

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Instituto  
Chileno  
de Terapia  
Familiar



NÚCLEO DE  
INVESTIGACIÓN  
Sociología del cuerpo  
y las emociones

# **SALUD MENTAL Y PERSONAS MAYORES: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias**

Gabriel Guajardo Soto  
(Coordinador)

Santiago de Chile, diciembre de 2016

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Coord.) (2016). *Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

[www.flacsochile.org](http://www.flacsochile.org)

Impreso en Santiago de Chile

Diciembre de 2016

ISBN Libro impreso: 978-956-205-259-7

Descriptor:

1. Demencias
2. Personas mayores
3. Ciencias Sociales
4. Enfermedad mental
5. Sufrimiento social
6. Contextualismo fenomenológico
7. Políticas públicas
8. Investigación de mercado
9. América Latina
10. Chile

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Corrección: Verónica Cenitagoya Garín, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile, que dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
Ángel Flisfisch Fernández Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile	
PRESENTACIÓN	11
María Emilia Tijoux Merino Núcleo de Investigación Sociología del Cuerpo y Emociones, Universidad de Chile	
PRESENTACIÓN	15
María Cecilia Grez Jordán Instituto Chileno de Terapia Familiar	
INTRODUCCIÓN	17
Gabriel Guajardo Soto	
<b>PARTE I.</b>	<b>23</b>
<b>PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS</b>	
CAPÍTULO 1.	25
Contribuciones desde la perspectiva del sufrimiento social para la investigación en vejez y envejecimiento María Emilia Tijoux Merino	
CAPÍTULO 2.	35
Reflexiones clínicas desde una mirada intersubjetiva, sobre el impacto de la vejez y el envejecimiento en las familias actuales: Un desafío en curso Carolina Correa	

<b>PARTE II.</b>	<b>43</b>
<b>TERMINOLOGÍA Y SUS USOS</b>	
<b>CAPÍTULO 3.</b>	<b>45</b>
Las Demencias: historia, concepto, clasificación y dificultades diagnósticas Andrea Slachevsky	
<b>CAPÍTULO 4.</b>	<b>65</b>
El uso del concepto de enfermedad mental en psicología clínica: potencialidades y limitaciones en el caso de las demencias Vivian Díaz	
<b>CAPÍTULO 5.</b>	<b>73</b>
América Latina como categorías de análisis para la investigación en vejez y envejecimiento. Contribuciones desde las Relaciones Internacionales Mariano Inostroza	
<b>CAPÍTULO 6.</b>	<b>81</b>
La noción de cuidado masculino de las personas con demencias Ángela Beltrán	
<b>PARTE III.</b>	<b>87</b>
<b>LA ACCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA</b>	
<b>CAPÍTULO 7.</b>	<b>89</b>
Breve reseña de las demencias en Chile y el Mundo: Políticas y Planes Nacionales Teresa Abusleme Lama	
<b>CAPÍTULO 8.</b>	<b>103</b>
Las prácticas de investigación social de mercado. Aprendizajes y límites para investigación acerca de las personas con demencias Claudia Baros Agurto	
<b>CAPÍTULO 9.</b>	<b>123</b>
Las personas con demencias y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPCD) Hernán Soto Peral	
<b>NOTA BIOGRÁFICA DE AUTORES Y AUTORAS</b>	<b>131</b>

# SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACUS	Acceso y Cobertura de Salud
ADI	Alzheimer's Disease International
ADL	Activities of Daily Living
AIM	Asociación de Investigadores de Mercado
ALAS	Asociación Latinoamericana de Sociología
CDPcD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE o ICD	International Statistical Manual of Mental Disorders
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento
CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
CONICYT	Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
COPRAD	Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias
DFT	Demencias Frontotemporales
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMV	Encuestas Mundiales de Valores
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONASA	Fondo Nacional de Salud de Chile
FONDAP	Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias

FONDECYT	Fondo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
GPU	Gaceta de Psiquiatría Universitaria
ICBM	Instituto de Ciencias Biomédicas
ICHTF	Instituto Chileno de Terapia Familiar
IMAGES	International Men and Gender Equality Survey
NIA	National Institute on Aging-Alzheimer's Association
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PeSD	Persona en Situación de Discapacidad
PIB	Producto Interno Bruto
PPED	Política Pública basada en Enfoque de Derecho
RR.II.	Relaciones Internacionales
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile
WHO	World Health Organization

## **PARTE II.**

### **TERMINOLOGÍA Y SUS USOS**

# CAPÍTULO 3.

## LAS DEMENCIAS: HISTORIA, CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y DIFICULTADES DIAGNÓSTICA

*Andrea Slachevsky*

### Introducción

Las demencias son un conjunto de enfermedades causantes de disfunción cerebral, manifestada por una pérdida de habilidades cognitivas asociadas a trastornos de la conducta, de severidad suficiente como para interferir con las actividades de la vida diaria de acuerdo a Slachevsky y Oyarzo (2008). Las demencias se caracterizan por dos elementos fundamentales: por un lado, la persona experimenta un deterioro de sus capacidades cognitivas y de su conducta y, por el otro, el trastorno interfiere significativamente con su trabajo y sus actividades habituales según Knopman, Boeve, & Peterson (2003).

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Su prevalencia se duplica a partir de los 65 años. Afectan a entre 5% y 8% de los individuos entre 65 y 70 años, de 15% a 20% de los mayores de 75 años y de 25% a 50% de los mayores de 85 años (Kukull & Ganguli, 2000; Ritchie & Lovestone, 2002). En la actualidad existirían unos 46 millones de personas con algún tipo de demencia, cifra que se duplicará cada 20 años, alcanzando 131,5 millones de enfermos en el año 2050. En Chile se reporta una prevalencia de demencia de 8,5% en mayores de 60 años (9,1% en mujeres y 7,4% en hombres) con un total de más de 180 mil personas (1% de los chilenos) afectadas por algún tipo de demencia, cifra que se incrementará a más de 600 mil personas (3% de los chilenos) en 2050 (Slachevsky, Arriagada, Maturana y Rojas, 2012).

El estudio Carga Mundial de las Enfermedades 2010, publicado en 2013, mostró que, entre 1990 y 2010, la cantidad de años perdidos por discapacidad o muerte causados por las demencias se incrementó en más del 200% (Murray, Vos, Lozano, Naghavi, Flaxman et al., 2012) y



las muertes atribuidas a demencias aumentó en un 526% (Lozano, Naghavi, Foreman, Lim, Shibuya et al., 2012). Las demencias tienen un alto impacto económico: el costo mundial estimado asociado a las demencias es de 818 mil millones de dólares anuales (Prince, Wimo, Guerchet., Gemma-Claire, Yu-Tzu, & Prina, 2015). Si el costo de las demencias equivaliera al PIB (producto interno bruto) de un país, sería la décimo octava economía más grande del mundo, más que los actuales valores de mercado de compañías como Apple (US\$ 742 mil millones) o Google (US\$ 368 mil millones) (Prince et al., 2015). Además, las demencias constituyen un factor de desigualdad: son más prevalentes en las personas con bajo nivel de escolaridad y su severidad y costo es mayor en las personas de escasos recursos, beneficiarios del sistema público de salud (Prince, Wimo, Guerchet, Gemma-Claire, Yu-Tzu, & Prina, 2015). Todos estos antecedentes son muy elocuentes a la hora de evaluar el impacto social, médico y económico de las demencias y la importancia que debe asignarse a las demencias al momento de elaborar las políticas públicas de salud.

No obstante, la investigación científica de las demencias y la evaluación de su impacto se ven afectadas por dificultades diagnósticas y por la ausencia de una definición consensuada de demencia. Esta situación puede atribuirse a varios factores. Por una parte, el diagnóstico de los trastornos mentales es inherentemente complejo: es frecuente encontrar dificultades para establecer el límite entre funcionamientos o comportamientos normales y anormales (Ramsden, 2013). Más aún, el avance en la comprensión de la etiopatogenia de las enfermedades causantes de una demencia probablemente permitirá en el futuro diagnosticar algunas demencias en la etapa preclínica, es decir cuando el daño cerebral no ha causado un deterioro de las capacidades cognitivas. No obstante, no existe certeza si un diagnóstico en esas etapas tenga un efecto benéfico para las personas con demencias y el entorno (Dubois, Feldman, Jacova, Dekosky, Barberger-Gateau et al., 2007, Fox, Lafortune, Boustani y Brayne, 2013). Por otra parte, persiste aún una polisemia del término de demencia. Por ejemplo, el ordenamiento jurídico chileno aún emplea el vocablo “demencia” como sinónimo de locura o trastorno de la razón (Arenas Massa y Slachevsky, sometido). Por otra parte, las definiciones del envejecimiento normal o patológico han ido evolucionando a través de la historia. La ausencia de una definición consensual de las demencias entre diferentes disciplinas puede constituir un obstáculo mayor en la investigación transdisciplinaria sobre las demencias porque cada disciplina puede hacer referencia a un fenómeno muy diferente.

En este capítulo haremos una reseña histórica del concepto de demencia, revisaremos la clasificación de las demencias, los criterios diagnósticos actualmente en uso y las dificultades diagnósticas asociadas. Esperamos que esta revisión contribuya a la apertura de un diálogo transdisciplinario sobre las necesidades de unificar la definición de las demencias.

## Historia del concepto de demencia

Para entender la evolución del concepto de demencia, es útil separar la historia del término “demencia” de la historia del concepto de demencia como enfermedad (Berríos, 2000). Durante siglos se usó esta palabra con un sentido diferente del actual. En el siglo I A.C., el poeta romano Lucrecio usó el término de demencia en su obra *De rerum natura* con el sentido de “locura” o “delirio”. Cicerón, contemporáneo de Lucrecio, lo usó tanto como sinónimo de locura como para referirse a una pérdida de memoria en la ancianidad debida a una enfermedad (Berríos, 1996, 2005; Ciceron, n.d.; Lucrecius, n.d.). Su uso en las lenguas europeas remonta al siglo XIV: en 1381 en Francia, como sinónimo locura o extravagancia (Rey, 1995), y en 1644 en inglés, según el Oxford English Dictionary. Por otro lado, la semiología de los trastornos cognitivos se empieza a precisar a partir del siglo XVII: se reconoce que los trastornos cognitivos se explican por un disfuncionamiento del sistema nervioso central, pero también se diferencian los trastornos congénitos de los trastornos cognitivos adquiridos y los trastornos cognitivos de otras enfermedades mentales. Hasta finales del siglo XVII, términos tales como amentia, imbecilidad, estupidez, simplicidad, idiotez, morosis y senilidad eran usados para referirse a cuadros de deterioro intelectual y del comportamiento causantes de incompetencia psicosocial del individuo. El término de demencia, en cambio, se usaba exclusivamente como sinónimo de locura (Berríos, 1996,2005)<sup>4</sup>.

Durante el siglo XVIII coexisten dos usos de término de demencia. En 1726, en el *Diccionario Físico* de Blancard, publicado en Inglaterra, la demencia es usada como un equivalente de “anoe” o extinción de la imaginación y el juicio. En 1791, el *Diccionario Español* de Sobrino define el término de demencia como locura, extravagancia, extravío, alienación del espíritu. Sin embargo, a partir de 1700, el término de demencia se usa, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa,

---

<sup>4</sup> Para una revisión del término de demencia usado como locura ir a Berríos (1996; 2005).

para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica.

En la *Encyclopédie, ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*, de Diderot y d'Alembert, publicada en 1765, la demencia es definida como una “enfermedad que puede ser considerada como la parálisis del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar. Se diferencia del delirio, que consiste en un funcionamiento aberrante de la memoria y entendimiento [...]. También debe diferenciarse de la manía, que es una especie de delirio con audacia. Los signos de la demencia son fáciles de reconocer: los que padecen de una demencia son de una tal tontera que no comprenden nada de lo que se les dice, no se acuerdan de nada, no tienen ningún juicio [...]. Permanecen sin moverse [...]. La fisiología enseña que el entendimiento se realiza mediante el cambio de los estímulos que recibe la superficie o sustancia de las fibras del cerebro. La viveza de los estados del alma refleja la viveza de las impresiones sobre esas fibras [...]. La demencia se debe a una abolición de la disposición de esas fibras a reaccionar a los cambios de los estímulos. Esta abolición puede deberse a: una falla de las fibras que no pueden responder a los cambios. Sea por un defecto de conformación de estas fibras, o al efecto de alguna enfermedad o el de la vejez que alteran las fibras [...]; o a un pequeño volumen de la cabeza y aún más por escasa cantidad de cerebro; por un golpe en la cabeza que causa una alteración del cerebro; el efecto de una enfermedad incurable como la epilepsia [...]; por el efecto de algún veneno [...]. La demencia es muy difícil de curar porque supone, cualquiera sea su causa, un gran defecto en las fibras nerviosas [...]. Es incurable si se debe a un defecto de conformación o la vejez. [...] Casi siempre es crónica” (p. 422).

Si bien no diferencia entre una demencia congénita y un trastorno adquirido, el artículo de la Enciclopedia es interesante por varios motivos: da a las demencias una connotación claramente médica, señala que la demencia puede deberse a múltiples causas —es decir, aparece la visión sindromática de las demencias actualmente vigente—, diferencia las demencias de cuadros psiquiátricos y de trastornos agudos, menciona que en ocasiones pueden ser reversibles y, finalmente, explica las demencias por una disfunción del sistema nervioso. Hacia fines del siglo XVIII, los trastornos cognitivos ya habían sido claramente identificados, existía una excelente descripción semiológica de los principales síntomas y signos de estos trastornos y se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque no se diferenciaban aún como entidades autónomas

los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos. Es así que, en 1771, Boissier de Sauvages, citado en Berríos (2005) menciona en su *Nosographie Méthodique* 12 tipos de imbecilidad, entre las cuales destaca la imbecilidad del anciano (“l’imbécilité du vieillard”), también denominada estado pueril, idiocia o locura senil. Según Boissier, este cuadro se explica porque “por la rigidez de sus fibras nerviosas, los ancianos son menos sensibles a los estímulos externos”. En cambio, usa el término “demencia” para referirse a diversos cuadros que abarcaban tanto a la imbecilidad como a la idiocia, la debilidad mental y la locura. En su *Nosographie* publicada en 1798, Philippe Pinel usó los términos de amentia y morosis para referirse a los trastornos cognitivos, los que explica como una falla en la asociación de ideas que se manifiesta en un trastorno de la actividad, comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, dificultades en la percepción de objetos, oscurecimiento del juicio, actividad sin propósito, existencia automática y olvidos de palabras o signos para expresar las ideas. Menciona además la “demencia senil” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad. Sin embargo, Pinel, no clasificó como entidades independientes los trastornos cognitivos adquiridos y congénitos.

Es interesante notar que, desde esa época, la demencia tenía una connotación legal, según la cual una persona con demencia no es imputable. En el Código Napoleón (1808) se señala que “No existe crimen cuando el acusado está en estado de demencia durante el crimen” (Código Napoleón, 1808, p. 88) [para una revisión ver Berríos (1996, 2005)]. Es sólo en el siglo XIX que el término “demencia” y el concepto de demencia confluyen, al comenzar a usarse la palabra demencia en el sentido que tiene en la literatura médica actual.

Durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos. En la segunda mitad del siglo XIX, su uso se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos. Se mantuvo una visión sindrómica de las demencias, incluyendo entre otras a las demencias vesánicas, es decir, estados terminales de diferentes enfermedades mentales (Berríos, 2005). Jean-Etienne Dominique Esquirol (1805) define las demencias como un estado de pérdida de la capacidad de razonar y diferencia las demencias agudas de las crónicas y las seniles. Las demencias agudas equivalen a un estado confusional, mientras que las seniles son el resultado de la edad y consisten en una pérdida de la capacidad de entendimiento. Las

demencias crónicas son irreversibles y causadas por múltiples causas, tales como manías, estados de melancolía, accidentes vasculares o epilepsia.

Esquirol (1838), quien propició una aproximación meramente descriptiva de las demencias, sin discutir su etiopatogenia (oficializó la distinción entre demencia y retardo mental: “El demente es como la persona que ha sido privada de su propiedad después de haber podido disfrutar de ella, es una persona rica que se ha empobrecido, el idiota siempre ha sido pobre y miserable” (Esquirol, 1838, p. 77). Él y sus discípulos enfatizaron la heterogeneidad clínica de estos cuadros. De hecho, Calmeil (1835), alumno de Esquirol, menciona las dificultades que existen para “describir las demencias, su variabilidad y matices [...] Es difícil elegir un síntoma distintivo”. Si bien Esquirol (1838) mencionó las demencias seniles, fue Calmeil (1835) quien las describió de manera más acuciosa: en las demencias seniles “existe un compromiso constante de los órganos sensoriales, los pacientes de edad pueden estar sordos, y mostrar un trastorno del gusto, olfato, y tacto. Los estímulos externos son menos claros para ellos, tienen poca memoria de los eventos recientes, viven en el pasado, y repiten el mismo cuento; sus afectos gradualmente se desvanecen” (Calmeil, 1835, p. 74)- Guislain, citado en Guiraud (1956), por su parte, propuso que existían dos clases de demencia: i) las demencias que afectan a las personas de edad (demencia senil de Cullen) y ii) las demencias de las personas más jóvenes.

Quizás uno de los hitos de mayor relevancia en la historia de las demencias se debe a Antoine Bayle, quien en 1822 presentó un trabajo clínico-patológico en el que mostraba que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica, es decir, a una patología cerebral. Bayle propuso el concepto de aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias, es decir, una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema nervioso central (Bayle, 1826).

Durante el siglo XIX, además de identificar las demencias seniles y atribuirle un substrato neuropatológico, es decir, la presencia de lesiones en el sistema nervioso central, se proponen taxonomías de las enfermedades mentales. Morel (1860), por ejemplo, propuso diferenciar los trastornos mentales en seis categorías: hereditarias, tóxicas, asociadas con las neurosis, idiopáticas, simpáticas, y las demencias. En la misma obra Morel sugiere que las demencias son enfermedades neurodegenerativas en las que existe una pérdida progresiva del cerebro.

Para Morel, la disminución del peso del cerebro es un hecho constante en las demencias que está también presente en el envejecimiento y es una expresión de decadencia de la especie humana.

En la segunda mitad del siglo XIX, gracias a la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de autores franceses, ingleses y alemanes, las demencias son definitivamente consideradas como un síndrome. En 1906, Marie definió las demencias como un síndrome que puede ser causado por diferentes enfermedades, cada una con un fenotipo clínico característico y una neuropatología específica. Desde finales del siglo XIX y durante el siglo XX ha existido un importante esfuerzo por describir las distintas enfermedades causantes de demencia. La primera distinción se realiza entre las demencias primarias y las secundarias. En las demencias secundarias se incluyen las demencias vesánicas (estados de deterioro que pueden ser consecuencia de cualquier tipo de locura severa). El estudio neuropatológico con microscopía óptica de cerebros de pacientes con demencia asentó la hipótesis de que las demencias primarias eran causadas por degeneración del parénquima cerebral o por lesiones vasculares (arterioesclerosis). Hacia 1900 ya se habían individualizado la demencia senil, la arterioesclerótica (reblandecimiento cerebral por isquemia crónica), las demencias infecciosas (la parálisis general), la demencia traumática y algunas de las subcorticales (por ejemplo, la enfermedad de Huntington) (Berríos, 2005). En 1907, Alois Alzheimer describió el caso de Aguste D., paciente que presentó una demencia a los 51 años, y describió las lesiones neuropatológicas de su cerebro (placas seniles y ovillos neurofibrilares). En tres artículos publicados entre 1892 y 1904, Pick describió los síntomas de las demencias frontotemporales (DFT).

El concepto actual de demencia se construyó a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX bajo un paradigma cognitivo: las demencias consistirían sólo en trastornos irreversibles de las funciones intelectuales (Berríos, 1996). Este paradigma inhibió el estudio de los trastornos no cognitivos de las demencias y el estudio de la interfase entre demencias y enfermedades psiquiátricas. En las dos últimas décadas, se ha avanzado en la comprensión de los trastornos no cognitivos de las demencias, como en el caso de las demencias frontotemporales, que se presentan principalmente con trastornos de la conducta, y en comprender mejor las enfermedades que se sitúan en el límite entre la neurología y la psiquiatría. Ciertamente, este cambio de visión ayudará a una comprensión más integral de las demencias con sus diferentes facetas clínicas.

Finalmente, cabe mencionar que aún prevalecen múltiples mitos sobre las demencias. Se sigue hablando de demencia senil, término que está totalmente obsoleto y carece de toda base científica. En efecto, hasta la década de los sesentas se diferenciaba erróneamente la demencia senil de la presenil, distinguiendo arbitrariamente las enfermedades de las personas mayores o menores de sesenta años. Si bien las demencias son significativamente más frecuentes en personas de edad avanzada, éstas no son una consecuencia inevitable del envejecimiento y afectan también a personas más jóvenes. No existe una “demencia senil” ni una “demencia presenil”, sino demencias específicas, independientes de la edad del enfermo, tales como demencia tipo Alzheimer, vascular o frontotemporal (A. Slachevsky, 2015a). A continuación revisaremos la clasificación de las demencias y sus criterios diagnósticos.

### **Definición del concepto de demencia y criterios de demencia**

Se han propuesto distintas definiciones de las demencias. En la mayoría se retienen los siguientes elementos: i) las demencias son un síndrome adquirido y crónico, por lo tanto se diferencian del retardo mental y del síndrome confusional; ii) las demencias son generalmente irreversibles y son causadas por lesiones estructurales en el cerebro; iii) se caracterizan por un deterioro de las capacidades cognitivas y/o un trastorno del comportamiento, y en ocasiones por trastornos del movimiento; iv) los trastornos presentados por los pacientes interfieren con sus habilidades sociales, y actividades de la vida diaria y les impiden llevar una vida independiente (Trimble, 1996).

Con el objetivo de clasificar las enfermedades, sistematizar los estudios y facilitar la comunicación, se utilizan criterios diagnósticos para definir los síntomas que indicarían la presencia de un cuadro demencial. Dentro de los más utilizados están los criterios DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) y CIE-10, que son parte de la clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS (WHO/OMS, 1992) (American Psychiatric Association, 1998; World Health Organization, 2007). Estos criterios presentan diversas limitaciones. Los criterios DSM-IV se basan en la demencia tipo Alzheimer y no son aplicables al conjunto de las demencias.

En el DSM-IV, el trastorno de memoria es un elemento cardinal para el diagnóstico, lo que no se ajusta al patrón de presentación de demencias sin un trastorno predominante de la memoria, como las demencias frontotemporales (American Psychiatric Association, 1998) (ver tabla 2).

En los criterios CIE-10 se presenta una mayor tipificación de los cuadros demenciales, pero persiste el énfasis en la esfera cognitiva como síntoma clave para el diagnóstico, lo que no se ajusta al patrón de presentación de todas las demencias (World Health Organization, 2007). Por lo tanto, los criterios del DSM-IV y del CIE-10 no son aplicables a todas demencias. Más aún, los estudios epidemiológicos sugieren que existe una baja concordancia entre estos criterios: un porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de demencia según el CIE-10 no cumplen los del DSM-IV y viceversa (Erkinjuntti, Ostbye, Steenhuis, & Hachinski, 1997). Considerando las limitaciones de ambos criterios, la Alzheimer Association propuso en 2011 nuevos criterios para las demencias.

El diagnóstico de demencia se establece en una persona con un declive de las capacidades cognitivas en al menos dos dominios y/o un trastorno de la conducta, de severidad suficiente como para interferir con el funcionamiento social y ocupacional. A diferencia de los criterios anteriores, el deterioro de la memoria no es un dominio esencial para el diagnóstico y los trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión) pueden constituir un dominio (McKhann, 2011). En los criterios DSM-V, el término de demencia fue reemplazado por el de trastorno neurocognitivo mayor o menor. El deterioro de la memoria ya no es un elemento cardinal para el diagnóstico, reconociéndose la existencia de demencias cuyas manifestaciones iniciales pueden ser trastornos en otros dominios cognitivos o en la conducta (Siberski, 2012).

El diagnóstico se establece en dos etapas: primero se diagnostica la presencia de un trastorno neurocognitivo, luego se clasifica como menor o mayor. En el trastorno neurocognitivo menor, los déficits cognitivos no interfieren con la realización de actividades complejas de la vida diaria, como el pago de facturas o la gestión de los medicamentos, o los pacientes pueden usar estrategias compensatorias, evitando un desmedro de la funcionalidad. En el trastorno neurocognitivo mayor, los déficits cognitivos conllevan a una pérdida de la independencia, es decir, las personas requieren de la asistencia de terceros para desarrollar las actividades de la vida diaria. A mayor severidad del trastorno cognitivo, la pérdida de autonomía afecta actividades de menor complejidad y aumenta el requerimiento de apoyo (Siberski, 2012).

Existen además criterios específicos de los diferentes tipos de demencias (EA, DFT, demencia por cuerpo de Lewy, demencia asociada a enfermedad de Parkinson, demencia vascular) (Behrens, 2007).



## **Tipos de demencias**

Uno de los mayores avances en el estudio de las demencias ha sido la identificación de diferentes tipos clínicos de demencia, producidos por distintos procesos patológicos. Las demencias no son una enfermedad, sino un síndrome: diferentes enfermedades pueden causar una demencia (Trimble, 1996).

Las demencias se clasifican según diferentes tipos de criterios que orientan la identificación de la enfermedad causante de la demencia. Las principales causas de demencia son las demencias neurodegenerativas, las demencias vasculares y las demencias mixtas, en las que se conjugan lesiones vasculares y neurodegenerativas. La demencia de tipo Alzheimer es la demencia neurodegenerativa más frecuente y corresponde a entre 60% y 70% de todas las demencias. Otras demencias neurodegenerativas son las demencias frontotemporales, la demencia asociada a enfermedad de Parkinson y la enfermedad por Cuerpo de Lewy (Ritchie and Lovestone, 2002). Las demencias neurodegenerativas se asocian a proteinopatías, es decir, la acumulación anormal de proteínas (ver tabla 1 y figura 1). Es importante destacar que no siempre existe una correspondencia entre el fenotipo clínico, las manifestaciones clínicas predominantes y la etiopatogenia de las demencias neurodegenerativas. Por ejemplo, Knibb y colaboradores describieron que 30% de los pacientes con ciertos tipos de demencia, denominadas afasia primaria progresiva no fluente y demencia semántica, presentan lesiones neuropatológicas características de la enfermedad de Alzheimer (EA) (Knibb, Xuereb, Patterson, & Hodges, 2006).

Se han descrito también numerosos pacientes en quienes se detectan lesiones neuropatológicas típicas de la EA (acumulación de proteína amiloidea) y que sin embargo presentan en vida cuadros atípicos, sin síndrome amnésico (Alladi et al., 2007; Galton, Patterson, Xuereb, & Hodges, 2000). En estos síndromes, llamados síndromes de superposición, la clínica está determinada por la distribución topográfica de las lesiones y no por las características histopatológicas de las lesiones (Mathuranath, Xuereb, Bak, & Hodges, 2000). Por último, existen pacientes que presentan características clínicas de diferentes tipos de demencias neurodegenerativas (Boeve, 2007). En suma, el fenotipo clínico no permite predecir con certeza la etiopatogenia de las demencias, es decir, qué proteinopatía es causante de la enfermedad neurodegenerativa. Lo anterior sugiere que existen múltiples elementos que median entre el metabolismo anormal de una determinada proteína

y su acumulación en un sistema neuroanatómico específico. La ausencia de correspondencia exacta entre manifestaciones clínicas y enfermedad de base es un obstáculo significativo para el desarrollo de eventuales terapias farmacológicas efectivas.

### **Dificultades diagnósticas de las demencias**

Si bien la prevalencia de las demencias y el conocimiento sobre las mismas se ha incrementado de manera significativa, el porcentaje de casos no diagnosticados llegaría a 40% en países desarrollados, como Inglaterra, y a un 80% en países en vía de desarrollo (Kotagal et al., 2015) (Nakamura, Opaleye, Tani, & Ferri, 2015; Pathak & Montgomery, 2015). La probabilidad de diagnóstico se asocia a factores intrínsecos a los pacientes. El sub-diagnóstico es mayor en pacientes con menor severidad de las demencias, con mayor edad, con sexo masculino, sin red de apoyo o que viven solos y de menor nivel educacional (Pentzek et al., 2009; Savva & Arthur, 2015). Un importante factor explicativo es la imagen social de la vejez. Aún prevalece el mito de la vejez como una etapa de la vida caracterizada por una pérdida significativa de las capacidades cognitivas. Existe una “normalización” de las demencias que limita la consulta médica (Lee, Lee, & Diwan, 2010; A. Slachevsky, 2015b). Se ha reportado un bajo conocimiento de los profesionales de salud sobre las demencias (Olavarria, Mardones, Delgado, & Slachevsky, 2015, en prensa), lo que incide en la alta tasa de sub-diagnóstico de demencia (Nakamura et al., 2015; Pathak & Montgomery, 2015). Otras barreras al diagnóstico son el estigma asociado a las demencias, la resistencia a anunciar el diagnóstico, el nihilismo terapéutico (Koch, Iliffe, & project, 2010) y la ausencia de servicios de salud preparados para la atención de personas con demencia (A neurology revival in Latin America, 2015).

Pero probablemente las principales dificultades diagnósticas son inherentes al concepto mismo de demencia. Por un lado, no existe una claridad absoluta de los límites del envejecimiento cognitivo normal y patológico. Por otra parte, el diagnóstico de demencia es una combinación del enfoque categorial y dimensional: se establece ante la presencia de ciertos síntomas que satisfacen ciertos criterios, pero para cada síntoma se debe determinar si existe un trastorno significativo (por ejemplo, establecer si existe un trastorno significativo de la memoria y de las actividades de la vida diaria). Para Georges Canguilhem (1986), “el límite entre lo normal y lo patológico es impreciso para un conjunto de individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente

preciso para un solo y mismo individuo considerado sucesivamente” (p. 119). ¿Cuándo aceptamos, entonces, que el individuo ha traspasado ese límite? Para Canguilhem, un individuo está enfermo cuando ya no puede responder a las exigencias del medio normal, es decir, el medio en que se desenvuelve sin problemas anteriormente. En consecuencia, deberíamos diagnosticar una demencia cuando los síntomas del paciente interfirieran de manera significativa con el desempeño en las actividades de la vida diaria (A. Slachevsky, 2014). La dificultad surge al definir un trastorno significativo de la funcionalidad. Esta definición dependerá tanto de factores biológicos como sociales.

En suma, las demencias han emergido como una de las enfermedades con mayor impacto en el bienestar de nuestras sociedades. No obstante, una gran parte de las personas con demencias no han sido diagnosticadas, entre otras razones, porque no son percibidas como enfermos por el entorno. Mejorar el estudio de impacto de las demencias y la atención de las personas con demencia requiere una definición consensuada entre las ciencias médicas y sociales. Las ciencias médicas, al redefinir el envejecimiento y los trastornos demenciantes, transforman los criterios sociales del envejecimiento normal y patológico (Davis, 2004). No obstante, persiste una brecha entre el concepto médico de envejecimiento normal y anormal y las creencias de diferentes grupos sociales sobre el envejecimiento. Una mejor comprensión de los criterios sociales de normalidad y anormalidad en el envejecimiento, del significado social de las demencias en general y de los diferentes tipos de demencias y cómo factores culturales modifican los criterios de normalidad y el constructo de las demencias son esenciales para entender esa brecha y mejorar el acceso de las personas con demencias a atenciones socio-sanitarias más oportunas.

## Referencias bibliográficas.

- A neurology revival in Latin America (2015). *The Lancet Neurology*, 14(12), 1143.
- Alladi, S., Xuereb, J., Bak, T., Nestor, P., Knibb, J., Patterson, K., & Hodges, J.R. (2007). Focal cortical presentations of Alzheimer's disease. *Brain*, 130 (Pt 10), 2636-2645. doi: 10.1093/brain/awm213
- American Psychiatric Association (1998). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Madrid: Masson.
- Arenas Massa, A. y Slachevsky, A. (sometido a Revista Médica de Chile). "¿ Sé y puedo? Toma de decisión y consentimiento informado en los trastornos demenciales: Dilemas diagnósticos y jurídicos en Chile.
- Bayle, A.L.J. (1826). *Traité des maladies du cerveau*. Paris: Gabon et Compagnie.
- Behrens, M.I. (2007). *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias*. Santiago: Ediciones Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.
- Berrios, G.E. (1996). Cognitive Impairment. En G.E. Berrios (Ed.), *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the nineteenth century* (pp. 172-2008). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G.E. (2000). Dementia: Historical Overview. En A. Burns, J. O'Bryen & D. Ames (Eds.), *Dementia* (3 ed., pp. 3-13). London: Hodder Arnold.
- Berrios, G.E. (2005). Dementia: Historical Overview. In A. Burns, J. O'Bryen & D. Ames (Eds.), *Dementia* (3 ed., pp. 3-15). London: Hodder Arnold.
- Bovee, B.F. (2007). Links between frontotemporal lobar degeneration, corticobasal degeneration, progressive supranuclear palsy, and amyotrophic lateral sclerosis. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 21 (4), S31-38.
- Calmeil, L.F. (1835). Demences *Dictionnaire de Médecine et Répertoire Générale des Sciences Médicales* (2 ed., pp. 70-85). Paris: Bechet.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. España: Siglo XXI.
- Ciceron. *De Senectude, De Amicitia, De Divinitate*.
- Davis, D.H. (2004). Dementia: sociological and philosophical constructions. *Soc Sci Med* 58(2): 369-378.
- Dubois, B., H.H. Feldman, C. Jacova, S.T. Dekosky, P. Barberger-Gateau, J. Cummings, A. Delacourte, D. Galasko, S. Gauthier, G. Jicha, K. Meguro, J. O'Brien, F. Pasquier, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, 6(8), 734-746.
- Erkinjuntti, T., Ostbye, T., Steenhuis, R., & Hachinski, V. (1997). The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J Med*, 337(23), 1667-1674.

- Esquirol, E. (1805). *Des Passions*. Paris: Didot Jeune.
- Esquirol, E. (1838). *Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiéniques et médico-légale*. Paris: Baillière.
- Fox, C., L. Lafortune, M. Boustani and C. Brayne (2013). The pros and cons of early diagnosis in dementia. *Br J Gen Pract*, 63(612), 510-512.
- Galton, C.J., Patterson, K., Xuereb, J.H., & Hodges, J.R. (2000). Atypical and typical presentations of Alzheimer's disease: a clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathological study of 13 cases. *Brain*, 123(3), 484-498.
- Guiraud, P. (1956). *Psychiatrie clinique*. Paris: Le François.
- Knibb, J.A., Xuereb, J.H., Patterson, K., & Hodges, J.R. (2006). Clinical and pathological characterization of progressive aphasia. *Ann Neurol*, 59(1), 156-165.
- Knopman, D.S., Boeve, B.F., & Petersen, R.C. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc*, 78(10), 1290-1308.
- Koch, T., Iliffe, S., & project, Evidem-Ed. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*, 11(52). doi: 10.1186/1471-2296-11-52
- Kotagal, V., Langa, K.M., Plassman, B.L., Fisher, G.G., Giordani, B.J., Wallace, R.B., . . . Foster, N.L. (2015). Factors associated with cognitive evaluations in the United States. *Neurology*, 84(1), 64-71. doi: 10.1212/WNL.0000000000001096
- Lee, S.E., Lee, H.Y., & Diwan, S. (2010). What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(1), 66-73. doi: 10.1002/gps.2299
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Memish, Z. A. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2095-2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- Lucretius. *De Rerum Natura. Libro 1. línea 704*.
- Marie, A. (1906). *La Demence*. Paris: Doing.
- Mathuranath, P.S., Xuereb, J.H., Bak, T., & Hodges, J.R. (2000). Corticobasal ganglionic degeneration and/or frontotemporal dementia? A report of two overlap cases and review of literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 68(3), 304-312.
- McKhann, G.M. (2011). Changing concepts of Alzheimer disease. *JAMA*, 305(23), 2458-2459. doi: 10.1001/jama.2011.810
- Morel, B.A. (1860). *Traité des Maladies Mentales*. Paris: Masson.

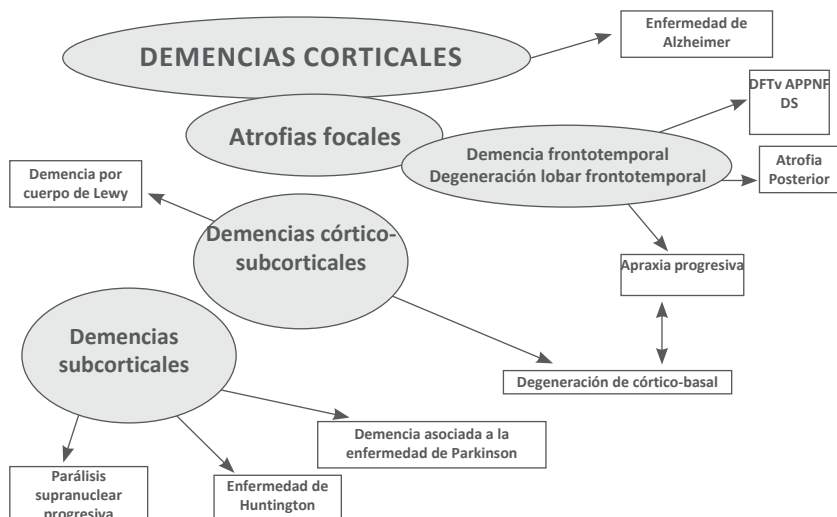
- Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., Michaud, C., Memish, Z.A. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *380*(9859), 2197-2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- Nakamura, A.E., Opaleye, D., Tani, G., & Ferri, C.P. (2015). Dementia underdiagnosis in Brazil. *Lancet*, *385* (9966), 418-419. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60153-2
- Olavarria, L., Mardones, C., Delgado, C., & Slachevsky, A. (2015). Chilean health professionals perception of knowledge about dementia. *J Neurol Sci*, *357*, e134.
- Olavarria, L., Mardones, C., Delgado, C., & Slachevsky, A. (en prensa). Percepción de conocimiento sobre las Demencias en Profesionales de la Salud de Chile. *Revista Médica de Chile*.
- Pathak, K.P., & Montgomery, A. (2015). General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging Ment Health*, *19*(10), 912-920. doi: 10.1080/13607863.2014.976170
- Pentzek, M., Abholz, H.H., Ostapczuk, M., Altiner, A., Wollny, A., & Fuchs, A. (2009). Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument. *Int Psychogeriatr*, *21*(6), 1105-1115. doi: 10.1017/S1041610209990500
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Gemma-Claire, A., Yu-Tzu, W., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Ramsden, P. (2013). *Understanding Abnormal Psychology Clinical and Biological Perspectives*. New York: SAGE Publications Ltd.
- Rey, A. (1995). *Dictionnaire Historique de La Langue Francaise*. Paris: Dictionnaire Le Robert.
- Ritchie, K. and Lovestone, S. (2002). The dementias. *Lancet* *360* (9347): 1759-1766.
- Robert, M., Rossor, S., Salloway, Y., Stern, P.J. Visser and Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* *6* (8): 734-746.
- Savva, G.M., & Arthur, A. (2015). Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. *Age Ageing*, *44* (4), 642-647. doi: 10.1093/ageing/afv020
- Siberski, J. (2012). Dementia and DSM-5, changes, cost and confusion. *Aging Well* *5* (6): 12-16.
- Slachevsky, A. (2014). *Cerebro Cotidiano*. Santiago, Chile: LOM.
- Slachevsky, A. (7/09/2015). Carta Diario La Tercera Demencia Senil. *La Tercera*.

- Slachevsky, A. (2015b). Los mitos del Alzheimer. En A. Slachevsky (Ed.), *Cerebro Cotidiano* (pp. 121-125). Santiago: Lom.
- Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J., & Rojas, R. (2012). Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias (1 ed., pp. 29). Santiago: Coprad - Sonepsyn.
- Slachevsky, A., y Oyarzo, F. (2008). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. In E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes & F. Manes (Eds.), *Tratado de Neuropsicología Clínica del Adulto. Bases Conceptuales y Técnicas de Evaluación*. (pp. 449-466). Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia.
- Trimble, M.R. (1996). *Biology Psychiatry* (2 ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related.
- Health Problems. 10th Revision. Version for 2007. 10th Recuperado el 27/04/2008, de <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

**Tabla nº1: Clasificación de las demencias según diferentes criterios**

Sintomatología clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El eje de esta clasificación son las principales características clínica de las demencias.</li> <li>• Predominan los trastornos cognitivos (memoria, lenguaje o visopercepción).</li> <li>• Predominan los trastornos de la conducta.</li> <li>• Conjunción de trastornos cognitivos y motores.</li> </ul>
Topografía de las lesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El eje de esta clasificación es la principal estructura anatómica involucrada:</li> <li>• Demencias corticales</li> <li>• Demencias subcorticales</li> </ul>
Clasificación según la etiopatogenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencias vasculares, por lesiones cerebrovasculares en el cerebro.</li> <li>• Demencias neurodegenerativas, por muerte acelerada de poblaciones neuronales, asociados a acúmulo anormal de proteínas.</li> <li>• Demencias mixtas: asociación de lesiones vasculares y neurodegenerativas. Demencias mixtas: y daño de tipo neurodegenerativo.</li> <li>• Demencias por otras causas (infecciosas, hidrocefalia, metabólicas, etc.).</li> </ul>
Perfil evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporalidad de presentación de las demencias. Es decir la forma de inicio y velocidad de progresión de los síntomas. Las demencias se dividen en agudas, subagudas o crónicas.</li> </ul>

**Figura 1: Clasificación de las demencias según topografía de las lesiones**



Legenda: Clasificación híbrida de las demencias neurodegenerativas considerando la topografía lesional, el síndrome clínico o la enfermedad propiamente tal.



**Tabla nº2: Comparación de los principales criterios diagnósticos de las demencias**

Dominio	DSM-IV-TR	ICD-10	NIA-AA	DSM-5
Cognición	+	+	+	+
Atención			*	*
Memoria episódica			*	*
Trastorno de memoria	+			
Memoria corta plazo	+	+		
Memoria largo plazo	+	(*)		
Lenguaje			*	*
Afasia	+	+		
Capacidades visoconstructivas			*	*
Apraxia	+			
Capacidades visoespaciales			*	*
Agnosia	+			
Funciones ejecutivas			*	*
Pensamiento abstracto	+	+		
Juicio	+	+		
Resolución de problemas	+	+		
Otras capacidades cognitivas				
Lectura			(*)	(*)
Calculo		(*)	(*)	(*)
Trastornos neuropsiquiátricos		(*)	+	+
Personalidad			(*)	(*)
Comportamiento			(*)	(*)
Control emocional		(*)	(*)	(*)
Funcionalidades en actividades de la vida diaria		+	+	+
Actividades de la vida diaria		+	+	+
Trabajo	*		(*)	(*)
Motivación		(*)	(*)	(*)
Comportamiento social y relaciones sociales	*	(*)	(*)	(*)
Otros elementos				
Confusión o trastorno psiquiátrico mayor no explicado por síndrome demencial	+	+	+	+
Trastorno generalizado			+	+

	Deteriorio progresivo		(*)	+	+
	Declive de nivel previo de funcionamiento previo a la enfermedad	+	+	+	+
	Duración síntomas mayor a 6 meses		+		
	Sin trastorno de la conciencia		+		
	Cauda neurológica supuesta	+	+	+	+

Abbreviations: [¥Mainly based on and modified from [21]. The remaining information was obtained from [16, 15], [18] and [25].

DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition [14] ICD-10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition [15]

NIA-AA = National Institute on Aging - Alzheimer's Association guidelines [18]

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition [25]

ADL = Activities of daily living.

+ impairment in the domain is always required for diagnosis; \* one or more of these indicators is required; and (\*) optionally, strengthens the diagnosis.]