

La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer influye negativamente en los síntomas depresivos del cuidador

Andrea Martínez Urquijo, Germán Morís de la Tassa
Hospital Cruz Roja de Gijón

Manuscrito recibido: 15/10/18
Manuscrito aceptado: 19/11/18

Cómo citar este documento

Martínez Urquijo A, Morís de la Tassa G. La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer influye negativamente en los síntomas depresivos del cuidador. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2019 Mayo; 7(2): 5-16.

Resumen

Objetivos: Describir los factores de riesgo de la anosognosia en pacientes con enfermedad de Alzheimer, así como, determinar su influencia sobre la aparición de depresión, ansiedad y sobrecarga psíquica en su cuidador.

Método: Estudio descriptivo transversal donde se describen los factores asociados a la anosognosia de 35 pacientes y la influencia que la enfermedad de Alzheimer causa sobre sus cuidadores. Se utilizaron las siguientes escalas validadas: escala de deterioro global (EDG), mini examen del estado mental (MMT), cuestionario DEX, escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde, la versión abreviada de la escala de depresión geriátrica de Yesavage en población menor de 65 años e inventario neuropsiquiátrico en su versión abreviada (INP-A).

Resultados: El 62,9% de los pacientes son mujeres. El 45,7% son mayores de 80 años. La puntuación en el MMT está negativamente relacionada (-.386) con el nivel de anosognosia y es la memoria inmediata la que mejor lo predice. Haciendo referencia a los cuidadores, el 62,9% son mujeres, concretamente hijas el (37,1%). Un 34,3% están sobrecargadas/os y el 68,5% padecen depresión según la escala de Yesavage.

Conclusiones: La anosognosia es un síntoma clínico muy frecuente en la enfermedad de Alzheimer. Los pacientes fumadores y con un estado de ánimo deprimido tienen más posibilidades de desarrollar anosognosia. Los cambios que la anosognosia causa en el enfermo condicionan la aparición de depresión, ansiedad y sobrecarga en su cuidador.

Palabras clave:

Enfermedad de Alzheimer; Agnosia; Cuidadores; Depresión; Ansiedad.

Anosognosia in Alzheimer's disease has a negative influence on the depressive symptoms of the caregiver

Abstract

Objectives: To describe the risk factors of anosognosia in patients with Alzheimer's disease, as well as to determine its influence on the appearance of depression, anxiety and psychic overload in their caregiver.

Method: Cross-sectional descriptive study describing the factors associated with the anosognosia of 35 patients and the influence that Alzheimer's disease has on their caregivers. The following validated scales were used: global deterioration scale (GDS), mini mental state examination (MMSE), DEX questionnaire, Zarit scale for assessing caregiver burden, self-rating depression scale of Zung and Conde, the abbreviated from the scale of geriatric depression of Yesavage in population under 65 years and neuropsychiatric inventory in its abbreviated version (NPI-Q).

Results: 62.9% of patients are women. 45.7% are over 80 years old. The score in the MMT is negatively related (-.386) with the level of anosognosia and it is the immediate memory that best predicts it. Referring to caregivers, 62.9% are women, specifically daughters (37.1%). 34.3% are overburdened and 68.5% suffer from depression using the Yesavage scale.

Conclusions: Anosognosia is a very common clinical symptom in Alzheimer's disease. Smoking patients with a depressed mood are more likely to develop anosognosia. The changes that anosognosia causes in the patient, condition the appearance of depression, anxiety and overload in their caregiver.

Keywords

Alzheimer Disease; Agnosia; Caregivers; Depression; Anxiety.

Introducción

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas con la consiguiente pérdida de la capacidad para realizar de forma satisfactoria las actividades propias de la vida diaria. Aparece más frecuentemente en ancianos, aunque puede afectar también a jóvenes y adultos (1-5).

La demencia representa la principal causa de dependencia y discapacidad en el anciano y un aumento de la morbi-mortalidad,

lo cual supone un gasto social, económico y sanitario importantísimo que principalmente solventa la familia (5).

Se sabe que alrededor de 24,2 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y 4,6 millones de nuevos casos aparecen año tras año (4, 6). Los datos de prevalencia de España para mayores de 65 años se encuentran entre el 5,2% y el 16,3%. Estos valores pueden llegar al 22% en hombres mayores de 85 años y al 30% en mujeres de este mismo grupo de edad (5).

De forma característica, estos pacientes con EA pueden dejar de ser conscientes de su enfermedad, lo cual se denomina, anosognosia. Este término fue definido por Babinski en 1914 como “una negación de la propia enfermedad neurológica” (15-18) que no solo afecta a personas con EA, sino que también es frecuente en pacientes esquizofrénicos, pacientes con hemiplejía contralateral postictus y con otras demencias

Dentro de las demencias degenerativas, la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (EA), representando un 50% -70% del total (1-3, 5, 7-9). Se define como un trastorno neurodegenerativo progresivo que por lo general comienza con un deterioro en la capacidad de formar recuerdos recientes, es decir, por la afectación de la memoria episódica y posteriormente produce un deterioro en el pensamiento, conducta y lenguaje del paciente. Todo ello genera una gran dependencia del sujeto para realizar las actividades propias de la vida diaria y la muerte prematura (1-4, 8, 10, 11-14).

En los últimos años, la EA se ha convertido en un problema social muy grave. En primer lugar, su alto índice de prevalencia, la sitúa como la tercera causa de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (1, 2, 9, 13). Además, también ocuparía este puesto en costos económicos, superada solo por la cardiopatía isquémica y el cáncer (2,13).

De forma característica, estos pacientes con EA pueden dejar de ser conscientes de su enfermedad, lo cual se denomina, anosognosia. Este término fue definido por

Babinski en 1914 como “una negación de la propia enfermedad neurológica” (15-18) que no solo afecta a personas con EA, sino que también es frecuente en pacientes esquizofrénicos, pacientes con hemiplejía contralateral postictus y con otras demencias (19).

La anosognosia, tiene una prevalencia dentro de la EA del 15%-25% (17) y se sabe a través de diversos estudios, que aumenta su frecuencia al asociarse síntomas psicológicos y conductuales (18,19).

Normalmente, en un porcentaje elevado, la familia del enfermo es la que desarrolla el papel de cuidador principal (20).

El cuidador principal, sería aquella persona encargada del cuidado y ayuda del paciente para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sin recibir una compensación económica por ello (11,19, 21). Así, estas personas ayudan a los enfermos de Alzheimer a vivir mejor, disminuyendo la utilización de los recursos formales y retrasando su ingreso en instituciones (21).

Sin embargo, estas circunstancias pueden llevar al cuidador a una situación de sobrecarga que se denomina, carga del cuidador. Según George y Gwyter (1986) este término significa “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados (11,20).

Se sabe que los cuidadores pueden presentar graves problemas de salud física como consecuencia del cuidado (10). Pero no solo eso, además, va a generarles profundas reacciones afectivas y emocionales hasta el punto de que pueden presentar un aumento en la incidencia de trastornos psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión (9).

El interés de estudiar la anosognosia en pacientes con EA radica además de todo lo dicho anteriormente, en dos razones fundamentales: en primer lugar, la literatura nos

dice que la presencia de esta enfermedad junto con la anosognosia tiene un efecto perjudicial para la rehabilitación de estos pacientes, y en segundo lugar por su relevancia en la investigación de los procesos cerebrales asociados a la percepción de uno mismo y del estado salud/enfermedad (22).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir los factores de riesgo de la anosognosia en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Objetivo específico:

- Determinar su influencia sobre la aparición de depresión, ansiedad y sobrecarga psíquica en su cuidador principal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en una población de pacientes diagnosticados de EA según criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) y de sus cuidadores principales. El estudio fue realizado en la Asociación Democrática Asturiana de Familias con Alzheimer (ADAFA) de Gijón en colaboración con el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) entre Enero y Junio de 2014.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes y cuidadores que cumplían los criterios de inclusión y exclusión que se detallan

en la Tabla 1. Además, el estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Principado de Asturias. (Tabla 1).

Los pacientes que participaron en el estudio, acudían frecuentemente a ADAFA como centro de día para realizar diversas actividades relacionadas con su patología y de esta manera, que sus familiares tuvieran un lugar que les sirviera de apoyo para el tratamiento y ocio de sus familiares. Para la recogida de datos, se concertó en la ADAFA una entrevista personal con cada paciente y el familiar correspondiente. En dicha entrevista, se les explicó en lo que consistía el estudio, se les informó de la confidencialidad y anonimato de sus datos y se firmó un consentimiento informado.

Además, se les aclararon las posibles dudas que pudieran tener sobre el proceso. Algunos de los datos epidemiológicos necesarios, los aportó el cuidador principal quedando reafirmados con el informe médico que debían entregar.

Las variables utilizadas en el estudio, se midieron mediante escala nominal en el caso de ser cualitativas y mediante escala de razón en las variables cuantitativas:

Variables cualitativas: sexo, nivel de estudios, depresión, diabetes (DM), hipertensión arterial (HTA), fumador, alcohol, enfermedad cerebrovascular, fármacos EA y otros fármacos.

Variables cuantitativas: edad y tiempo de diagnóstico.

Los datos referentes a la propia EA, anosognosia y estado del cuidador principal se hallaron mediante una serie de escalas validadas.

Tabla 1: Criterios de Inclusión y Exclusión

| Inclusión: | Exclusión: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cumplir criterios diagnósticos de EA según DSM IV.• El cuidador principal debe ser un familiar. | <ul style="list-style-type: none">• Pacientes diagnosticados de EA con una edad < 55 años.• Pacientes con una puntuación > 6 en la Escala de Deterioro Global (EDG).• Incapacidad de desplazamiento.• No aceptar la participación. |

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión establecidos para la selección de la muestra.

Las escalas aplicadas a los pacientes fueron:

Escala de Deterioro Global (EDG): evalúa la intensidad de la demencia en siete niveles que van desde EDG-1 (ausencia de alteración cognitiva) hasta EDG-7 (defecto cognitivo muy grave).

Mini examen del estado mental (MMT): es una prueba de cribado de deterioro cognitivo que evalúa la orientación, memoria, atención y cálculo, lenguaje y praxis. El rango de puntuación es de 0 a 30 (a menor puntuación, mayor deterioro cognitivo).

Cuestionario DEX: evalúa el comportamiento del individuo mediante 20 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 80 puntos. Se proporcionó el mismo cuestionario tanto al paciente como al familiar para valorar la diferencia de puntuación y resultados para así obtener el grado de anosognosia del paciente. De tal manera que el nivel de anosognosia sería mayor cuanto más diferencia existiera entre las cifras de cada uno.

Las escalas aplicadas a los familiares:

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: formada por 22 ítems con una puntuación de entre 1 y 5 puntos cada uno. No hay sobrecarga cuando la puntuación es inferior o igual a 46 puntos.

Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde: mide el grado de depresión que tienen los cuidadores. Está formada por 20 ítems. La puntuación total se encuentra entre 20 y 80 puntos.

La versión abreviada de la escala de depresión geriátrica de Yesavage en población menor de 65 años: consta de 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas). En esta versión abreviada el punto de corte propuesto es de 4 o 5.

Inventario neuropsiquiátrico en su versión abreviada (INP-A): consta de 12 subescalas en las que se evalúa la gravedad de los delirios, alucinaciones, agitación/agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad/susceptibilidad,

deambulación, alteraciones del sueño y los trastornos en la alimentación. La puntuación total es de 96 puntos.

La muestra finalmente estuvo formada por 35 pacientes de EA y sus 35 cuidadores principales.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 16. Se emplearon pruebas paramétricas para la comparación de medias (t-student y ANOVA), así como no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

Además, se realizó un análisis estadístico del nivel de anosognosia de acuerdo a cada variable médica por separado. Se realizaron dos análisis de regresión lineal independientes. En primer lugar, se utilizaron como variables predictoras diversos factores médicos como la diabetes, la HTA, el tabaquismo (variable "fumador") y el consumo de alcohol. En segundo lugar, se utilizaron como variables predictoras variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios) y variables neuropsicológicas (MMT y variable "depresión").

Se estableció un nivel de significación estadística del 0.005.

RESULTADOS

La muestra constó de 35 pacientes con EA de los cuales 13 fueron hombres (37,1%) y 22 mujeres (62,9%). La edad media fue de 77 años estando el 45,7% de la muestra por encima de los 80. El tiempo medio de diagnóstico de la EA fue de 3,9 años (rango: 1-9 años).

Con respecto a los cuidadores principales, la muestra estuvo constituida también por 35 cuidadores principales, 22 mujeres (62,9%) y 13 hombres (37,1%). Dentro de las mujeres, 13 (37,1%) fueron hijas y con respecto a los varones, 7 (20,0%) eran el

marido. Mediante la Tabla 2 se muestran las características de la muestra estudiada. (Tabla 2).

Del total de la muestra, cabe destacar que solo 1 paciente (2,9%) no tomaba medicación para el tratamiento sintomático de la EA y el 42,9% (15 pacientes) tomaban varios medicamentos de forma asociada, siendo la Galantamina el más utilizado, concretamente por 6 pacientes (17,1%). El promedio de fármacos que tomaban, a parte de los citados anteriormente, fue de 4,6 (rango 0-11 fármacos) (Tabla 2).

Dentro de los resultados obtenidos en las escalas utilizadas para valorar depresión y la sobrecarga que padecían los cuidadores principales, se pudo observar que 24 cuidadores (68,5%) mediante la escala de Yesavage y 29 (82,8%) mediante la de Zung y Conde padecían depresión y 12 (34,3%) se encontraban sobrecargados. (Tabla 3).

Mediante la Tabla 4, se representan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario DEX tanto del paciente con EA como de su cuidador para valorar las diferencias que existían entre uno y otro, para así determinar

Tabla 2: Características de la muestra

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Edad (años) | |
| • Media | 77 |
| • Mínima | 58 |
| • Máxima | 90 |
| Nivel de estudios, n (%) | |
| • Ninguno | 3 (8,6%) |
| • Primario | 27 (77,1%) |
| • Secundarios | 3 (8,6%) |
| • Universitarios | 2 (5,7%) |
| • Posteriores | 0 (0,0%) |
| Aspectos clínicos, n (%) | |
| • Hipertensión arterial | 14 (40,0%) |
| • Diabetes Mellitus | 7 (20,0%) |
| • Tabaco | 4 (11,4%) |
| • Alcohol | 2 (5,7%) |
| • Depresión | 17 (48,6%) |
| • Enfermedad Cerebrovascular | 5 (14,3%) |
| Fármacos EA, n (%) | |
| • Ninguno | 1 (2,9%) |
| • Donepezilo | 4 (11,4%) |
| • Rivastigmina | 5 (14,3%) |
| • Galantamina | 6 (17,1%) |
| • Memantina | 4 (11,4%) |
| • Otros tratamientos | 15 (42,9%) |
| EDG, n (%) | |
| • 4 | 17 (48,6%) |
| • 5 | 12 (34,3%) |
| • 6 | 6 (17,1%) |
| MMT, n (%) | |
| • Déficit leve | 6 (17,1%) |
| • Deterioro cognitivo leve | 11 (31,4%) |
| • Deterioro cognitivo moderado | |
| • Deterioro cognitivo grave | 12 (34,3%) |
| | 6 (17,1%) |
| Parentesco con el paciente, n (%) | |
| • Mujer | 22 (62,9%) |
| • Hombre | 13 (37,1%) |

Tabla 2. Características generales de la muestra donde "n" es el número total de la muestra (n=35).

Tabla 3. Grado de sobrecarga y depresión en el cuidador

| | |
|--|------------|
| Sobrecarga del cuidador (Zarit), n (%) | |
| • No sobrecarga | 23 (65,7%) |
| • Sobrecarga leve | 7 (20,0%) |
| • Sobrecarga intensa | 5 (14,3%) |
| Depresión (Yesavage), n (%) | |
| • No depresión | 11 (31,4%) |
| • Depresión leve | 13 (37,1%) |
| • Depresión establecida | 11 (31,4%) |
| Depresión (Zung y Conde), n (%) | |
| • Normal | 6 (17,1%) |
| • Depresión subclínica | 25 (71,4%) |
| • Depresión media-severa | 4 (11,4%) |

Tabla 3. Resultados sobre el grado de sobrecarga y depresión que tienen los cuidadores principales a través de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la escala de depresión de Yesavage y la de Zung y Conde, donde "n" es el número total de la muestra (n=35).

Tabla 4. Cuestionario DEX

| Cuidador | Paciente | Anosognosia |
|----------|----------|-------------|
| 49 | 15 | 34 |
| 62 | 27 | 35 |
| 34 | 18 | 16 |
| 72 | 7 | 65 |
| 53 | 9 | 44 |
| 47 | 21 | 26 |
| 60 | 22 | 38 |
| 46 | 23 | 23 |
| 49 | 26 | 23 |
| 58 | 15 | 43 |
| 18 | 3 | 15 |
| 43 | 19 | 24 |
| 27 | 15 | 12 |
| 46 | 1 | 45 |
| 36 | 13 | 23 |
| 48 | 28 | 20 |
| 50 | 11 | 39 |
| 64 | 10 | 54 |
| 59 | 15 | 44 |
| 69 | 57 | 12 |
| 50 | 14 | 36 |
| 41 | 8 | 33 |
| 74 | 7 | 67 |
| 31 | 9 | 22 |
| 38 | 18 | 20 |
| 64 | 1 | 63 |
| 47 | 32 | 15 |

| Cuidador | Paciente | Anosognosia |
|----------|----------|-------------|
| 51 | 25 | 26 |
| 35 | 8 | 27 |
| 28 | 23 | 5 |
| 38 | 8 | 30 |
| 32 | 5 | 27 |
| 56 | 31 | 25 |
| 63 | 25 | 38 |
| 39 | 8 | 31 |

Tabla 4. Resultados del Cuestionario DEX donde cada fila representa la puntuación de un paciente con EA, la de su cuidador y la diferencia entre ambas puntuaciones.

el grado de anosognosia que padecía el paciente con EA. (Tabla 4).

En cuanto al punto clave del estudio, la Tabla 5 muestra, al utilizar como variables predictoras, diversos factores médicos como la diabetes, la HTA, el tabaquismo (variable "fumador") y el consumo de alcohol, solamente la variable "fumador" se mostró significativamente relacionada con la anosognosia (p: 0.004).

De igual manera, pero en este caso utilizando como variables predictoras variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios) y variables neuropsicológicas (MMT y variable "depresión") el modelo predictor vino determinado por las puntuaciones obtenidas en el MMT, así como por el hecho de presentar un diagnóstico de depresión.

En concreto, la puntuación del MMT se relacionó negativamente con el nivel de anosognosia, de tal forma que la menor puntuación en el MMT se asoció a un mayor

nivel de anosognosia. Por su parte, en el caso de la depresión se observó que fueron los pacientes con depresión los que mostraron un nivel significativamente mayor de anosognosia.

Al analizar qué subtest del MMT predecía mejor la anosognosia, se pudo observar que la memoria inmediata (p: 0,002) era el mejor y único predictor. (Tabla 5).

Por último, centrándose en el cuidador, se analizó cuál era la variable que más influía en su estado afectivo-emocional, ya fuera a través de su grado de depresión o de sobrecarga. En la depresión, lo que más influyó fue que el paciente fuera anosognósico (más que su grado de deterioro cognitivo) (Tabla 6).

De tal forma, se pudo observar que la anosognosia estaba relacionada con la depresión del cuidador en un 12,4% (p: 0,038), a mayor anosognosia del paciente mayor grado de depresión en el cuidador.

| Tabla 5. Anosognosia | | | |
|----------------------|----------------|-------------------|---------|
| Modelo | R ² | Coefficiente Beta | P-valor |
| Fumador | .225 | .475 | .004 |
| MMSE | .140 | .386 | .016 |
| Depresión | .267 | .357 | .025 |
| Memoria Inmediata | .251 | .501 | .002 |

Tabla 5. Resultados de la regresión lineal, utilizando como variable dependiente la anosognosia y como variables independientes, la diabetes, la HTA, el tabaco, el alcohol, el MMT, la variable "depresión" y cada uno de los subtest del MMT.

Tabla 6. Variables que influyen en el estado emocional del cuidador

| Depresión del cuidador (Escala de Yesavage) | | | |
|---|----------------|-------------------|------|
| Modelo | R ² | Coefficiente Beta | Sig. |
| Anosognosia | .124 | .353 | .038 |
| Ansiedad del cuidador (Escala Zung y Conde) | | | |
| Modelo | R ² | Coefficiente Beta | Sig. |
| NPI-Q | .155 | .394 | .019 |
| Sobrecarga del cuidador (Escala Zarit) | | | |
| Modelo | R ² | Coefficiente Beta | Sig. |
| Lenguaje (MMSE) | .166 | -.407 | .015 |

Tabla 6. Resultados de la regresión lineal, utilizando como variable dependiente la depresión del cuidador (Yesavage), la depresión del cuidador (Zung y Conde) y la sobrecarga del cuidador de Zarit, y como variables independientes, la anosognosia, trastornos psicopatológicos (NPI-Q) y el deterioro cognitivo (MMSE).

La puntuación del INP-A gravedad, es decir, que el paciente tuviera algún tipo de trastorno psicopatológico, predijo el grado de ansiedad del cuidador ($p: 0,019$, valor beta: $.394$), es decir, a mayor psicopatología en el paciente, mayor nivel de depresión en el cuidador.

Finalmente, la capacidad de comunicación del paciente, medida mediante el subtest de lenguaje del MMT, condicionaba el grado de sobrecarga del cuidador principal ($p: 0,015$), con menor capacidad comunicativa asociado a mayor percepción

de sobrecarga por parte del cuidador. (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Desde hace unos años, el número de personas que acuden a la consulta de los Servicios de Neurología con deterioro cognitivo ha aumentado considerablemente (23). Nosotros hemos analizado las características de una población de EA, comprobando que tanto el predominio del sexo femenino como una edad media elevada son similares a otros estudios (1, 3, 14, 16).

Siguiendo con las variables epidemiológicas, examinamos que al igual que ocurre en otros estudios, casi la totalidad de los pacientes con EA han cursado únicamente estudios primarios por lo que su nivel de escolarización es escaso (7,16). Sin embargo, no hemos encontrado correlación alguna con la anosognosia.

No todos nuestros pacientes tomaban fármacos para el tratamiento sintomático de la EA, aunque sí la gran mayoría. En nuestro caso, el fármaco más usado por nuestros sujetos es la galantamina, en contraposición

En concreto, la puntuación del MMT se relacionó negativamente con el nivel de anosognosia, de tal forma que la menor puntuación en el MMT se asoció a un mayor nivel de anosognosia. Por su parte, en el caso de la depresión se observó que fueron los pacientes con depresión los que mostraron un nivel significativamente mayor de anosognosia.

Se pudo observar que la anosognosia estaba relacionada con la depresión del cuidador en un 12,4% ($p: 0,038$), a mayor anosognosia del paciente mayor grado de depresión en el cuidador.

con otros estudios que sitúan al donepezilo en primera posición (22). Sin embargo, casi la mitad de los sujetos toman memantina asociado con un fármaco anticolinesterásico. Esto se debe a que todos los pacientes tienen un EDG igual o superior a 4 y por lo tanto se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad (25).

Si nos centramos en la anosognosia, hemos encontrado que existe una relación de ésta con el consumo de tabaco. Aunque no hemos encontrado estudios que corroboren esta asociación. Es bien sabido que la enfermedad cerebrovascular es un importante factor de riesgo para las demencias, entre ellas la EA y, por tanto, las personas que fuman incrementan su riesgo para padecer EA a través de la enfermedad cerebrovascular (4,6).

Por otro lado, la depresión es una variable predictora de la anosognosia. Algunos estudios apuntan a que la anosognosia tiene la capacidad de proteger a los propios pacientes con EA de sus sentimientos depresivos, en cambio, nuestro estudio y el estudio de Arroyo-Anlló EM et al. (18) lo contradice por lo que es un tema a estudiar para resolver los resultados contradictorios.

Con respecto a las variables neurocognitivas estudiadas, únicamente se encontró que el MMT predice la anosognosia, a diferencia de lo encontrado en la bibliografía (19), siendo la memoria inmediata la que muestra mayor relación. Como ocurrió anteriormente, a menor puntuación en este ámbito, mayor nivel de anosognosia.

Esta relación es interesante porque hoy en día sabemos que lesiones en el lóbulo frontal provocan alteraciones en el razonamiento, en el lenguaje, en la capacidad para solventar los problemas, la atención y la memoria, sobre todo a corto plazo, entre otros (26). Este hecho adquiere importancia porque, aunque en la actualidad no está claro la región anatómica donde asienta la anosognosia, una de las teorías que existen, nos dice que es precisamente en el lóbulo frontal, y por ello parece lógico encontrar que en nuestros pacientes haya una asociación entre la memoria inmediata y su nivel de anosognosia (10,26).

En referencia al cuidador, en un porcentaje elevado, la familia del enfermo es la que desarrolla el papel de cuidador principal (26). En diferentes publicaciones que estudian los miembros de la familia que actúan como cuidador principal del paciente con EA, se encuentra que ese papel es desarrollado por el sexo femenino, aunque con alguna diferencia (7). En nuestro caso, casi la mitad de los cuidadores principales son los propios cónyuges, seguidos de las hijas y los hijos respectivamente (10, 26).

El cuidador principal sería aquella persona encargada del cuidado y ayuda del enfermo para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sin recibir compensación económica por ello (11, 19, 21). Sin embargo, estas circunstancias pueden llevarle a una situación de sobrecarga denominada "carga del cuidador" (11, 26) además de un deterioro en la salud física y un aumento en la incidencia de trastornos psicológicos, principalmente: depresión, ansiedad o estrés (9).

En estos últimos años han aumentado el número de investigaciones realizadas para saber cuáles son las consecuencias psíquicas de cuidar a un paciente con EA. Al analizar los factores que más influyen en la aparición de depresión, ansiedad o sobrecarga en los cuidadores principales, se obtuvo primeramente que la presencia de anosognosia en el paciente predice que con el paso del

tiempo su cuidador principal desarrolle un cuadro depresivo (26). Además, la presencia de trastornos conductuales, síntomas psicológicos o trastornos en el estado de ánimo o alimenticios podrían influir también sobre el nivel de depresión del cuidador (11,19).

Por último, hemos encontrado una relación entre la capacidad de comunicación del paciente con la sobrecarga del cuidador, de tal manera que, a mayor trastorno del lenguaje, mayor sobrecarga del cuidador (11, 21). Nosotros creemos que este hecho se debe a que a medida que pasa el tiempo estos pacientes dejan de comunicarse con los demás, a diferencia de un nivel de comunicación adecuado en fases iniciales de EA. Esto revela que su cuidador principal se encuentre más sobrecargado al tener que imaginarse lo que quiere hacer o lo que siente el paciente.

CONCLUSIONES

La anosognosia es un síntoma clínico muy frecuente en la enfermedad de Alzheimer.

La memoria inmediata es un predictor importante también de la anosognosia en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

La aparición de depresión en el cuidador principal está relacionada con el grado de anosognosia del propio paciente. Además, los trastornos conductuales y síntomas psicológicos de los sujetos a estudio condicionan un incremento de la ansiedad de la persona que los cuida. Por último, los cuidadores principales se encuentran más sobrecargados cuanto peor es la capacidad de comunicación del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romano MF, Nissen MD, Paredes NMDH, Parquet CA. Enfermedad de Alzheimer. Rev posgrado Vía Cátedra Med. 2007; (175): 9-12.
2. Mercado GR, Benavides JA. Enfermedad de Alzheimer. Rev Paceaña Med Fam. 2009; 6(9): 2-7.
3. Clifford R, Jack JR. Alzheimer Disease: New Concepts on its Neurobiology and the Clinical Role Imagins Will Play. Radiology. 2012 May; 263(2): 344-61.
4. Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. Nat Rev Neurol. 2011 Mar; 7(3): 137-52.
5. Prieto Jurczynska C, Eimil Ortiz M, López de Silanes de Miguel C, Llanero Luque M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Fundación española de enfermedades neurológicas. 2011.
6. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer Disease. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012; 2(8):1-18.
7. García-Alberca JM, Pablo Lara J, González-Barón S, Barbancho MÁ, Porta D, Berthier M. Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(5): 265-70.
8. Mulet B, Sánchez-Casas R, Arrufat MT, Figuera L, Labad A, Rosich M. Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. Psicothema. 2005; 17(2): 250-56.
9. Peinado Portero AI, Garcés de Los Fayos Ruiz EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. Anales de psicología. 1998; 14(1): 83-93.
10. Vargas Escobar LM, Pinto Afanador N. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Av Enferm. 2010 ene-jun; 28(1): 116-28.
11. Garre-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Turón-Estrada A, Hernández-Ferrándiz M, Lozano-Gallego M, et al. Carga del cuidador y síntomas depresivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Evolución a los 12 meses. Rev Neurol. 2002; 34(7): 601-7.
12. Bi X. Alzheimer Disease: Update on Basic Mechanisms. JAOA. 2010; 110(9) Supl 8: S3-9.
13. Llibre Rodríguez JDJ, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med. 1999; 38(2): 134-42.
14. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2003; 41 Supl 2: S13-22.

15. Tondowski M, Kovacs Z, Morin C, Turnbull OH. La asimetría hemisférica y la diversidad de la experiencia emocional en la anosognosia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2008; 169-92.
16. Turró-Garriga O, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J. Evaluación de la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2012; 54(4): 193-8.
17. de Castro Zilli BBC, Damasceno BP. Anosognosia in Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2007; 1: 81-8.
18. Arroyo-Anlló EM, Gil Méndez C. La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(3):181-7.
19. Turró-Garriga O, Conde-Sala JL, Reñé-Ramírez R, López-Pousa S, Gascón-Bayarri J, Garre-Olmo J. Prevalencia de anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *Med Clin (Barc)*. 2013 Jul 3; [Publicado solo en formato electrónico].
20. Linde JMM, Velasco MÁI, Velasco BI. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*. 2005 ene-jun; 15(1): 33-43.
21. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2(7): 332-34.
22. Montañés P, Quintero E. La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer: una aproximación clínica para el estudio de la conciencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39(1): 63-73.
23. Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Lozoya-Delgado P, Fernández-Blázquez MA, Pedrero-Pérez EJ. Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Rev Neurol*. 2010; 51(11): 650-60.
24. Bonis Sanz J, de Hoyos Alonso MC, Llorente García A, Gil García M, Montero Corominas D, de Abajo Iglesias F. Prevalencia de uso de fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y su evolución temporal: un estudio descriptivo con la base de datos de atención primaria BIFAP. *Alzheimer Real Invest Demenc*. 2013; 54: 20-7.
25. Baquero Toledo M. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine*. 2007; 9(77):4936-43.
26. Jódar-Vicente M. Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Rev Neurol*. 2004; 39 (2): 178-82.