

BREVE HISTORIA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

BRIEF HISTORY OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Guillermo Saúl Escobar Cornejo y Luis Fernando Ramos Vargas
Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú
Correspondencia: gsesobar@ucsm.edu.pe

Recibido: 25-05-2018

Aceptado: 01-08-2018

Resumen

Se describe históricamente el concepto de demencia y deterioro cognitivo leve, así como el estado actual de los términos propuestos por los investigadores relevantes en el tema. Se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios históricos y teóricos hasta el año 2017 en inglés y español en las bases de datos de PsycINFO, Psyke, Psicodoc y Redalyc, así como en capítulos de libros y bibliografía obtenida de fuentes afines. Se concluye que el deterioro cognitivo leve actualmente llamado trastorno neurocognitivo leve según el DSM V, es una condición intermedia entre el envejecimiento normal y en algunos casos el inicio de alguna enfermedad neurodegenerativa, como puede ser la enfermedad de Alzheimer, por tal motivo, es importante su correcta detección para realizar una oportuna intervención y reducir la probabilidad de la evolución a la enfermedad de Alzheimer. La revisión histórica de este constructo ha sido importante para reemplazar criterios establecidos por otros más precisos que puedan ayudar a mejorar el diagnóstico y las formas de intervención, así como la construcción de instrumentos de medición con mayor sensibilidad y especificidad para una exploración neuropsicológica más precisa.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve, demencia, historia.

Abstract

The concept of dementia and mild cognitive impairment is described historically, as well as the current status of the terms proposed by the relevant researchers in the subject. A literature review on historical and theoretical studies was carried out until 2017 in English and Spanish in PsycINFO, Psyke, Psicodoc and Redalyc databases, as well as in book chapters and bibliography obtained from related sources. It is concluded that the mild cognitive impairment currently called mild neurocognitive disorder according to the DSM V, is an intermediate condition between

normal aging and in some cases the onset of a neurodegenerative disease, such as Alzheimer's disease, for this reason, it is important its correct detection to perform a timely intervention and reduce the probability of evolution to Alzheimer's disease. The historical review of this construct has been important to replace established criteria with more precise ones that can help to improve the diagnosis and the forms of intervention as well as the construction of measurement instruments with greater sensitivity and specificity for a more precise neuropsychological exploration.

Key words: Mild cognitive impairment, dementia, history.

A nivel mundial, se observa que la población adulta mayor está presente en un gran número dentro de la sociedad, esto debido a la disminución de la mortalidad infantil y al incremento en la esperanza de vida, y que a futuro se espera que esta población siga creciendo. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú presentó el Informe Técnico N°3 sobre la Situación de Población Adulta Mayor, realizada en el mes de setiembre del 2014, reportando que el 41.4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años, para el área rural se encuentra el 42.5% y en el área urbana el 38.8%. Se proyecta que, en las próximas décadas, el grupo de personas de 65 a más años se incrementa sostenidamente, de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010 se pasará a casi 6.5 millones en 2050, donde la mayor parte será conformada por mujeres (Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2013).

Lo referido significa que existe una tendencia en el incremento de la cantidad de personas en la etapa de vida adulta mayor y una disminución en el número de personas jóvenes, este cambio poblacional es el panorama actual a nivel mundial, y para un futuro próximo, se habla de una población mayoritariamente anciana con patologías típicas de esta etapa de la vida, y dentro de las cuales destacan los deterioros propios de la edad, siendo más específico aquellas que afectan los procesos cognitivos en dicho grupo y en algunos casos desencadenan en la aparición de una demencia, que se trata de las enfermedades neurodegenerativas de mayor prevalencia en población envejecida (Donoso, Venegas, Villarroel & Vásquez, 2001).

La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) como:

Síndrome causado por una enfermedad del cerebro –usualmente de naturaleza crónica o progresiva– en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones. (p. 7)

En Latinoamérica se observa prevalencia de demencia, en el rango desde el 1.8% hasta el 11.5% (Nitrini, et al., 2009; Llibre et al., 2009; Kalaria et al., 2008). Se concluye que la edad avanzada y el bajo nivel educativo condicionan la presencia de más casos de deterioro cognitivo y demencia. En Perú, se encontró que la prevalencia de demencia en personas mayores de 65 años es de 6.8%, lo que resulta similar a otros estudios latinoamericanos, estos datos se ven influenciados por la edad, el género y el nivel cultural de la población (Custodio, García, Montesinos, Escobar, & Bendezú, 2008; Soto, 2007; Varela, Chávez, Gálvez, & Méndez, 2004).

El incremento de la población adulta mayor implica un aumento en la prevalencia de patologías típicas para las personas en esta etapa del desarrollo, por lo que la detección temprana se convierte en una de las medidas más eficaces para contrarrestarlo. Se ha demostrado que las evaluaciones cognitivas breves son especialmente útiles para el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia; en la mayoría de los casos poseen puntos de corte para indicar alteración o normalidad. El problema con estas pruebas es que muestran un fuerte efecto techo y una baja sensibilidad a los signos tempranos de la demencia, en particular en individuos con altos niveles de educación (Lawrence, Davidoff, Katt-Lloyd, Auerbach & Hennen, 2001).

La demencia es un síndrome principalmente de naturaleza crónica o progresiva, siendo una enfermedad devastadora para las personas que la padecen y también para los cuidadores y familiares del paciente (OMS, 2013), en lo concerniente a términos sociales y económicos, significa un gran problema para la salud pública a nivel mundial.

Historia

Históricamente, el término demencia ha ido cambiando a lo largo del tiempo, por ejemplo, en el siglo I a. C., los poetas romanos Lucrecio y Cicerón lo utilizaban para referirse a la locura o delirio, pero este último también lo interpretaba como una pérdida de memoria en la vejez debido a una enfermedad (Berrios, 1996), Cicerón (citado en Labos, Slachevsky, Fuentes & Manes, 2008), Lucrecius (citado en Labos, Slachevsky, Fuentes & Manes, 2008). Al igual que Cicerón, las figuras históricas de Hipócrates y Celso, también consideraron que existía una relación entre la edad avanzada y patología psíquica, aunque cabe señalar que Arateus de Cappadocia (s. II a. C.) fue el primer médico en reconocer que el envejecimiento era una causa de la Demencia (Amaducci, Rocca & Schoenberg, 1986).

El primer registro del uso del término demente se encuentra el escrito en “Des maladies mentales” de Esquirrol. Dicho texto fue publicado en Francia en 1838, y debido a la masiva propagación de la obra, se incorpora el Síndrome Demencial a la terminología psiquiátrica (Dias, Samuel, Patel, Prince, Parameshwaran, & Krishnamoorthy, 2004).

En 1906, el doctor Alois Alzheimer (neuropatólogo y psiquiatra alemán) fue quien describió la enfermedad, denominada con su apellido, como una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro. El primer paciente diagnosticado con este cuadro fue ingresado al Hospital Frankfurt en 1901, describiendo un cuadro clínico que, comenzó con un delirio celotípico, y luego con una rápida y progresiva pérdida de memoria que incluyen alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje (Wimo, Winblad & Jönsson, 2007). El renombrado psiquiatra comenzó a evaluar a la paciente en 1901, en aquella entrevista se hicieron preguntas sencillas en donde el mismo escribía las respuestas debajo de estas. Esta histórica evaluación está registrada en 4 hojas con fechas del 26 al 30 de noviembre de ese mismo año. Este antecedente deja constancia que Auguste padecía serias alteraciones en algunas funciones cognitivas como el lenguaje y pensamiento (Gureje et al., 2006)

Al morir la paciente, el Dr. Alois Alzheimer solicitó el cerebro y la historia clínica de esta para que sea estudiado en un laboratorio en Munich. El resultado del análisis se publicó en 1907 con el título

“Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”, pero fue en 1910 que Kraepelin, un médico reconocido internacionalmente, en la octava edición del Manual de Psiquiatría utiliza por primera vez el epónimo, Enfermedad de Alzheimer y la diferencia de la Demencia Senil (Shaji, Arun Kishore, Lal & Prince, 2002).

Como está registrado en los antecedentes previamente mencionados, la naturaleza del envejecimiento implica un deterioro cognitivo del individuo, y considerando que la demencia hace alusión a un síndrome patológico que implica un deterioro en las funciones superiores del adulto mayor, entonces esto puede conducir a errores en el diagnóstico, por lo que cabe preguntarse: cómo se diferencia el deterioro *natural* de una demencia, por lo que apareció un constructo que se ubica justo en el medio del deterioro natural y la aparición de una demencia. Este concepto se le conoce como deterioro cognitivo leve.

La etapa intermedia de la alteración cognitiva ha sido llamada de diversas maneras. Inicialmente se le llamó olvido senil benigno, el cual se pensaba que reflejaba una etapa y variante del envejecimiento normal. En 1986, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) propuso el término, declive de memoria asociada a la edad (DMAD), que caracterizó al conjunto de cambios en la memoria producidos en la vejez, los cuales se pensaban que eran cambios cognitivos normales, otro término utilizado fue el declive cognitivo asociado a la edad (DCAD) que fue propuesto por la Asociación de Psicogeriatría Internacional para señalar funciones cognitivas que se supone decaen en el envejecimiento normal, pues existe evidencia empírica abundante que indica que a medida que envejecemos, los procesos mentales son menos eficientes, pero también existe evidencia para sugerir que con la edad se alcanza un conocimiento y experiencia que pueden ser útiles en la solución de problemas morales y sociales complejos (Crook et al., 1986).

El entendimiento de las demencias ha avanzado de manera notable y el foco de atención ha ido cambiando en el tiempo, partiendo de evaluaciones del estado mental y precisión en los diagnósticos hacia la identificación de sujetos sin demencia quienes están en riesgo de padecer la Enfermedad de Alzheimer (Knopman, Boeve & Petersen, 2003). La demencia afecta en la actualidad a más de 35 millones de personas en el mundo, (Dannhauser et al., 2014), siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la más prevalente entre las personas mayores (Han & Han, 2014). La detección precoz es un objetivo deseable, teniendo en cuenta el curso progresivo de la enfermedad y las posibles medidas personales, familiares, económicas y terapéuticas (Tarawneh & Holtzman, 2012) que pueden ser adoptadas. La detección precoz apunta a profundizar en el conocimiento del curso evolutivo de la enfermedad, el tratamiento temprano y la generación de programas de rehabilitación. Por otro lado, permite minimizar o programar los costos asociados, preparar a la familia y a la persona para la enfermedad y postergar el tiempo de institucionalización (Evans, Grodstein, Loewenstein, Kaye & Weintraub, 2011; Stephan et al., 2013).

El estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento ha usado el término deterioro cognitivo sin demencia (DCSD) para referirse a una condición intermedia de severidad insuficiente para constituir una demencia. Por último, tenemos el término deterioro cognitivo leve (DCL) que caracteriza la alteración de la función cognitiva de severidad intermedia que es insuficiente para constituir una demencia (Petersen, 1995). Esta transición entre el envejecimiento normal y la demencia ha llamado la atención de diferentes investigadores como Bermejo (2003) quien señala

que los estudios poblacionales han mostrado que el rendimiento cognitivo tiene en la población una distribución continua que empieza con la normalidad cognitiva y termina con la demencia extrema. Al ser dimensional, esto dificulta otro diagnóstico clínico asociado, que es principalmente categorial (sí/no), que históricamente ha sido clasificado como leve, moderado y grave o severa. Es preciso decir, que en medio de la normalidad cognitiva y la demencia leve se ha requerido una entidad intermedia cuya definición no es todavía unánime.

Han sido muchos los términos sugeridos y utilizados para describir estados de transición entre el envejecimiento normal y una demencia, pero solo el DCL ha sido propuesto como una entidad nosológica para referirse a adultos mayores con déficits cognitivos sub-clínicos debido a una incipiente demencia. El concepto de deterioro cognitivo leve ha predominado en los Estados Unidos, donde programas a gran escala se han iniciado recientemente, con una orientación a proveer tratamiento para así reducir el riesgo de prevenir la demencia senil. En Europa es más conocida como Alteración Cognitiva asociada a la Edad (Ritchie, Artero & Touchon, 2001).

En la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha publicado recientemente nuevos criterios para la demencia en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), que reconoce la etapa de predemencia de deterioro cognitivo. La condición, que tiene muchas de las características del DCL, la cual se denomina trastorno neurocognitivo leve (TNC) (DSM V). El TNC leve reconoce características sutiles de deterioro cognitivo que son distintos del envejecimiento, pero no son suficientes para representar la demencia. Por otra parte, el TNC leve hace referencia a las fases iniciales de los trastornos cognitivos y precede al TNC mayor que es análoga al diagnóstico previo de demencia. Los criterios para el TNC leve se parecen mucho a los amplios criterios básicos del DCL, incluyendo las siguientes características: (i) se refieren clínica planteadas por el paciente o un informante, o las observaciones hechas por el médico, (ii) el deterioro cognitivo en uno o más dominios cognitivos de preferencia en relación con su caso datos normativos para ese individuo, (iii) la preservación de la independencia funcional y (iv) no demencia (DSM V). Estos criterios se corresponden con los criterios del DCL anteriormente descrito. El enfoque DSM-5 implica la caracterización del síndrome, leve o mayor del TNC, y luego una tarea subsiguiente es la determinación de su etiología, tales como EA, degeneración frontotemporal, trastorno de cuerpos de Lewy o deterioro cognitivo vascular.

Consideraciones finales

El deterioro cognitivo leve actualmente llamado trastorno neurocognitivo leve según el DSM V, es una condición intermedia entre el envejecimiento normal y el inicio de alguna enfermedad neurodegenerativa, como puede ser la enfermedad de Alzheimer, por tal motivo, es importante su correcta detección para realizar una oportuna intervención y reducir la probabilidad de la evolución a la enfermedad de Alzheimer. La revisión histórica de este constructo ha sido importante para reemplazar criterios establecidos por otros más precisos que puedan ayudar a mejorar el diagnóstico y las formas de intervención, así como la construcción de instrumentos de medición con mayor sensibilidad y especificidad para una exploración neuropsicológica más precisa.

Referencias

- Abarca, J. C., Chino, B. N., Llacho, M. L. V., Gonzáles, K., Mucho, K., Vázquez, R.,... & Soto, M. F. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(1), 7-14.
- Amaducci, L. A., Rocca, W. A., & Schoenberg, B. S. (1986). Origin of the distinction between Alzheimer's disease and senile dementia How history can clarify nosology. *Neurology*, 36(11), 1497-1497. doi: 10.1212/WNL.36.11.1497
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. US: bookpointUS.
- Bermejo, F. (2003). Alteración cognitiva leve. Una revisión de la clínica y epidemiología con datos del estudio NEDICES. En J. M. Martínez, L. F. Pascual (Eds.), *Alzheimer 2003 ¿Qué hay de nuevo?* (pp. 231-254). Madrid: Editorial Aula Médica.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Whitehouse, P., Cohen, G. D., & Gershon, S. (1986). Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change—report of a national institute of mental health work group. *Journal Developmental Neuropsychology*, 2(4), 261-276. doi: 10.1080/87565648609540348
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J., & Bendezú L. (2008) Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(4), 233-8.
- Dannhauser, T. M., Cleverley, M., Whitfield, T. J., Fletcher, B. C., Stevens, T., & Walker, Z. (2014). A complex multimodal activity intervention to reduce the risk of dementia in mild cognitive impairment—ThinkingFit: pilot and feasibility study for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 129. doi: 10.1186/1471-244X-14-129
- Donoso, A. Venegas, P. Villarroel, C., & Vásquez, V. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(3), 15-26.
- Evans, D. A., Grodstein, F., Loewenstein, D., Kaye, J., & Weintraub, S. (2011). Reducing case ascertainment costs in US population studies of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment—Part 2. *Alzheimer's & Dementia*, 7(1), 110-123. doi: 10.1016/j.jalz.2010.11.008
- Gureje, O., Ogunniyi, A., Baiyewu, O., Price, B., Unverzagt, F. W., Evans, R. M.,... & Hendrie, H. C. (2006). APOE ε4 is not associated with Alzheimer's disease in elderly Nigerians. *Annals of Neurology*, 59(1), 182-185. doi: 10.1002/ana.20694
- Han, J. Y., & Han, S. H. (2014). Primary prevention of Alzheimer's disease: is it an attainable goal? *Journal of Korean Medical Science*, 29(7), 886-892. doi: 10.3346/jkms.2014.29.7.886
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Situación de la población adulta mayor*. (Informe Técnico 03). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Kalaria, R., Maestre, G., Arizaga, R., Friedland, R., Galasko, D., Hall, K., et al. (2008) Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet*, 7, 812-826. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70169-8
- Knopman, D. S., Boeve, B. F. y Petersen, R. C. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and mayor subtypes of dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 78(10), 1290-1308. doi: 10.4065/78.10.1290

- Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., & Manes, E. (Eds.). (2008). *Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica. Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Akadia
- Lawrence, J., Davidoff, D., Katt-Lloyd, D., Auerbach, M., & Hennen, J. (2001). A pilot program of improved methods for community-based screening for dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 205-211. doi: 10.1097/00019442-200108000-00003
- Llibre, J. D. J., Fernández, Y., Marcheco, B., Contreras, N., López, A. M., Otero, M.,... & García, M. (2009). Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in a Havana municipality: a community-based study among elderly residents. *MEDICC Review*, 11(2), 29-35.
- Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables. (2013). *Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017 promoviendo el envejecimiento activo y saludable*. (Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables 05). Lima: Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables.
- Nitrini, R., Bottino, C. M., Albalá, C., Capuñay, N. S. C., Ketzoian, C., Rodríguez, J. J. L.,... & Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 622-630. Doi: 10.1017/S1041610209009430
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Demencia una prioridad de salud pública*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., Schaid, D. J., Thibodeau, S. N.,... & Kurland, L. T. (1995). Apolipoprotein E status as a predictor of the development of Alzheimer's disease in memory-impaired individuals. *JAMA*, 273(16), 1274-1278. doi:10.1001/jama.1995.03520400044042
- Ritchie, K., Artero, S. & Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment a population-based validation study. *Neurology*, 56, 37-41. doi: 10.1212/WNL.56.1.37
- Shaji, K. S., Arun Kishore, N. R., Lal, K. P., & Prince, M. (2002). Revealing a hidden problem. An evaluation of a community dementia case-finding program from the Indian 10/66 dementia research network. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 222-225. doi: 10.1002/gps.553
- Stephan, B. C. M., Minett, T., Pagett, E., Siervo, M., Brayne, C., & McKeith, I. G. (2013). Diagnosing Mild Cognitive Impairment (MCI) in clinical trials: a systematic review. *BMJ Open*, 3(2), e001909. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001909
- Tarawneh, R., & Holtzman, D. M. (2012). The clinical problem of symptomatic Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(5), a006148. doi: 10.1101/cshperspect.a006148
- Varela, L., Chavez, H., Galvez, M., & Méndez, F. (2004) Características del deterioro cognitivo en el adulto, mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17 (2), 37-41.
- Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. (2007). An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2), 81-91. doi: 10.1016/j.jalz.2007.02.001