a contestar cualquier pregunta se respetará mi elección, así como puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasione algún tipo de sanción.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido por los pacientes mediante el conocimiento ganado por medio del presente estudio.

Entiendo que la información obtenida de mí será tratada de manera confidencial y se garantiza que yo no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento.

Se que si en un futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar a la Dra. Mariana Garay, en el teléfono 011-42501630.

.....
Firma de la entrevistada

.....
Firma de la entrevistadora

.....
Firma del testigo

ADDENBROKE'S COGNITIVE EXAMINATION (ACE)

APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD:
AÑOS DE EDUCACION:	HC:
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
EXAMINADOR:	
ANTECEDENTES:	DERIVADO POR:

Todas las instrucciones que se le dirán al paciente están en negrita

A) ORIENTACION:

Pedir al paciente que conteste las siguientes preguntas y puntuar cada respuesta correcta con 1 punto. Escribir los errores.

1^a) Qué año es?
 En qué estación estamos?
 Qué fecha es? *
 Qué día es?

1b) En qué país vivimos?
 En qué barrio estamos?
 En qué ciudad estamos?
 En qué lugar estamos?

En qué mes estamos?

*En qué piso estamos?**

* Tolerancia +/- 2

Score (0 – 10)

B) ATENCIÓN Y CONCENTRACION:

2) Decir al paciente **‘Le voy a pedir que recuerde los nombres de 3 cosas’**.

Decir: **limón, casa, pelota**. Luego pedir al paciente que las repita. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento solamente.

LIMON CASA PELOTA

Si el score es menor a 3 repetir los tres items hasta que el sujeto las aprenda

a todas.

Maximun trials allowed = 5

(0 – 3)

3) Preguntar al paciente **cuánto es 100 menos 7?**

(100 – 7) 93 – 86 – 79 – 72 – 65

- Otorgue 1 punto solo si responde correctamente (93).
- Si el sujeto responde erróneamente, decirle la respuesta correcta.

Si el score es menor a 5, pedir al paciente que deletree la palabra ‘mundo’ al revés.

El score es el número de letras en el orden correcto.

O D N U M

Tener en cuenta el mejor score de las dos pruebas.

(0 – 5)

C) MEMORIA:

1) Pedir al sujeto que **recuerde los nombres de los 3 objetos que repitió anteriormente**

Puntuar 1 punto por cada respuesta correcta.

LIMON CASA PELOTA

(0 - 3)

2) Memoria anterógrada:

Decir al paciente **Yo ahora le voy a nombrar direcciones y le voy a pedir que las repita cuando yo termine.** Ahora lea las siguientes direcciones. Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, repita las instrucciones y realice la tarea dos veces exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial.

	1er. Trial	2do.	3ro.	5 min. delay
Luis Reinal	— —	— —	— —	— —
Pedro Goyena 420	— — —	— — —	— — —	— — —
Rosario	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—

/7

/7

/7

/7

Trial 1 a 3 (0 - 21)

5 min. delay (0 - 7)

6) Memoria Retrógrada:

Otorgue 1 punto por cada respuesta correcta y registre los errores. **Dígame el nombre completo del:**

Presidente	
Gobernador de provincia de Bs. As.	
Presidente anterior	
Ministro de Economía	

Score (0-4)

D) FLUENCIA VERBAL:7) LETRAS:

Pedir al paciente : **Dígame todas las palabras que pueda, pero que no sean nombres propios (de personas o lugares) que comiencen con la letra P.**

Tiempo de toma: 1 minuto. Escribir en el lugar sugerido.

Tipos de error: perseveraciones e intrusiones.

8) CATEGORÍA:

Decir al paciente **Ahora nombre animales, todos los que Ud recuerde, no importa con qué letra comiencen.**

Tiempo de toma: 1 minuto. Escribir en el lugar sugerido.

Tipos de error: perseveraciones e intrusiones.

P	Animales	Raw Score	Scaled Score	
		> 17	> 21	7
		14-17	17-21	6
		11-13	14-16	5
		8-10	11-13	4
		6-7	9-10	3
		4-5	7-8	2
		< 4	< 7	1

TOTAL:

TOTAL:

Registrar el número total de respuestas. Para calcular el Raw Score otorgar 1 punto por cada respuesta correcta y excluir toda repetición. Ingresar a Scaled Score utilizando la tabla como se muestra anteriormente.

Scaled Score (0-7):

Scaled Score (0-7):

Total Score:

E) LENGUAJE:

9) Denominación:

Mostrar al paciente los 2 dibujos y pedirle que nombre cada uno de ellos. Registrar las respuestas y errores. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta.

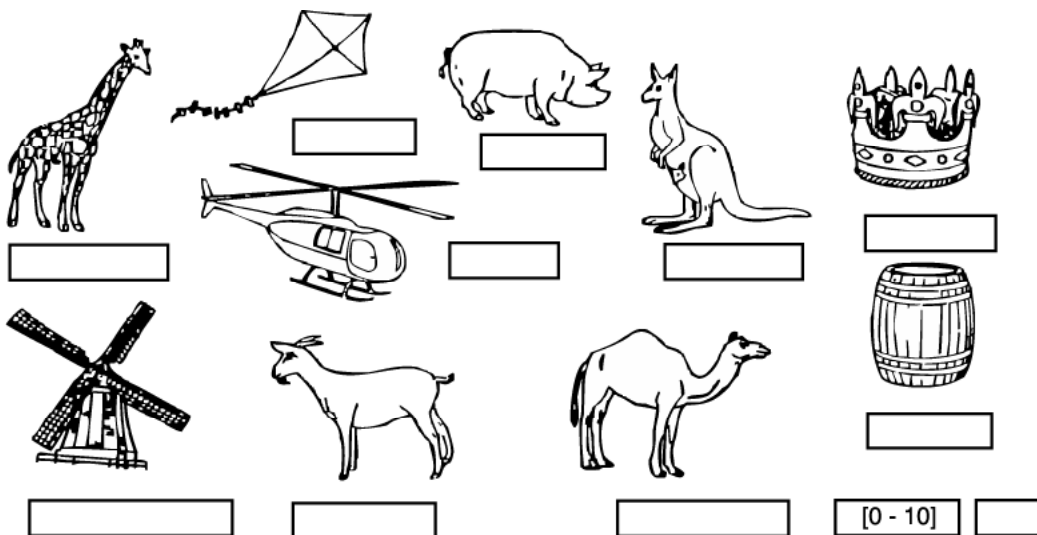




Score (0-2)

10) Denominación:

Mostrar al paciente los 10 siguientes dibujos y pedirle que nombre cada uno de ellos. Registrar las respuestas y los errores. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta. Permitir los sinónimos (por ejemplo: tonel pequeño por barril, chivo por cabra, dromedario por camello, etc).



Score (0-10)

11) Comprensión (one-stage):

Pedir al sujeto **Por favor obedezca las siguientes órdenes simples:**

- Señale la puerta
- Señale el techo

Score (0-2)

Mostrar al paciente la siguiente instrucción y pedirle que **lea y obedezca lo siguiente**:

CIERRE LOS OJOS

Otorgue 1 punto si es realizado correctamente.

Score (0-1)

12) Comprensión (3 órdenes):

Dar al sujeto un papel y decirle **Tome este papel con sus manos. Dóblelo por la mitad. Luego póngalo en el suelo.**

Otorgar 1 punto por cada orden correctamente realizada.

Score (0-3)

13) Comprensión (Gramática compleja):

Decir al sujeto **Por favor obedezca las siguientes órdenes**:

- **Señale el techo y luego la puerta.**
- **Señale la puerta después de tocar el escritorio/ cama.**

Otortar 1 punto por cada realización de orden correcta.

Score (0-2)

14) Repetición(palabras simples):

Pedir al paciente que **repita cada una de las siguientes palabras después que yo las diga.**

Otorgar 1 punto por cada repetición correcta. Permitir una sola repetición.

- **Marrón**
- **Conversación**
- **Diccionario**

Score (0-3)

15) Repetición (de frases):

Pedir al paciente **repita cada una de las siguientes frases después de mí.**
Permitir una sola repetición.

- **El flan tiene frutillas y frambuesas.**
- **La orquesta tocó y la audiencia la aplaudió.-**

Score (0-1)

Score (0-1)

16) Lectura (regular):

Pedir al sujeto que **lea cada una de las siguientes palabras** y mostrarle al paciente las mismas.

- **Pipa**
- **Oveja**
- **Ventana**
- **Contrario**
- **Estacionamiento**

Otorgar 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente.

Score (0-1)

17) Lectura (irregular):

Pedir al sujeto que **lea cada una de las siguientes palabras** y mostrarle al paciente las mismas.

- **Gillette**
- **Sandwich**
- **Jeep**
- **Toilette**
- **Beige**

Otorgar 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente.

Score (0-1)

18) Escritura:

Pedir al paciente **piense una oración y escríbala en estos renglones**. Si refiere no poder, sugerirle un tópico: por ejemplo del clima, de la jornada.

Otorgar 1 punto si la oración es escrita correctamente (sujeto-verbo-predicado) y si tiene sentido.

Score (0-1)

19) En este ítem se deberá chequear el delayed.

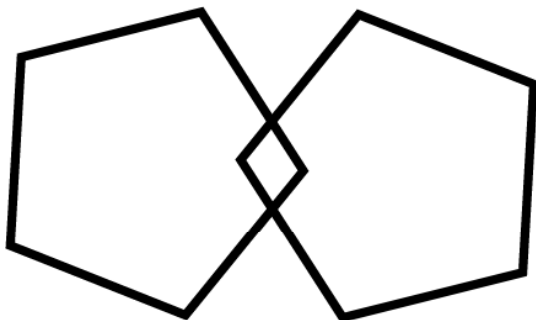
Decirle al paciente **Puede Ud. decirme el nombre y las direcciones que le dije y Ud. practicó?**

Registrar la puntuación, scores y errores en la pregunta No. 5 en el espacio provisto.(Pag. 2)

F) HABILIDADES VISUO ESPACIALES:

20) Pentágonos superpuestos:

Mostrar al paciente la siguiente figura y pedirle que copie este diagrama en el espacio provisto.

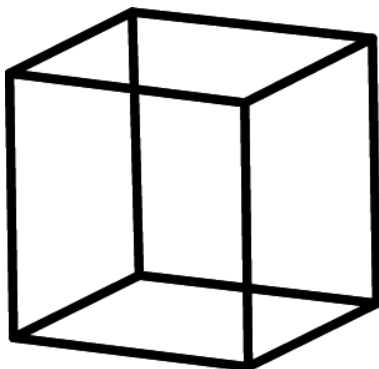


Puntuar con 1 punto si la copia es correcta.

(0-1)

21) Cubo:

Mostrar al paciente la siguiente figura y pedirle que copie este diagrama en el espacio provisto.



Puntuar con 1 punto si la copia es correcta.

(0-1)

22) Reloj:

Pedir al paciente que **dibuje un reloj con los números y las agujas indicando que son las 10:05 hs.**

Otorgue 1 punto por el círculo correcto, por la numeración correcta y por la posición correcta de las agujas.

Score (0-3)

CHEQUEANDO:

Testeó el delayed del nombre y de las direcciones en la pregunta 5?

SCORES TOTALES:

MM	
SE***	/ 30
AC	
E **	/ 100

VLOM-RATIO:

If < 2.2: FTD

If > 3.2: AD

*** Sumar las puntuaciones registrada en la casilla sombreada.

** Sumar las puntuaciones registradas en todas las casillas.

* Sumar las puntuaciones registradas en todas las casillas desde la pregunta 9 a la 18
