



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Documento Técnico de Consenso
de la Sociedade Galega de
Xerontoloxía e Xeriatría sobre

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA Y NEUROPSICOLÓGICA EN CENTROS GERONTOLÓGICOS



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Documento Técnico de Consenso de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría sobre ferramentas de evaluación cognitiva e neuropsicolóxica en centros gerontolóxicos

Autores*: David Facal (coord.), César Bugallo, Aranzazu Balo García, Xosé Caamaño Ponte, Carlos Dosil Díaz, José María Failde, Miguel Gallego, Isabel González Abraldes, Romina Mouriz Corbelle, Arturo Pereiro Rozas, Fina Permuy.

* Grupo de Avaliación Cognitiva e Neuropsicolóxica de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría

Imprime: Campus na nube

ISBN 978-84-697-3988-4

D.L.: C 976-2017

PRESENTACIÓN

El presente documento técnico sugiere un protocolo básico de evaluación para los centros de atención a Personas Mayores en Galicia. El trabajo supone la culminación del esfuerzo del Grupo de Evaluación Cognitiva y Neuropsicológica de esta Sociedad. El buen equipo de profesionales de la psicología y de la medicina de ámbitos académico, de centros residenciales, de centros de día, de consultas de atención ambulatoria, etc., ha elaborado esta propuesta a la vez que rigurosa, muy adaptada a la realidad y recursos de Galicia.

Desde la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria venimos trabajando para mejorar la calidad del apoyo a las personas en nuestro entorno, tanto a los Mayores como a sus familias o allegados; y también aportando herramientas y conocimiento para los profesionales. En esta tarea es fundamental dotarnos de los mejores instrumentos y las técnicas más precisas para optimizar la atención a las personas en situación o riesgo de dependencia, en situación de cronicidad o de fragilidad. En el presente documento los autores, todos ellos referentes notables en su competencia, abordan un tema de especial relevancia como es la detección precoz del deterioro cognitivo, principio de cualquier intervención terapéutica, y clave en el pronóstico de la enfermedad o la patología neurodegenerativa y vascular; y lo hacen desde una perspectiva próxima al entorno y con una vocación eminentemente orientada a la praxis, que hace que tomen como marco de referencia teórico y práctico el espacio gerontológico en el que se apoya cotidianamente a muchas personas mayores.

En esta búsqueda de la calidad en la atención, junto con las jornadas de formación y congresos científicos que la sociedad promueve, se une este Documento Técnico de consenso que busca la óptima evaluación para el conocimiento previo que requiere cualquier intervención, y promover el necesario y permanente debate científico del que siempre emana la mejora continua y la buena praxis. Confiamos en poder ampliar este enfoque de consenso mediante revisiones sucesivas que desde las distintas áreas de evaluación e intervención gerontológica y geriátrica permitan mantener una aportación continuada al conocimiento que ha de estimular una Sociedad científica y profesional como la nuestra, al tiempo que agradecemos este buen trabajo que nos permitirá a muchos de nosotros hacer aun mejor esta labor que tanto nos satisface.

Miguel Ángel Vázquez Vázquez
Presidente da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
Cuestiones preliminares de interés en la evaluación cognitiva y neuropsicológica de personas mayores	11
Incluir a los familiares y cuidadores en el proceso de valoración	11
Entre los instrumentos disponibles se recogen:	11
Emplear instrumentos baremados y validados	12
Seleccionar tests de evaluación cognitiva adecuados	13
Considerar la sensibilidad al cambio de los instrumentos	14
Evaluar los trastornos conductuales y psicológicos	14
Tener en cuenta la reserva cognitiva de los participantes	15
Integrar la valoración cognitiva en la valoración geriátrica y gerontológica integral	16
Propuesta de protocolo de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros gerontológicos.	17
Conclusiones	21
BIBLIOGRAFÍA	23
AUTORES	27

INTRODUCCIÓN

Envejecer es cambiar, el envejecimiento es un fenómeno universal, natural y progresivo que termina con la muerte. Resulta complejo deslindar las modificaciones físicas, funcionales y psicológicas normales, ligadas al proceso normativo de envejecer, de los procesos patológicos que se acumulan o sobrevienen con la edad. Las dificultades radican en la propia definición de envejecimiento sano e independiente (“el que tiene un estado funcional óptimo, que le permite un equilibrio vital y adapta sus capacidades o limitaciones a las propias necesidades”) y en la obtención de amplias muestras comparables de personas mayores sanas (1).

Las funciones cognitivas en el envejecimiento se caracterizan por una gran variabilidad interindividual, de modo que diferenciar entre un envejecimiento cognitivo normal y un envejecimiento patológico resulta una tarea compleja, además de existir otros múltiples factores que pueden influir como los años de educación formal o el nivel de actividad intelectual. El deterioro mnésico es un importante problema de salud pública, constituyendo el segundo motivo de preocupación en pacientes mayores tras la patología cardiológica (2). Asimismo, se estima que en torno a la cuarta parte de la población mayor del mundo occidental presenta deterioro cognitivo sin demencia, de la cual aproximadamente el 12% de estos evolucionará anualmente hacia una demencia (3).

Si bien es cierto que en la actualidad disponemos de una amplia variedad de instrumentos que nos permiten realizar evaluaciones cognitivas en los diferentes estadios del continuum que va desde el envejecimiento cognitivo saludable a las demencias degenerativas, no lo es menos que dichos instrumentos se ven fuertemente influenciados por variables tales como la edad y el nivel educativo de los sujetos, así como por una incompleta validación en nuestro contexto (4).

El presente documento surge para dar respuesta a las dificultades que encuentran los profesionales a la hora de realizar evaluaciones cognitivas y neuropsicológicas (escoger el instrumento adecuado a la persona mayor y la demanda, aplicarlo, interpretar los resultados teniendo en cuenta que una gran parte de estas herramientas están solo parcialmente validadas en nuestro medio, etc.). Con ello, se pretende aportar una serie de reflexiones y recomendaciones sobre la evaluación cognitiva y neuropsicológica de usuarios de centros para Personas Mayores. Teniendo en cuenta estas recomendaciones, se elabora una propuesta de protocolo básico de evaluación cognitiva y neuropsicológica, dirigida a profesionales de centros gerontológicos de Galicia.

El objetivo del documento es orientar al profesional a la hora de seleccionar y aplicar los instrumentos más adecuados para realizar una correcta evaluación cognitiva y neuropsicológica, teniendo en cuenta las características de los instrumentos, de las propias Personas Mayores, así como la información que puedan aportar las personas cuidadores. Asimismo se realiza una propuesta de protocolo de evaluación cognitiva y neuropsicológica para ser utilizada en centros gerontológicos.

CUESTIONES PRELIMINARES DE INTERÉS EN LA EVALUACIÓN COGNITIVA Y NEUROPSICOLÓGICA DE PERSONAS MAYORES

Previo a introducirnos en la presentación de un protocolo de evaluación cognitiva y neuropsicológica nos parece oportuno hacer una reflexión sobre una serie de aspectos que son relevantes para tal propósito, entre ellos: i) Incluir a los familiares y cuidadores en el proceso de valoración; ii) Emplear instrumentos baremados y validados; iii) Seleccionar tests de evaluación cognitiva adecuados; iv) Considerar la sensibilidad al cambio de los instrumentos; v) Evaluar los trastornos conductuales y psicológicos; vi) Tener en cuenta la reserva cognitiva de los participantes; e vii) Incorporar la valoración cognitiva en la valoración geriátrica y gerontológica integral.

Incluir a los familiares y cuidadores en el proceso de valoración

Además de la evaluación del rendimiento cognitivo de la persona mayor, resulta fundamental la entrevista al usuario y familiares. Esta fase sirve para observar su nivel de funcionamiento espontáneo, conocer su historia (edad, nivel de escolaridad y actividad previa), así como para conocer su propia percepción sobre las alteraciones cognitivas que padece y el grado de autoconciencia que tiene de sus limitaciones y de las consecuencias psicosociales que se producen.

La entrevista con los familiares completa y contrasta la información que ha proporcionado el usuario, ya que es frecuente que éste tenga una visión distorsionada del deterioro cognitivo que sufre. En esta fase, además de reflejar la historia familiar, el entorno sociofamiliar y la competencia del cuidador, debemos obtener la siguiente información: datos personales; datos de salud; valoración de aspectos funcionales y su repercusión sobre las actividades de la vida diaria; grado de conciencia de enfermedad; percepción de factores estresantes; y descripción de los cambios cognitivo/conductuales y emocionales (ansiedad, depresión, estrés). Esta toma de información o anamnesis es de gran importancia para el diagnóstico y manejo del deterioro cognitivo, y es completada en la exploración con la medición instrumental mediante la utilización de cuestionarios estandarizados diseñados al tal efecto.

Entre los instrumentos disponibles se recogen:

- a) La Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth (5): una de las primeras entrevistas estructuradas dirigidas a un informador, que pregunta al familiar cercano al paciente sobre la capacidad de éste en cuestiones de la vida diaria y en cambios experimentados en su personalidad y conducta en los últimos 6 meses.
- b) El Cambridge Examination for Mental Disorders of the Ederly (CAMDEX-R): un instrumento estandarizado diseñado por Roth, Montjoy, Huppert, Verma y Goddard (6) y posteriormente adaptado a nuestro medio por López Pousa, Llinás, Amiel, Vidal y Vialta (7), el cual incorpora en un único instrumento los elementos necesarios para rea-

lizar el diagnóstico clínico de los tipos más habituales de demencia y otros trastornos mentales frecuentes en la vejez, incluyendo una entrevista estructurada a realizar con un familiar.

- c) El Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), de Jorm y Korten (8): incluye 26 preguntas respecto a posibles cambios del paciente en memoria, aprendizaje, inteligencia verbal y manipulativa, durante un período de tiempo de 10 años y cuyos resultados, poco contaminados por su nivel educativo e inteligencia previa, tienen una alta capacidad de detección del deterioro cognitivo.
- d) El cuestionario AD8 en su versión española (9): cuestionario muy breve (8 ítems de respuesta sí/no), sometido a una rigurosa validación para su utilidad diagnóstica en deterioro cognitivo y demencia.

La persona cuidadora, además de ser un agente muy valioso a la hora de proporcionar información para la valoración del sujeto, también a su vez es un afectado, puesto que el estrés asociado al cuidado de un mayor dependiente puede afectar de manera adversa a su salud, particularmente cuando el cuidado implica la asistencia a una persona con deterioro cognitivo. Dos son los aspectos fundamentales de esta valoración: la percepción de carga o carga subjetiva, evaluada a través de la Escala de Zarit, adaptada y validada a nuestro medio por Martín et al. (10), y los elementos positivos de la situación de cuidado.

Emplear instrumentos baremados y validados

Como se ha indicado anteriormente, a la hora de realizar una evaluación cognitiva y neuropsicológica, especialmente en cuanto al cribado y diagnóstico del deterioro cognitivo, es necesario trabajar con instrumentos adaptados y validados a nuestra población (11). El proceso de adaptación, cuando el instrumento fue elaborado fuera de nuestro contexto sociocultural o está diseñado para emplearse con una población de características determinadas (por ejemplo, personas con déficits sensoriales o demencias), constituye el primer paso para emplear un instrumento con garantías.

La adaptación lingüística debe de ser rigurosa para garantizar que el instrumento varíe lo menos posible en función de la lengua en la cual se administre. Asimismo, la adaptación cultural implica tener en cuenta las peculiaridades culturales y sociales de la población para la cual se está adaptando el instrumento. Así, en este proceso deben tenerse en cuenta aspectos como: la frecuencia de las palabras incluidas en una lista de memorización; evitar emplear dibujos que representen a animales exóticos difícilmente reconocidos por las personas de la población a la que va dirigida; o tener en cuenta saberes generacionalmente significativos para evaluar el conocimiento general del mundo, como por ejemplo a través de los subtests de información.

El segundo aspecto que debemos conocer es el relativo a la fiabilidad, validez y establecimiento de los baremos adaptados a una población concreta. Los diferentes indicadores de fiabilidad y validez determinan el grado de precisión de un instrumento, mientras que los baremos permiten conocer la distribución de las puntuaciones en una población concreta y las puntuaciones de corte que mejor discriminan entre subgrupos de esa población (por ejemplo, personas sanas de personas con deterioro). Es necesario resaltar que los valores de fiabilidad y validez de un test y sus baremos pueden variar de forma importante en función de la población y contexto en el que se evalúen (centros residenciales, centros

de día, centros de mayores en el ámbito comunitario, etc), comprometiendo la utilidad del mismo.

Seleccionar tests de evaluación cognitiva adecuados

Para realizar una valoración cognitiva completa se deben utilizar diferentes instrumentos ajustados a las características de la evaluación y de la población objetivo. Un primer paso sería la utilización de tests de cribado que, si bien se critica el uso abusivo de los mismos en nuestro contexto (4), se trata de instrumentos útiles como primera aproximación al rendimiento cognitivo. De entre los tests de cribado utilizados en nuestro contexto, en Facal et al. se destacan: el Mini – Mental State Examination (MMSE); la evaluación cognitiva de Montréal (MoCA); el Test del Reloj; el Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ-VE); el Test de los 7 minutos; el test de alteración de memoria (T@M); el Set test; o el Foto Test (4).

La aproximación clásica a los test de cribado pretende medir de forma rápida y sencilla diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. Así, el MoCA test (12), concebido como prueba de detección de las disfunciones cognitivas leves, examina la atención, la concentración, las funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), la memoria, el lenguaje, las capacidades visuconstructivas, el cálculo y la orientación. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos, siendo la puntuación máxima de 30, considerándose normal una puntuación igual o superior a 26.

De forma complementaria a esta aproximación, en los últimos años se han popularizado herramientas de cribado destinadas específicamente a la evaluación rápida de la memoria episódica. Como ejemplo de esta tendencia, en nuestro contexto se viene aplicando el test de alteración de memoria (T@M) (13), formado por cinco subtest: codificación; orientación temporal; memoria semántica; recuerdo libre; y recuerdo facilitado. Se trata de una herramienta breve, fácil de administrar y de puntuar, y que discrimina entre personas mayores con un patrón de envejecimiento cognitivo normal y pacientes con deterioro cognitivo. La puntuación máxima son 50 puntos y contiene un mínimo de 40 preguntas y un máximo de 50 (dependiendo del éxito del paciente en el recuerdo libre diferido). Asimismo, incluye cinco puntos para valorar la orientación temporal, 10 para la memoria inmediata, 15 para la memoria semántica, 10 para el recuerdo libre y 10 para el recuerdo facilitado. Se recomienda dar una puntuación global (sobre los 50 puntos máximos de la prueba), así como las puntuaciones parciales obtenidas por cada sujeto en cada uno de los apartados siguiendo el orden de valoración.

Las escalas de estadiaje son importantes porque nos permiten conocer la progresión del deterioro cognitivo de un individuo, facilitando la comunicación entre profesionales y cuidadores. La Escala de Deterioro Global (14), es el instrumento más utilizado para este fin, basándose en un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico (teoría de la retrogénesis). A partir de datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad, al cuidador, se establece siete estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta el deterioro cognitivo muy grave (GDS-7), definiendo cada estadio en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. Sin embargo, dado que la secuencia de aparición de los síntomas es a menudo variable, se ha argumentado que la inclusión de un paciente en un estadio de acuerdo a un criterio rígido produce errores, especialmente en aquellas personas con demencias degenerativas distintas de la enfermedad de Alzheimer. En este sentido, la Graduación Clínica de la Demencia (traducción del Clinical Dementia Rating, CDR) (15) se adaptaría mejor al distinto espectro de demencias degenerativas, además de incluir

juicios relevantes para planificar la intervención. La información necesaria para establecer cada categoría del CDR se obtiene a través de una entrevista semiestructurada al paciente y/o a un cuidador fiable, existiendo 5 categorías posibles: 0= ausencia de deterioro; 0,5= demencia muy leve; 1= demencia leve; 2= demencia moderada; 0 3= demencia severa.

En cuanto a las baterías generales de evaluación, éstas resultan de utilidad para realizar una valoración global de los déficits del sujeto, identificando las funciones cognitivas que se ven afectadas y las que están preservadas en cada caso con el objetivo de obtener un perfil tanto de los déficits como de las capacidades que conserva el paciente, fundamentalmente para elaborar un programa de rehabilitación cognitiva o estimulación cognitiva. Asimismo, sirven a modo de guía, junto con la entrevista, para seleccionar las pruebas de evaluación de funciones específicas con las que explorar más exhaustivamente las funciones afectadas de cada sujeto. Entre estas baterías generales, en Facal et al. (4) se incluyen el CAMCOG-R, el Test Barcelona Abreviado y el ADAS-COG.

Considerar la sensibilidad al cambio de los instrumentos

El objeto último de la evaluación en psicogerontología y, en general, en el estudio del envejecimiento como fenómeno humano, es conocer los procesos de cambio. En este sentido, a través de los estudios longitudinales se trata de evaluar el efecto del tiempo. Se trata, igualmente, de una estrategia para evaluar el efecto de una intervención. En el contexto de los centros de atención a Mayores, ciertas limitaciones de los estudios longitudinales (mortalidad experimental, requerir un número importante de observaciones) se pueden subsanar en parte incorporando a la investigación los procesos continuados de atención, evaluación y seguimiento.

En este sentido, además de su fiabilidad, validez y adecuación a la cultura y nivel de desempeño de la persona evaluada, a la hora de seleccionar un test debemos considerar la sensibilidad al cambio (4). Entendiendo el envejecimiento como desarrollo, los cambios asociados al mismo son variables, multidireccionales, e incluyen declive (pérdidas) pero también mantenimiento o mejora (ganancias) (16), por lo que precisamos de instrumentos no solo fiables, sino también sensibles. Un test de evaluación cognitiva y neuropsicológica adecuado debe permitir en lo posible valorar los cambios en la evolución de la patología cognitiva de la persona mayor, y sus repercusiones a nivel funcional. Por ello, será necesario disponer de versiones alternativas de diferentes test que permitan la aplicación repetida de los mismos, especialmente en aquellos test en los que el rendimiento está vinculado al recuerdo y el reconocimiento, a través de la memoria episódica, y a procesos de aprendizaje. También son necesarios test de evaluación cognitiva y neuropsicológica que nos permitan medir la eficacia de los programas de estimulación y rehabilitación, a través de diseños de medidas repetidas que incorporen procedimientos de control de la intervención (grupo de comparación no específico; grupo control – componente, distinguiendo diferentes componentes de un tratamiento; diseños paramétricos, distinguiendo grado – intensidad de los tratamientos; diseños comparativos, comparando efectos de diferentes tratamientos).

Evaluar los trastornos conductuales y psicológicos

Históricamente minimizada su importancia por el paradigma cognitivo en las demencias, los síntomas psicológicos y conductuales han permanecido en un segundo plano en cuanto a relevancia evolutiva en el deterioro cognitivo. La evaluación de los procesos neurodegenerativos y demencias asociadas debe, sin embargo, llevar implícita una valoración minu-

cosa de las manifestaciones psicológicas y conductuales (en adelante SCPD) asociadas al envejecimiento cerebral patológico. Diferentes razones justifican esta necesidad: la primera, que para la realización de una evaluación cognitiva adecuada se precisa la colaboración de la persona objeto de valoración y ésta no es posible en presencia de situaciones disruptivas; la segunda razón estaría relacionada con la gran influencia que los SCPD tienen en la evolución del deterioro; la tercera razón, pragmática, es que los SCPD son reactivos a cualquier tipo de intervención destinada a prevenir el deterioro cognitivo; por fin, la cuarta, supone la observación de que los SCPD son altamente variables, de presentación e intensidad variable, y muy sensibles al cambio en función de las intervenciones, permitiendo optimizar los tratamientos (17).

Ya en el año 1996, el comité de expertos de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA, International Psychogeriatric Association) elaboró una definición de los SCPD que se presentan a lo largo de la demencia y que incluye los conceptos de trastorno de percepción y del contenido del pensamiento (síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios...), trastornos del estado de ánimo y ansiedad (depresión, manía, disforia, labilidad, angustia, fobia...) y trastornos de conducta y actividad (apatía, agitación, agresividad, vagabundeo, trastornos alimentarios, distorsión del ritmo sueño-vigilia y síntomas psicomotores) (18). La frecuencia en la que se presentan las diferentes categorías de SCPD es alta y variable según los estudios. Así, la depresión podría estar presente hasta en el 84 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (19), mientras que los síntomas psicóticos lo harían en más del 70% de los casos y las diferentes manifestaciones de agitación podrían alcanzar al 70% de los pacientes, asociados comúnmente a delirios y alucinaciones (20) (21) (22).

En cuanto a los métodos de evaluación de SCPD, se aprecia que las principales herramientas y escalas datan de los años 80 y 90 del siglo XX (aunque algunas son anteriores), siendo adaptadas a la población española en el siglo XXI. Lo razonable es implementar la sistemática de evaluación desde lo general a lo específico en función de los objetivos de la misma (filiación, diagnóstico, plan terapéutico...) y el perfil psicopatológico y la evolución de los usuarios. Entre las herramientas generales que ayudan a conocer ampliamente los SCPD, destacan el Neuropsychiatric Inventory (23), el Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease rating scale (24) o el Alzheimer's Disease Assessment State (25).

La valoración específica de las diferentes categorías de SCPD parece cada día más conveniente, en la medida en que las decisiones terapéuticas y el empleo de recursos están condicionadas por la incidencia de algunos de los SCPD como depresión, apatía o agitación. En este caso, se recomienda el empleo de instrumentos como la Escala de Cornell de Depresión en Demencia (26), la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (27) y la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage (28). En el caso de las diferentes manifestaciones de agitación es de gran sencillez y utilidad el Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (21) pues facilita un criterio observacional de continuidad contrastado en pacientes institucionalizados.

Tener en cuenta la reserva cognitiva de los participantes

A la hora de realizar una evaluación cognitiva, tenemos que tener presente no solo el grado de deterioro de la persona mayor, sino también los recursos con los que cuenta ésta para afrontar la tarea demandada. En este sentido, se define la reserva cognitiva como la capacidad de adaptación del cerebro a una situación de deterioro utilizando recursos cognitivos de procesamiento que permiten compensar ese deterioro, de tal modo que la capacidad de adaptación del cerebro vendría determinada por las experiencias de vida y los hábitos

de vida de las personas. Así, una persona con alta reserva cognitiva soportará mayor cantidad de neuropatología disminuyendo el riesgo de manifestar los síntomas clínicos de la enfermedad (29). En este sentido también aumenta el riesgo de un falso negativo, es decir, de que la persona obtenga un alto rendimiento en los test cognitivos y neuropsicológicos a pesar de presentar una patología, gracias a una alta reserva cognitiva que le permite compensar y rendir satisfactoriamente en los test.

Los acontecimientos no normativos hacen del envejecimiento un proceso de diferenciación, lejano al intento de clasificar a las personas en función de su edad. De este modo, cobra relevancia el binomio educación-envejecimiento, entendiendo la primera como el medio óptimo para el correcto desarrollo personal y social. Así, el nivel educativo es un índice del rendimiento intelectual, que se asocia con una mejor eficiencia cerebral y con una mayor dificultad para detectar el deterioro en estadios iniciales. En este sentido la educación es un medio para que las personas mayores incrementen el número de relaciones interpersonales, mantengan el tiempo ocupado, se enfrenten a retos y, en definitiva, incrementen la sensación de control, promoviendo las relaciones intergeneracionales y el fomento del enriquecimiento mutuo entre personas de edades muy distantes desde el punto de vista generacional (30).

Integrar la valoración cognitiva en la valoración geriátrica y gerontológica integral

Como comentábamos, debemos resaltar la importancia de realizar una adecuada exploración cognitiva encuadrada en el contexto de la valoración geriátrica integral, entendida ésta como la herramienta clave en la evaluación de las personas mayores, tanto en la atención primaria de salud como en la atención especializada, dónde se originó como instrumento básico de geriatría. Consiste ésta en la evaluación global y multidimensional del paciente desde el punto de vista físico, funcional, mental y social, de forma integrada (1). De este modo, la valoración geriátrica integral identifica problemas, capacidades y necesidades de las personas mayores para poder después intervenir sobre ellas y monitorizar los cambios.

En el proceso de evaluación neuropsicológica es necesario implementar aspectos de la exploración con datos de la valoración geriátrica global, como la revisión de terapias previas y actuales (médicas, farmacológicas, psicológicas, físicas...), o pruebas de neuroimagen y/o biológicas disponibles. Todo ello nos ayudará a conocer mejor la etiología, el grado de afectación, el correlato anatómico de la lesión cerebral, y también la respuesta a tratamientos previos, la progresión y el impacto vital de los síntomas, etc. De este modo, el registro de estos aspectos nos permitirá adaptar los instrumentos de valoración a las circunstancias de cada persona.

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE EVALUACIÓN COGNITIVA Y NEUROPSICOLÓGICA EN CENTROS GERONTOLÓGICOS.

De acuerdo con lo expuesto en la anterior sección, se realiza una propuesta de protocolo de evaluación básico que: a) permita una aproximación de lo general a lo particular, que se estima fundamental en el contexto de la valoración geriátrica y gerontológica; b) que sirva para maximizar la efectividad y eficiencia de la valoración cognitiva, teniendo en cuenta la sensibilidad, adecuación a la persona mayor y encaje en el funcionamiento de los centros; c) cuyo proceso de validación permita garantías en la aplicación de los tests, aún cuando carezcamos de baremos específicos para la población gallega.

En esta propuesta, el proceso comienza con la revisión de informes previos, que probablemente incluya información como la recogida por el MMSE y el GDS. El primer paso sería la realización de entrevistas con la persona evaluada y un informador. Dependiendo del grado de deterioro de la persona evaluada y la proximidad y disponibilidad de un familiar informador, el rol de ambos puede variar. Así, en el caso del informador, la entrevista incluirá al menos una escala breve para sistematizar la recogida de la información (AD8) y una evaluación de los SCPD que incluya un estudio de la depresión (Escala Cornell de Depresión en Demencia) (26) y la agitación (Inventario de Agitación del anciano de Cohen-Mansfield - IAACM) (31). Respecto a la Escala Cornell, se trata del instrumento de elección debido a las reticencias que la recogida de información sobre depresión directamente de la persona usuaria despierta en el contexto de los centros gerontológicos. En el caso del IAACM, versión española del CMAI, la elección busca subrayar el papel de la agitación en el funcionamiento y organización de los centros gerontológicos, dentro del contexto de los SCPD. En cuanto a la evaluación cognitiva, en el contexto de una evaluación neuropsicológica más amplia que incluya aquellas escalas y subescalas necesarias para determinar el rendimiento cognitivo de acuerdo a los objetivos de la evaluación, se estima necesario incluir al menos un test breve que permita establecer el estatus cognitivo general (MoCA) y un test breve de memoria episódica (T@M) (32). Se recomienda el MoCA, por aportar más información que el MMSE de cara a planificar la intervención y medir el cambio, siendo su aplicación más breve que instrumentos como el CAMCOG-R o el ADAS-COG. El MoCA aporta además versiones alternativas traducidas al español, que pueden facilitar las evaluaciones repetidas. A pesar de ser una herramienta internacionalmente aceptada y difundida (33, 34), sería recomendable contar con baremaciones propias en poblaciones con realidades específicas como la gallega, como ya se ha comenzado a realizar con otros tests (35), así como adaptar el instrumento a la realidad cultural y lingüística del país. Respecto al T@M, su elección se centra en que permite explorar la memoria de forma complementaria al instrumento de cribado general, detectando aquellos casos de deterioro de tipo amnésico más iniciales y permitiendo un abordaje específico de los problemas de memoria en el contexto de la intervención psicogerontológica (13). En aquellos casos en los que la aplicación del MoCA muestre un deterioro cognitivo moderado, la aplicación del T@M, cognitivamente más demandante, será sustituida por la del Foto Test (36), cuya aplicación es más

intuitiva y al descansar en la memoria visual maximiza el rendimiento en aquellas personas con un cierto grado de deterioro en el lenguaje. Ambas herramientas están desarrolladas en España, si bien no disponemos de datos de baremación para la población gallega. Finalmente, se aplicaría el CDR como prueba de estadiaje, permitiendo sistematizar y complementar a través de la clínica la información recogida a través de los tests de rendimiento cognitivo. El proceso de evaluación propuesto se recoge en la Figura 1. Las propiedades psicométricas y puntos de corte propuestos, en aquellos tests donde los puntos de corte son aplicables, se resumen en la Tabla 1.

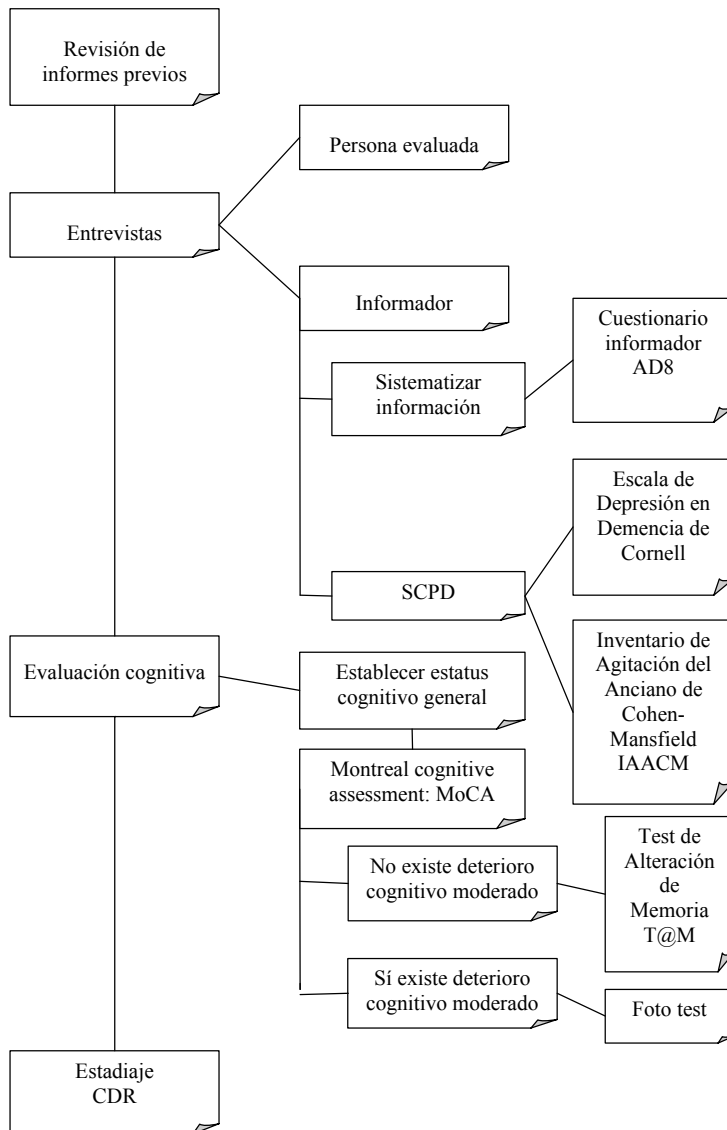


Figura 1. Protocolo de evaluación cognitiva y neuropsicológica

Tabla 1: *Propiedades psicométricas de las pruebas propuestas*

Test	Estudio	Información disponible
MoCA	Lozano et al. 2009 (10)	<p>Consistencia interna: 0,76</p> <p><i>Demencias</i> ABC 0.691 Punto de corte propuesto 13/14 (sensibilidad: 0,843; especificidad: 0,710)</p> <p><i>Deterioro cognitivo ligero</i> ABC 0.893 Punto de corte propuesto 20/21 (sensibilidad: 0,714; especificidad: 0,745)</p> <p>Fiabilidad interexaminadores; 0,914.</p> <p>Fiabilidad test-retest: 0,921.</p>
T@M	Rami et al. 2009 (11)	<p>ABC 0.99 Punto de corte propuesto 36 (sensibilidad: 0,93; especificidad: 1)</p> <p>Correlación significativa y positiva con test de memoria episódica y semántica</p>
Fototest	Carnero et al. 2012 (35)	<p><i>Demencias</i> ABC 0.94 Punto de corte propuesto 26/27 (sensibilidad: 0,88; especificidad: 0,87)</p> <p><i>Deterioro cognitivo ligero</i> ABC 0.86 Punto de corte propuesto 28/29 (sensibilidad: 0,71; especificidade: 0,84)</p> <p>Correlación significativa y positiva con tests de memoria episódica y semántica, y correlación negativa con instrumento de estadiaje</p>
AD8	Carnero et al. 2013	<p>ABC 0.90 Punto de corte propuesto 3/4 (sensibilidad: 0,93; especificidade: 0,81)</p> <p>Consistencia interna 0,90 (alfa de Cronbach)</p> <p>Correlación significativa, negativa con test de memoria y positiva con instrumentos de estadiaje y dependencia funcional</p>
Cornell	Pujol et al. 2001 (24)	<p>Fiabilidad test-retest de cada item entre 0.61 y 0.84 (índice Kappa)</p> <p>Fiabilidad de la puntuación total 0.93 (coeficiente de correlación de Spearman)</p> <p>Consistencia interna 0,81 (alfa de Cronbach)</p>
IAACM	Cervilla et al. 2002 (29)	<p>Correlación significativ y positiva con tests de cribado de psicopatología (BPRS, Pearson=0.38; p=0.0001) y deterioro cognitivo (MEC, Pearson=0-0.23).</p> <p>Diferencias significativas entre los grupos con y sin deterioro cognitive</p>

ABC = Área bajo la curva

CONCLUSIONES

La estrategia de atención a las personas con deterioro cognitivo pasa en el futuro por dos opciones, a saber, recursos de permanencia en el hogar (SAD, clínicas de memoria, centros de día...) e institucionalización en centros gerontológicos de diferentes modelos operativos de gestión. Previamente, los equipamientos sociales y / o sanitarios son esenciales para el diagnóstico del deterioro cognitivo y, con posterioridad, para el tratamiento de continuidad.

Una adecuada valoración cognitiva y neuropsicológica permitirá, no solo maximizar la conocida necesidad de medidas de detección precoz a nivel poblacional, sino también optimizar el rendimiento de los centros, a través de una adecuada gestión de la carga de trabajo según el grado de deterioro cognitivo de las personas mayores usuarias, y estudiar la eficacia de las intervenciones cognitivas. Si bien el nivel de adaptación y baremación de los instrumentos en nuestro contexto dista de ser óptimo, es necesario dar pasos en esta dirección. Por ello el presente trabajo incluye una propuesta de protocolo básico de evaluación cognitiva a partir del cual será posible abordar la validación de determinados instrumentos y la elaboración de baremos más próximos a la realidad de las personas mayores que envejecen en nuestro entorno.

La atención al deterioro cognitivo y las demencias (Trastornos Neurocognitivos) supone un reto social y asistencial, constituyendo una realidad de difícil abordaje; sin embargo parece imprescindible hacerlo en el presente pensando en el futuro por razones epidemiológicas. Una forma razonable de realizarlo es desde la investigación, desarrollo, innovación y la transferencia del conocimiento, en el caso que nos ocupa conocimiento referido a la valoración cognitiva y neuropsicológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEMFYC Atención al mayor desde la Atención Primaria. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2010.
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease and maintaining brain and memory health national survey results, 2004. Disponible en: http://www.alz.org/alzheimers_disease_publications_reports.asp.
3. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Ann Intern Med* 2008;148:427-34.
4. Facal D, Mouriz-Corbelle R, Balo-García A, González-Abraldes I, Caamaño-Ponte X, Dosil-Díaz C et al. Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia. *Rev Esp de Geriatr Gerontol.* 2014; 50 (2), 62-70.
5. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile changes in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Brit J Psychiat.* 1968; 114, 797- 811.
6. Roth M, Tym E, Montjoy C, Huppert F, Verma S, Goddard R. CAMDEX-a satandardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Brit J Psychiat.* 1986; 149, 698-709
7. López Pousa S, Llinàs J, Amiel J, Vidal C, Vilalta J. Camdex: Una nueva entrevista psico-geriátrica. *Actas Luso-EspNeur.* 1990; 18(5) 290-295.
8. Jorm AF, Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Brit J Psychiat.* 1988; 152, 309-213.
9. Carnero Pardo C, de la Vega Cotarelo R, López Alcalde S, Martos Aparicio C, Vilchez Carrillo R, Mora Gavilán E. et al. Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario del informador AD8. *Neurología.* 2013; 28(2), 88-94.
10. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz Pet al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (CaregiverBurden Interview) de Zarit. *RevGerontol.* 1996; 6, 338-46.
11. Peña-Casanova J, Monllau A, Gramunt-Fombuena N. La psicometría de las demencias a debate. *Neurología.* 2007; 22, 301-11.
12. Lozano M, Hernández M, Turró O, Pericot, I, López-Pousa S, Vilalta J. Validación del Montreal CognitiveAssessment (MOCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Real InvetDemenc.* 2009; 43, 4-11

15. Rami L, Bosch B., Valls-Pedret C, Caprile C, Sánchez-Valle R, Molinuevo JL. Validez discriminativa y asociación del test minimental (MMSE) y del test de alteración de memoria (T@M) con una batería neuropsicológica en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer. *RevNeurol.* 2009; 49, 169-174.
16. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry.* 1982;139(9):1136-9
17. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology.* 1993; 43, 2412-4.
18. Facal D, Guardia-Olmos J, Juncos-Rabadán O. Aportaciones metodológicas al estudio de datos de tipo longitudinal en el deterioro cognitivo ligero. *RevEsp de GeriatrGerontol.* 2014; 49, 148-149.
19. Caamaño Ponte J. Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer. UDC. 2003; TD.
20. Finkel SI, Costa e Silva JC, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *IntPsychogeriatr.* 1996; 8 (Suppl 3): 497-500.
21. Burns A. Affective symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 371-376.
22. Cohen-Mansfield J, Billings N. Agitated behaviors in the elderly: A conceptual review. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34: 711-721.
23. Cohen Mansfield J. Agitated behaviour and cognitive functioning in nursing home residents: Preliminary results. *Clin Gerontologist.* 1988; 7 (3/4), 11-22.
24. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a Nursing Home. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 1989; 44 (3), M77-84.
25. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994; 44, 2308-14.
26. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas, A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry.* 1987; 48, 9-15.
27. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry.* 1984; 141, 1356-1364.
28. Pujol J, De Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *RevNeurol.* 2001;33(4), 397-8.
29. Lobo A, Montón A, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ, GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán; 1993.
30. Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas RM, Albert C, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria.* 2000; 26(supl 1), 328.

31. Lojo-Seoane C, Facal D, Juncos-Rabadán O, Pereiro AX. (2014). El nivel de vocabulario como indicador de reserva cognitiva en la evaluación del deterioro cognitivo ligero. *AnPsicol.* 2014; 30 (3), 1115-21.
32. Mouriz R, Santos A, Dosil C. Influencia da psicopedagoxiana percepción dos xóvenes. Galegos sobre o envellecemento e as persoas maiores institucionalizadas: estudo piloto. *Actas do XII Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía.* 2013; 7127-7134.
33. Cervilla J, Rodríguez A, Hoyos G, Mínguez L, González E. Agitación y Deterioro Cognitivo usando la versión española del Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield. *Psiquiatria.com.* 2002; 6(5).
34. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología.* 2011; 26(7): 425-433.
35. Kenny RA, Coen RF, Frewen J, Donoghue OA, Cronin H, Savva GM. Normative values of cognitive and physical function in older adults: findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Am Geriatr Soc.* 2013 May;61Suppl 2:S279-90.
36. Nasreddine ZS, Rossetti H, Phillips N. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology* 2012;78;765
37. Pereiro AX, Ramos-Lema S, Juncos-Rabadán O, Facal D, Lojo-Seoane. Normative scores of the Cambridge Cognitive Examination-Revised in healthy Spanish population. *Psicothema.* 2015; 27 (1), 32-39 . doi: 10.7334/psicothema2014.169
38. Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, De la Vega Cotarelo R, Gurpegui M. Estudio FOTO-TRANS: estudio multicéntrico sobre la validez del Fototest en condiciones de práctica clínica. *Neurología.* 2012; 27(2), 68-75.

AUTORES

David Facal. Licenciado en Psicología. Master en Gerontología Clínica. Doctor en Psicología Evolutiva . Profesor en Universidade de Santiago, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación. Coordinador del Grupo de Evaluación Cognitiva y Neuropsicológica de la S.G.X.X.

Cesar Bugallo. Licenciado en Psicología. Master en Gerontología Social. Doctor en Gerontología. Psicólogo sanitario y director del centro médico Nemanquiños, Cee, A Coruña.

Aranzazu Balo García. Licenciada en Psicología. Master en Gerontología Clínica. Doctora en Gerontología. Psicóloga en el Centro Gerontológico La Milagrosa, A Coruña, y profesora asociada en Universidade de A Coruña.

José Caamaño Ponte. Doctor en Medicina. Diplomado en Medicina Geriátrica. Postgrado Experto en Responsabilidad e Innovación Social. Médico en el Centro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga, Láncara, Lugo.

Carlos Dosil Díaz. Licenciado en Psicología. Doctor en Psicología Evolutiva. Director gerente del Centro Xerontolóxico A Veiga, y profesor asociado en Universidade de Santiago, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación.

José María Failde Garrido. Licenciado en Psicología. Doctor en Psicología Clínica. Profesor titular de la Universidad de Vigo, Área de Personalidad, Evaluación y Tramiendo Psicológico.

Miguel Gallego. Médico diplomado en Geriatria. Experto en Psicogeriatría. Médico geriatra en Atendo.

Isabel González Abrales. Licenciada en Psicología. Master en Gerontología Clínica. Doctora en Gerontología. Psicóloga en el Centro Gerontológico La Milagrosa, A Coruña, y profesora asociada en Universidade de A Coruña.

Romina Mouriz Corbelle. Licenciada en Psicología. Psicóloga y responsable de calidad en el Centro Xerontolóxico A Veiga, y profesora asociada en Universidade de Santiago, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación.

Arturo Pereiro Rozas. Licenciado en Psicología. Doctor en Psicología Evolutiva . Profesor titular en Universidade de Santiago, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación.

Fina Permuy. Licenciada en Psicología. Master en Neuropsicología. Psicóloga en Centro de Día de Cruz Vermella A Coruña.

