



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2014/2015  
Convocatoria de Febrero

**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Título:** Diagnóstico diferencial de diferentes tipos de demencia a través de casos clínicos.

**Autora:** Irene Díez Server

[-----]

**Tutora:** Beatriz Bonete López

Elche, a 23 de enero de 2015

## Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	7
4. Resultados.....	10
5. Discusión.....	16
6. Bibliografía.....	19
Tabla 1.....	5
Tabla 2.....	5
Tabla 3.....	8
Figura 1.....	11
Figura 2.....	12
Figura 3.....	15
Anexo A.....	26
Anexo B.....	28
Anexo C.....	32

## Resumen

En la actualidad la esperanza de vida ha aumentado de forma considerable y se prevé que continúe creciendo de forma que se verá acrecentado el número de personas situadas en la mitad superior de la pirámide de población (I.N.E., 2014). Dicho aumento conlleva la aparición de una serie de problemas de salud, como son las demencias. Sin embargo, existen distintos tipos de demencia, como son la demencia tipo Alzheimer, la demencia frontotemporal y la demencia por cuerpos de Lewy, siendo el diagnóstico diferencial entre ellas complicado en la práctica clínica. Para llevar a cabo un mejor diagnóstico diferencial de las mismas se planteó realizar el presente trabajo, comenzando por la búsqueda, en distintas bases de datos, de casos clínicos en los que se hubiera evaluado neuropsicológicamente a los sujetos con esos tipos de demencia para después comparar los resultados. Los principales resultados fueron la preservación de la lectura y escritura en la demencia tipo Alzheimer, la presencia de alucinaciones visuales, alteraciones de las funciones visuoperceptivas y signos de parkinsonismo en la demencia por cuerpos de Lewy y alteración en el cálculo mental y/o escrito, una mayor diversidad en las alteraciones de la conducta social y anosognosia en la demencia frontotemporal.

**Palabras clave:** Demencia tipo Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, diagnóstico diferencial, casos clínicos, variables neuropsicológicas.

## Introducción

Actualmente nos encontramos en un momento en el que la esperanza de vida y los índices de longevidad han aumentado y si continúa la tendencia actual, entre los años 2000 y 2050 la población mundial mayor de 60 años de edad se duplicará, pasando del 11% al 22%, aumentando de 605 millones a 2000 millones, de forma que en 2050 habrá aproximadamente 400 millones de personas con 80 años o más en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012). En España, y según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) el porcentaje de población mayor de 65 años, actualmente situado en el 18,2%, pasaría al 24,9% en 2029 y al 38,7% en 2064, alcanzando la esperanza de vida los 84 años en los varones y los 88,7 años en las mujeres en 2029 y aumentando en el año 2064 a los 91 años en el caso de los hombres y a los 95 en el caso de las mujeres, de forma que se incrementará el número de personas localizadas en la mitad superior de la pirámide de población (I.N.E., 2014).

El aumento de la esperanza de vida comentada anteriormente acarrea una serie de consecuencias entre las que se encuentran la acentuación de determinados problemas de salud, como es el caso de las demencias, en las que el presente artículo va a centrarse (Muñoz-Céspedes, Iruarrizaga, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995). Estas demencias inciden gravemente en la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familiares (Cullell, Bruna y Puyuelo, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) hay unos 35,6 millones de personas con demencia en el mundo y cada año se registran 7,7 millones de casos nuevos, siendo la demencia tipo Alzheimer la demencia más común, acaparando entre un 60% y un 70% de los casos. Asimismo y, según la Fundación de Alzheimer de España, la prevalencia en nuestro país de demencia en función de la edad es del 4,2% para la población entre 54 y 74 años, del 12,5 % para la población de 75 a 84 años y del 27,7 % para la población de más de 85 años.

La O.M.S. define la demencia como “un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD)” (O.M.S., 2012). Además, afirman que afectan principalmente a las personas mayores, sin constituir una consecuencia normal del envejecimiento.

Por su lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (C.I.E.-10, 1992) la define como:

Un síndrome debido a una enfermedad del cerebro de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores,

A. Inicio en la edad adulta	i. La alteración de la memoria puede no ser evidente en las fases iniciales.	progresión gradual
B. Instauración insidiosa, referida en meses o años		B. Trastorno precoz de la conducta social de relación interpersonal
C. Evolución lentamente progresiva	ii. En general destacan las alteraciones de la atención y de las funciones fronto-subcorticales y visuospaciales	C. Alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal
D. Afectación precoz de la memoria y de la capacidad de aprendizaje, objetivada en la exploración		D. Superficialidad e indiferencia emocional precoces
2. Ausencia, en fases iniciales, de:	Si se cumplen dos o tres de los siguientes criterios se realiza un diagnóstico probable mientras que un criterio permite un diagnóstico posible:	E. Anosognosia precoz
A. Parkinsonismo espontáneo		
B. Inestabilidad de la marcha y caídas frecuentes		
C. Síndrome cerebeloso	A. Fluctuaciones de las funciones cognitivas, con variaciones notables en el nivel de conciencia y el grado de atención	
D. Síndrome piramidal		
E. Alucinaciones visuales	B. Alucinaciones visuales recurrentes, bien estructuradas, que perciben con gran detalle	
F. Depresión mayor		
G. Alteraciones destacadas del comportamiento	C. Signos motores espontáneos de parkinsonismo	

La demencia tipo Alzheimer "es una enfermedad cerebral degenerativa primaria de etiología desconocida" (C.I.E.-10, 1992, p. 296) comenzando de forma insidiosa y progresando posteriormente de forma lenta pero sostenida. En el Anexo A se presentan los criterios diagnósticos para la demencia tipo Alzheimer según el Manual diagnóstico y

Fundación de Alzheimer de España, así como datos estadísticos sobre la esperanza de vida y los índices de longevidad poblacional en España a través del I.N.E. En el C.I.E.-10 se encontró la definición de demencia así como los criterios para su diagnóstico; en el DSM-IV-TR, ya que no fue posible acceder al Manual en su quinta edición (DSM-V), se encontraron los criterios diagnósticos para la demencia tipo Alzheimer y, por último, en la página web de la S.E.N. se buscaron los criterios diagnósticos de los tres tipos de demencias sobre los que este artículo versa, cuyas definiciones fueron sacadas del mencionado libro de Arnedo et al. (2012).

Tras esta primera exploración, se realizaron las búsquedas de casos clínicos sobre las demencias estudiadas. Se utilizaron las palabras claves "Caso", "Alzheimer", "Demencia frontotemporal", "Demencia cuerpos Lewy" así como sus variantes en inglés, "Case", "Frontotemporal dementia" y "Dementia with Lewy bodies". En la Tabla 3 se presentan los resultados obtenidos de las búsquedas, no siendo tan fructíferos como se esperaba.

Tabla 3. Número de artículos y casos encontrados en función de la base de datos.

	Artículos demencia tipo Alzheimer	Artículos demencia frontotemporal	Artículos demencia por cuerpos de Lewy
Redalyc	1	3	0
SciELO	0	3	1
Google Achademic	2	4	4
Revista neurología	0	0	1
Dialnet	0	3*	0
Science Direct	0	0	1*
Proquest	0	1	1
ISOC	1	0	0
Libro Arnedo et al. (2012)	1	1	1
Total artículos	5	15	9
Número de casos	5	18	11
Total artículos final	3	12	6

estudiadas. Por último, en lo que a los artículos sobre la demencia por cuerpos de Lewy se refiere, se excluyeron cinco artículos, dos de ellos por la misma razón que en el caso anterior, otros dos porque no se trataba de un estudio de caso, si no de estudios metodológicos y el restante porque no exponía ningún caso.

## Resultados

Entrando ya en el análisis de los resultados obtenidos, en primer lugar resaltar que en el Anexo B podremos encontrar una tabla explicativa de los mismos y en el Anexo C cómo ha sido evaluada cada variable mencionada. Centrándonos en las variables demográficas, para la demencia tipo Alzheimer se han encontrado tres casos clínicos, en los que el 100% son hombres, siendo la edad promedio de 67,33 años y el rango entre 59 y 82 años. De los quince casos con diagnóstico de demencia frontotemporal, encontramos que cinco (33,33%) son hombres y diez son mujeres (66,66%), la edad promedio es de 59,13, siendo el rango de edad entre 47 y 75 años. En el caso de la demencia por cuerpos de Lewy, de los siete casos encontrados, cuatro son hombres (57,14%) y tres son mujeres (42,85%), siendo la edad promedio de 71,42 años y el rango entre 57 y 86 años.

En lo relativo a la autonomía para llevar a cabo las AVD únicamente ha sido nombrada en un caso de los diagnosticados con demencia de Alzheimer (33,33%), siendo la respuesta de dependencia leve; en los sujetos con demencia frontotemporal ha sido mencionada en cuatro casos, es decir se indicó en el 26,66% del total de los mismos, siendo la situación en tres de ellos de dependencia (75%) y en el restante, de independencia (25%); mientras que en la demencia por cuerpos de Lewy fue indicado en tres casos (42,85%), siendo el resultado en todos de dependencia.

En lo referente al estado cognitivo general, en demencia tipo Alzheimer se aludió a esta variable en los tres casos, siendo el resultado en uno de los mismos de deterioro (33,33%) y en los dos restantes de deterioro leve (66,66%); en la demencia frontotemporal se indicó en cinco casos (33,33%), siendo los resultados de cuatro de ellos de deterioro (80%) y encontrándose el restante poco deteriorado (20%). Asimismo, en la demencia por cuerpos de Lewy también fue mencionado en cinco de los casos, (71,42%), con resultados de deterioro en cuatro de los mismos (80%) y en el caso restante el resultado fue de fluctuaciones en su estado cognitivo (20%).

En lo que al estado psicológico se refiere, en la demencia tipo Alzheimer, fue mencionado en dos de los tres casos (66,66%), en la demencia frontotemporal fue indicado en once (73,33%) y en la demencia por cuerpos de Lewy fue descrito en cinco (71,42%),

espaciotemporalmente; de los ocho casos de demencia frontotemporal, dos de los casos estaban orientados (25%), uno en lugar o espacio (12,5%) y otro orientado en persona (12,5%), sin embargo, este último se encontraba desorientado en tiempo y lugar (14,28%) de forma que habría siete casos de desorientación, estando otros tres desorientados en tiempo (42,85%), dos en lugar (28,57%) y el restante no estaba especificado (14,28%); por último, en cuanto a la demencia por cuerpos de Lewy, tres de los casos (75%) estaban desorientados, uno en tiempo (33,33%), otros dos en tiempo y en lugar (66,66%), mientras que el restante que sí estaba orientado (25%) no se encontraba especificado. En el Figura 2 encontramos los porcentajes de los distintos tipos de desorientación en función de la demencia.

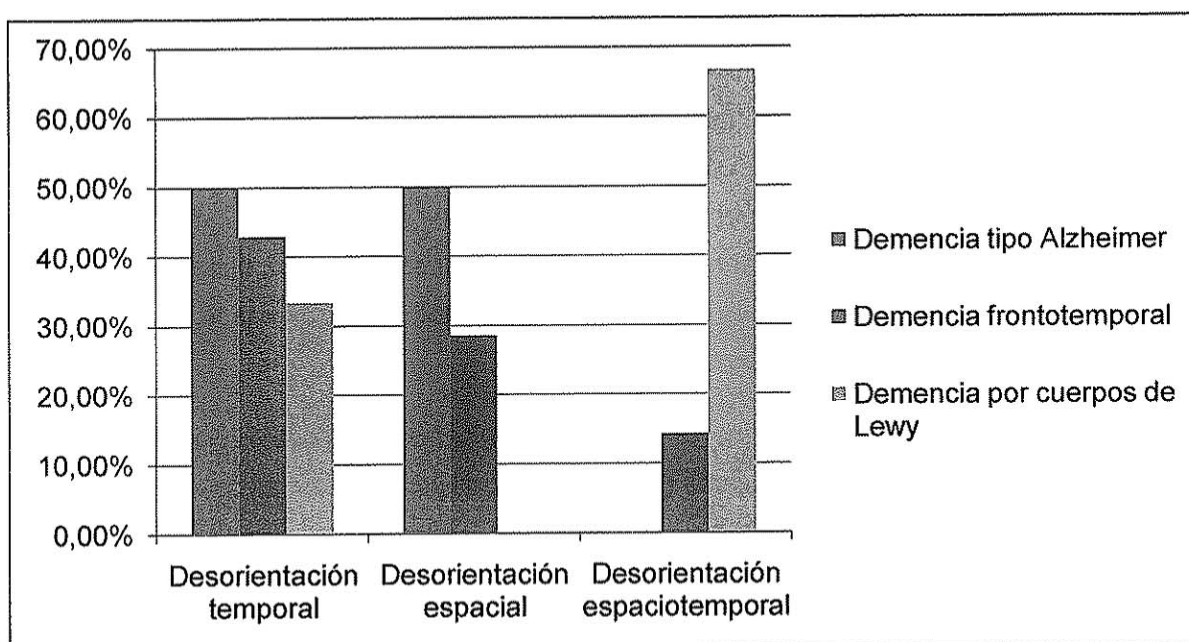


Figura 2. Porcentaje de tipo de desorientación en función de la demencia.

En cuanto a la atención, en la demencia tipo Alzheimer se reportó en dos sujetos (66,66%) y en la demencia por cuerpos de Lewy, se mencionó en tres casos (42,85%) siendo el resultado en todos de alterada; mientras que en la demencia frontotemporal fue mencionado en ocho casos (53,33%), siendo el resultado de alterada en seis de ellos (75%) mientras que en los dos restantes (25%) el resultado fue de normal y por encima de lo normal.

Con respecto a la memoria, y más concretamente a la memoria de trabajo únicamente hay datos de la demencia tipo Alzheimer y de la demencia frontotemporal,



por último las praxias ideacionales las reportaron cinco sujetos (33,33%) con respuestas de "sí" en dos casos (40%) y de "no" en tres (60%). Por último, en cuanto a la demencia por cuerpos de Lewy únicamente contestaron dos sujetos (28,57%) a las praxias constructivas, siendo el resultado de alterada en ambas.

Entrando en la lectura y la escritura, en demencia tipo Alzheimer, contestaron dos casos, es decir un 66,66% de los mismos, siendo la respuesta en ambas de normal o preservadas; por su lado, en demencia frontotemporal fue reportada en seis de los quince casos, es decir, un 40%, con respuestas de alteradas en 5 de los mismos (83,33%) y de normal en uno (16,66%); por último, en demencia por cuerpos de Lewy, únicamente contestaron dos sujetos, es decir el 28,57% de la muestra, siendo la respuesta en ambos casos de alterada únicamente en la escritura.

En lo referente al lenguaje, en la demencia tipo Alzheimer contestaron dos sujetos (66,66%), estando en ambos casos alterado, uno sin especificar y el otro sujeto tenía un habla fluida pero no siempre era capaz de encontrar la palabra que buscaba, realizando a nivel léxico circumlocuciones, confabulaciones y repeticiones. Asimismo, en comprensión del lenguaje dos sujetos respondieron que no estaba alterada (66,66%) mientras que en el restante sí estaba alterada (33,33%); en la denominación, los resultados fueron alterado, leve alteración y normal en cada caso. Para la demencia frontotemporal, el lenguaje fue mencionado en trece sujetos (86,66%), encontrándose alterado en la mayor parte de los mismos (92,3%), es decir, doce de ellos, mientras que el caso restante reportó un lenguaje normal (7,69%). En la demencia por cuerpos de Lewy la afectación fue del 57,14% de los casos, es decir, cuatro sujetos. Asimismo, en lo que a fluidez verbal se refiere, en la demencia tipo Alzheimer, los casos con respuesta fueron dos, encontrándose en ambos alterada; en la demencia frontotemporal fue contestada por diez sujetos (66,66%) y, al igual que en la demencia tipo Alzheimer, se encontraba alterada en todos los casos; mientras que en la demencia por cuerpos de Lewy, de los tres casos que respondieron (42,85%), en dos la respuesta fue alterada (66,66%) y una muy alterada (33,33%).

En cuanto a la conducta de los sujetos, encontramos que en la demencia tipo Alzheimer se encontraba alterada en un caso (33,33%), en la demencia frontotemporal en once (73,33%) y en la demencia por cuerpos de Lewy en cinco (33,33%). En primer lugar, en los cambios en la conducta social, el caso de Alzheimer tenía problemas de inhibición de conducta, siendo en demencia frontotemporal este porcentaje del 75% (es decir, 3 sujetos) y en demencia por cuerpos de Lewy la desinhibición fue reportada en tres casos (60%). El caso restante (25%) para demencia frontotemporal fue de aislamiento. Además, hubo

## Discusión

En primer lugar, hemos encontrado que todos los casos sobre demencia tipo Alzheimer han sido hombres, mientras que el artículo de Alberca, Montes-Latorre, Gil-Néciga, Mir-Rivera y Lozano-San Martín (2002) afirma que esta demencia es más habitual en las mujeres. Por su lado, en la demencia frontotemporal la mayor parte de los casos han sido mujeres, contradiciendo el hecho de que suele haber una distribución similar entre ambos sexos (Núñez-Coronado et al., 2012). Por el contrario, la demencia por cuerpos de Lewy ha estado igualada en el número de casos según el sexo, habiendo un caso más de hombres, lo que coincide con el artículo de Frank (2003) que afirma que hay una ligera predominancia en hombres.

En lo relativo a las edades promedio, la demencia frontotemporal ha resultado ser la que tiene una edad promedio más baja, siendo la menor edad registrada los 47 años y la edad más alta los 75 años, teniendo concordancia con los datos al respecto, ya que se suele presentar entre los 45 y los 65 años (Neary, Snowden y Mann, 2005). Por el contrario, la demencia por cuerpos de Lewy ha sido la que presentaba una edad media más alta, con el caso de menor edad de 57 años y el de mayor de 86 años, contradiciendo el artículo de Frank (2003) que afirma que suele aparecer entre los 75 y 80 años. De esto se podría deducir que la demencia frontotemporal se da más pronto que el resto de las demencias estudiadas y que la demencia por cuerpos de Lewy se da más tarde.

En lo referente a las variables que han tenido resultados similares y de las que no se podría extraer un diagnóstico diferencial ya que han sido mencionadas en todas las demencias y se han encontrado alteradas en la mayoría de los casos, encontramos, en primer lugar, la autonomía para realizar las AVD siendo el resultado, en casi todos los casos de las demencias, la dependencia para llevarlas a cabo; en lo relativo al estado psicológico, todas las demencias presentaron casos de depresión; la memoria verbal y la visual; las funciones ejecutivas; el lenguaje y la fluidez verbal; y en lo que a la conducta de los sujetos se refiere, todas las demencias presentaron casos de desinhibición conductual. En cuanto al estado cognitivo general, cabe destacar que, a excepción de la demencia tipo Alzheimer, en la que los casos de deterioro leve fueron mayores (probablemente debido a que los sujetos se encontraban en etapas iniciales de la demencia) la mayor parte de los casos indicaron deterioro cognitivo. La desorientación temporal y espaciotemporal, así como el deterioro de la atención también fueron síntomas comunes a la mayoría de los casos, sin embargo este último únicamente es mencionado en los criterios de la S.E.N. para la demencia por cuerpos de Lewy. En lo referente a la memoria, la memoria de trabajo y la memoria episódica fueron

criterios para esta demencia según la S.E.N. que afirma que en general destacan las alteraciones de las funciones visuospaciales.

En las praxias, concretamente en la demencia tipo Alzheimer y en la demencia frontotemporal, las praxias ideomotoras fueron las segundas más mencionadas, sin embargo en la mayor parte de los casos no existía tal praxia; por último, las praxias ideacionales se encontraban bastante igualadas en cuanto a casos en los que sí se presentaba y en los que no en demencia frontotemporal. El hecho de que se hayan encontrado casos de praxias en esta demencia contradice el artículo de Núñez-Coronado et al. (2012) que afirma que las habilidades prácticas se encuentran conservadas en toda la enfermedad.

En lo que a lectura y a la escritura se refiere, en la demencia tipo Alzheimer, en los dos casos en los que era mencionada, se encuentran preservadas, esto puede deberse a que los casos se encuentran en etapas tempranas de la demencia ya que de manera progresiva se manifiestan dificultades en estos ámbitos (Montoro-Membila et al., 2012). Por su lado, en la demencia frontotemporal en la mayor parte de los casos estaban alteradas y en la demencia por cuerpos de Lewy en los dos únicos casos que fue mencionada hablaban de deterioro en la escritura, probablemente provocado por los signos motores espontáneos de parkinsonismo que se mencionan en los criterios de la S.E.N. para esta demencia.

Asimismo, en la demencia de Alzheimer la comprensión en el lenguaje se ha hallado normal en la mayor parte de los casos, así como la denominación se ha encontrado alterada o levemente alterada en la mayoría de los mismos, siendo consideradas las alteraciones del lenguaje de las manifestaciones más habituales de esta demencia, consistiendo en déficits en la denominación y en la fluidez verbal, y según evoluciona acaba por afectar a la comprensión del mismo (Montoro-Membila et al., 2012).

Por su lado, la demencia con mayor diversidad de cambios conductuales ha sido la demencia frontotemporal, encontrado que las más comunes fueron las perseveraciones, seguidas de las estereotipias o compulsiones; seguidas del deficiente cuidado personal e higiene y los cambios en la conducta social, coincidiendo con los criterios de la S.E.N. para esta demencia como son el “trastorno precoz de la conducta social de relación interpersonal” y la “alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal”. Para la demencia por cuerpos de Lewy los síntomas más mencionados son los motores, coincidiendo con el criterio “C. Signos motores espontáneos de parkinsonismo” de la S.E.N.

- Arnedo, M., Bembibre, J. y Triviño, M. (2012). *Neuropsicología. A través de casos clínicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2013). Applicability of the singlecase methodology in a patient with dementia with Lewy bodies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 439-440.
- Barroso-Ribal, J., Nieto-Barco, A., Correia, R. y Galtier, I. (2012). Demencia frontotemporal variante de conducta. En Arnedo, M., Bembibre, J. y Triviño, M. (Eds.), *Neuropsicología. A través de casos clínicos* (pp. 279-291). Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Benton, A. L. y Hamsher, K. (1989). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa City: Department of Neurology and Psychology, The University of Iowa.
- Blessed, G., Tomlinson, B.E. y Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and senile changes in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114, 797-811.
- Cacho, L.J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, 7.
- Cantero-Castro, D., Dr. González-Torres, R., García-Lujardo, Y., Arrieta-Hernández, T., García-Sánchez, S. y Morera-Méndez, F. (2013). Alteraciones neuropsicológicas, extrapiramidales y neuroimagenológicas en la demencia frontotemporal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42, 490-494.
- Chams, W. (2004). Un caso de demencia frontotemporal en su variante temporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 202-210.

- Garzón-Avellaneda, N., Méndez-Torres, A. y Benito-Cuadrado, M. M. (2011). Un caso de demencia frontotemporal en su variante lingüística fluente. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5, 107-119.
- Ghio, L., Cervetti, A., Pannocchia, F. y Natta, W. (2012). The diagnostic challenge of frontotemporal dementia in psychiatric patients: a case report. *General Hospital Psychiatry*, 34, 320.e3–320.e6.
- Goldberg, D. (1988). Depression and Anxiety Scale. *BMJ*, 297, 897-899.
- Grant, D. A., y Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 404–411
- Grober, E. y Buschke, H. (1987). Genuine memory deficits in dementia. *Developmental Neuropsychology*, 3, 13-36.
- Gurd, J. M., Herzberg, L., Joachim, C., Marshall, J. C., Jobst, K., McShane, R. H., Hindley, N. J. y King, E. E. (2000). Dementia with Lewy Bodies: A Pure Case. *Brain and Cognition*, 44, 307–323.
- Kaplan, E., Goodglass, H. y Weintraub, S. (2001). *Boston Naming Test*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kuğu, N., Doğan, O., Kavakcı, Ö. y Terlemez, I. (2010). Frontotemporal dementia: A case presentation. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23, 293-299.
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M. y Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Iuso Esp Neurol Psiquiatr*, 7, 189-202.
- Mahoney F. I. y Barthel D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med*, 14, 61-5.

- Núñez-Coronado, Y., Torres-Ramírez, L., Suárez-Reyes, R., Vélez-Rojas, M. y Cosentino-Esquerre, C. (2012). Demencia frontotemporal: a propósito de un caso. *Revista Peruana de Neurología*, 13, 18-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Demencia: una Prioridad de la Salud Pública*. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión*. Washington, D.C.
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. y Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *International Journal of Neuropsychology*, 56, S46-S51.
- Ostrosky-Solís, F., Madrazo, I. y Vélez-García, A. E. (2008). Demencia Frontotemporal: Estudio neuropsicológico y neuroradiológico de un caso. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 127-139.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona. Manual*. Barcelona: Masson.
- Pfeffer, R. I. (1982) Functional Activities Questionnaire. *J Gerontol*, 37, 323-329.
- Rahman, F. y Parvez, F. (2014). Case report psychosis in dementia with Lewy bodies: Assessment, investigations and treatment with clozapine. *Old Age Psychiatrist*, 58, 1-4.
- Raven, J. C. (1958). *Standard Progressive Matrices*. Lewis, London.
- Reisberg, B. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reitan R. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Motor Skills*, 8, 271-6.
- Rey, A. (1964). *Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)*. Paris: Press Universitaire de France.
- Rey, A. (2003). *Rey. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Madrid: TEA.

- **Criterios para el diagnóstico de F00.xx Demencia tipo Alzheimer [294.1x]**
  - A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
    - (1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
    - (2) Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
      - (a) Afasia (alteración del lenguaje)
      - (b) Apraxia (Deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
      - (c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
      - (d) Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
  - B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
  - C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
  - D. Los déficits cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
    - (1) Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
    - (2) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub> y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
    - (3) Enfermedades inducidas por sustancias
  - E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
  - F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).
-

Anexo B. Tabla comparativa resultados

		Demencia tipo Alzheimer	Demencia frontotemporal	Demencia por cuerpos de Lewy
Número de casos		3	15	7
Sexo	Mujeres	0 (0%)	10 (66,66%)	3 (42,85%)
	Hombres	3 (100%)	5 (33,33%)	4 (57,14%)
Edad promedio		67,33	59,13	71,42
Rango edad		59 - 82	47 - 75	57 - 86
Autonomía AVD		Contestado: 1 caso (33,33%)	Contestado: 4 casos (26,66%)	Contestado: 3 casos (42,85%)
	Dependencia	1 (100%)	3 (75%)	1 (100%)
	Independencia		1 (25%)	
Estado cognitivo		Contestado: 3 (100%)	Contestado: 5 (33,33%)	Contestado: 5 (71,42%)
	Deterioro	1 (33,33%)	4 (80%)	4 (80%)
	Deterioro leve	2 (66,66%)	1 (20%)	
	Otros (fluctuaciones)			1 (20%)
Estado psicológico		Contestado: 2 (66,66%)	Contestado: 11 (73,33%)	Contestado: 5 (71,42%)
	Depresión	1 (50%)	3 (27,27%)	2 (40%)
	Ansiedad		3 (27,27%)	1 (20%)
	Apatía / Decaimiento	1 (50%)	5 (45,45%)	
	Síntomas psicóticos		2 (18,18%)	4 (80%)
	Otros		2 (18,18%)	



Cálculo	Alterado	8 (53,33%)		
Funciones ejecutivas	Alteradas	3 (100%)	9 (60%)	2 (28,57%)
Funciones visuoperceptivas	Alterado	4 (57,14%)		
Praxias	Sin especificar	Contestado: 1 (33,33%): Sí		
	Constructivas	Contestado: 2 (66,66%)	Contestado: 10 (66,66%)	Contestado: 2 (28,57%):
		Sí: 2 (100%)	Sí: 6 (60%)	Sí: 2 (100%)
		No: 4 (40%)		
	Ideomotoras	Contestado: 1 (33,33%)	Contestado: 7 (46,66%)	
			Sí: 2 (28,57%)	
		No: 1 (100%)	No: 5 (71,42%)	
	Ideacionales	Contestado: 5 (33,33%)		
		Sí: 2 (40%)		
		No: 3 (60%)		
Lectura y escritura		Contestado: 2 (66,66%)	Contestado: 6 (40%)	Contestado: 2 (28,57%)
	Alterado	5 (83,33%)		
	Normal	2 (100%)	1 (16,66%)	
	Otros	2 Deterioro escritura (100%)		
Lenguaje		Contestado: 2 (66,66%)	Contestado: 13 (86,66%)	Contestado: 4 (57,14%)
	Alterado	2 (100%)	12 (92,3%)	4 (100%)

Anexo C. Cuestionarios de evaluación de las variables estudiadas.

Autonomía AVD	Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965)	
	Escala Lawton y Brody de Actividades Instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969)	
	Cuestionario de Actividad Funcional (Pfeffer, 1982)	
Estado cognitivo general	Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975)	
	Miniexamen cognoscitivo de lobo (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala y Seva, 1979)	
	Addenbrooke's Cognitive Examination (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold y Hodges, 2006)	
	Prueba de exploración Cambridge (Roth, Huppert, Tyn y Mountjoy, 1988)	
	Batería de Evaluación Neuropsicológica breve para Hispano-hablantes (Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli, 1999)	
	Escala de deterioro global (GDS) (Reisberg, 1982)	
Estado psicológico	Depresión	Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, 1983)
		Escala de Depresión de Goldberg (Goldberg, 1988)
		Inventario de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1993)
	Ansiedad	Escala de Ansiedad de Goldberg (Goldberg, 1988)
		Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein y Brown, 1988)
	Apatía	Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings et al., 1994)
Orientación	MMSE (Folstein et al., 1975)	
	Miniexamen cognoscitivo de lobo (Lobo et al., 1979)	
	Information-Memory-Concentration test (IMC) (Blessed, Tomlinson y Roth, 1968)	

		Test del reloj (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999)
Praxias		Test del reloj (Cacho et al., 1999)
		Copia de dibujos
	Constructivas	Test de copia de la Figura compleja de Rey (Rey, 2003)
		Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
	Ideomotoras	Gestos transitivos e intransitivos a la orden Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
	Ideacionales	Acciones seriadas Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
Lectura y escritura		Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
Lenguaje	Lenguaje	Test de Denominación de Boston (Goodglass, Kaplan y Weintraub, 2001)
		Test de Token (De Renzi y Vignolo, 1962)
		Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
	Comprensión	Minexamen Cognoscitivo de Lobo (Lobo et al., 1979): Órdenes
		Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990)
		Test de Comprensión de Token (De Renzi y Vignolo, 1962)
	Denominación	Test de Denominación de Boston (Goodglass et al., 2001)
		Test de Denominación Montañez y Goldblum (Montañez, Goldblum y Boller, 1995)
Fluidez verbal	Fluidez verbal ante cosignas	
	Controlled Oral Word Association Test (COWAT) (Benton y Hamsher, 1989): FAS y Animales	