

TEMAS SELECTOS EN SALUD MENTAL TOMO 2

Autores:

Jessica Fernanda Flores Enriquez

Danny Xavier Ávila Fray

Andrea Stefania Gómez Gaibor

Jorge Eduardo Grijalva Andrade

José Alberto Pazmiño Campoverde



Temas Selectos en Salud Mental Tomo 2

Temas Selectos en Salud Mental Tomo 2

Jorge Eduardo Grijalva Andrade

Jessica Fernanda Flores Enriquez

Danny Xavier Ávila Fray

Andrea Stefania Gómez Gaibor

José Alberto Pazmiño Campoverde

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-627-88-9

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-88-9>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Julio 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	4
Prólogo	5
Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	6
Jorge Eduardo Grijalva Andrade	6
Trastornos por Consumo de Sustancias	20
Jessica Fernanda Flores Enriquez	20
Psicopatología del Adulto Mayor	31
Danny Xavier Ávila Fray	31
Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo	45
Andrea Stefania Gómez Gaibor	45
Enfermedad de Alzheimer	62
José Alberto Pazmiño Campoverde	62

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos

Jorge Eduardo Grijalva Andrade

Medico Cirujano General por la Universidad UTE
Residente de Psiquiatría en Hospital Especializado
en Salud Mental Terralegre

Introducción:

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, que incluyen delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y trastornos de la conducta. Estos síntomas pueden ser debilitantes y afectar significativamente la capacidad de la persona para funcionar en su vida diaria.

Los delirios son creencias falsas y rígidas que no están respaldadas por evidencia o realidad. Pueden incluir ideas delirantes persecutorias, de grandeza o de control, entre otras. Las alucinaciones son experiencias sensoriales perceptivas que no tienen una base en la realidad, como escuchar voces o ver cosas que no están presentes.(1)

Además de la esquizofrenia, existen otros trastornos psicóticos, como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve y el trastorno psicótico compartido. Estos trastornos comparten características psicóticas similares, como los

delirios y las alucinaciones, pero se diferencian en la duración, la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos y síntomas del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar mientras el trastorno delirante se distingue por la presencia de delirios no extraños y la ausencia de otros síntomas psicóticos significativos. El trastorno psicótico breve es un episodio psicótico agudo y autolimitado que dura menos de un mes. El trastorno psicótico compartido ocurre cuando una persona desarrolla síntomas psicóticos debido a la influencia directa de alguien que ya tiene un trastorno psicótico.(2)

Epidemiología

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. Los síntomas generalmente comienzan en la adolescencia tardía o en adultos jóvenes, por lo general entre los 16 y los 30 años en hombres y entre los 25 y los 30 años en mujeres.

La esquizofrenia afecta tanto a hombres como a mujeres, pero suele aparecer en hombres a una edad ligeramente más temprana.

Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, como antecedentes familiares de la enfermedad, factores genéticos, complicaciones durante el embarazo o el parto, toxinas ambientales, consumo de sustancias psicoactivas y estrés crónico.(3)

Trastorno esquizoafectivo:

La prevalencia del trastorno esquizoafectivo es inferior a la de la esquizofrenia, pero se estima que afecta a aproximadamente el 0,3% de la población. No hay diferencias significativas en cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres.

El trastorno esquizoafectivo se asocia frecuentemente con trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor o el trastorno bipolar.

Trastorno delirante:

El trastorno delirante es menor en comparación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se clasifica

en diferentes subtipos según el tema del delirio, como el erotomaniaco, el celotípico, el somático, el persecutorio, entre otros.

Trastorno psicótico breve:

El trastorno psicótico breve es baja y se considera menos común que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los episodios psicóticos en este trastorno suelen durar menos de un mes, aunque puede haber variaciones. A menudo se desencadena por eventos estresantes o traumáticos, como la pérdida de un ser querido o un estrés extremo.(4)

Fisiopatología:

La teoría dopaminérgica sugiere que hay una hiperactividad de los receptores de dopamina en ciertas áreas del cerebro, lo que puede contribuir a los síntomas positivos de la esquizofrenia, como alucinaciones y delirios. Por otro lado, la teoría glutamatérgica se centra en la disminución de la función del neurotransmisor glutamato, que puede estar relacionada con los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad.

Alteraciones estructurales del cerebro: Los estudios de neuroimagen han revelado diferencias estructurales en el cerebro de las personas con esquizofrenia. Se ha observado una reducción del tamaño del hipocampo, el lóbulo temporal y las regiones frontales. Además, existe evidencia de una disminución en la conectividad funcional entre diferentes áreas cerebrales, lo que puede afectar la integración de la información y la regulación emocional.(5)

Se ha demostrado que la esquizofrenia tiene una base genética significativa. Existen diversos genes implicados en la susceptibilidad a la enfermedad, y se cree que múltiples variantes genéticas interactúan con factores ambientales para aumentar el riesgo de desarrollar la esquizofrenia. Sin embargo, aún no se ha identificado un solo gen responsable de la enfermedad.

Además de los factores genéticos, se ha sugerido que ciertos factores ambientales pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de la esquizofrenia. Estos factores pueden incluir complicaciones durante el embarazo o el parto, exposición a infecciones virales, factores

psicosociales estresantes y el consumo de sustancias psicoactivas, como el cannabis.(6)

Cuadro Clínico:

Síntomas positivos:

Son síntomas adicionales que no se encuentran en individuos sanos. Pueden incluir delirios (creencias falsas y fijas), alucinaciones (percepciones sin una base en la realidad, más frecuentemente auditivas), trastornos del pensamiento (dificultad para organizar y expresar los pensamientos) y trastornos de la conducta (comportamientos extraños o desorganizados).

Síntomas negativos:

Se refieren a una disminución o pérdida de las funciones y capacidades emocionales, sociales y cognitivas normales. Estos pueden incluir aplanamiento afectivo (expresión emocional limitada), anhedonia (incapacidad para experimentar placer), alogia (pobreza del lenguaje), avolición (falta de motivación o interés) y deterioro social.(7)

Trastorno esquizoafectivo:

Síntomas psicóticos:

Los síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones, están presentes durante al menos dos semanas en ausencia de un estado de ánimo elevado o depresivo mayor. Estos síntomas pueden ser similares a los observados en la esquizofrenia.

Síntomas del estado de ánimo:

También se experimentan episodios de trastorno del estado de ánimo, como episodios depresivos o maníacos, junto con los síntomas psicóticos.

Trastorno delirante:

El síntoma principal en este trastorno son los delirios, que son creencias falsas y fijas que persisten a pesar de la evidencia en contrario. Los delirios pueden ser de diferentes tipos, como delirios persecutorios, de grandeza, celotípicos o somáticos, entre otros. Los delirios son diferentes de las creencias culturales o religiosas aceptadas.(8)

Trastorno psicótico breve:

Episodios psicóticos agudos: Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, que duran menos de un mes. Los síntomas pueden aparecer de forma repentina y pueden estar relacionados con eventos estresantes o traumáticos recientes.

Diagnóstico diferencial:

Trastorno delirante: En este trastorno, los síntomas principales son los delirios, que son creencias falsas y fijas que persisten a pesar de la evidencia en contrario. A diferencia de la esquizofrenia, los delirios en el trastorno delirante son únicos y no están acompañados de otros síntomas psicóticos prominentes.

Trastorno esquizoafectivo: Este trastorno se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas psicóticos y síntomas del estado de ánimo, como episodios depresivos o maníacos. A diferencia de la esquizofrenia, en el trastorno esquizoafectivo los síntomas psicóticos

ocurren sólo durante los episodios de cambios del estado de ánimo.

Trastorno psicótico breve: Los episodios psicóticos son de corta duración, generalmente menos de un mes, y pueden estar relacionados con situaciones de estrés o traumáticas recientes. A diferencia de la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve tiende a tener un inicio agudo y un curso autolimitado.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: Este trastorno de personalidad se caracteriza por una forma de pensar y comportarse inusual y excéntrica, así como por dificultades en las relaciones sociales. Aunque puede haber síntomas psicóticos, no son tan intensos ni la función social o ocupacional de la misma manera que en la esquizofrenia.(9)

Tratamiento:

Esta tabla nos muestra ejemplos de opciones de tratamiento utilizadas en el manejo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:

Tabla 1:

Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	Descripción
Medicación antipsicótica	Los antipsicóticos son la base del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Pueden ayudar a reducir los síntomas positivos (delirios, alucinaciones) y algunos síntomas negativos. Existen antipsicóticos típicos y atípicos, y la elección del medicamento dependerá de la situación clínica y las preferencias del paciente.
Terapia psicosocial	La terapia psicosocial, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y la terapia de rehabilitación psicosocial, puede ser beneficiosa para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, y promover la adherencia al tratamiento. También se pueden proporcionar habilidades para la vida y apoyo en la comunidad.
Apoyo social	El apoyo social, incluyendo grupos de apoyo y programas de educación para pacientes y sus familias, puede ser

	invaluable para brindar un entorno de apoyo y comprensión, así como para reducir el estigma asociado con la enfermedad.
Manejo de los efectos secundarios	Los medicamentos antipsicóticos pueden tener efectos secundarios, como aumento de peso, sedación, disfunción sexual, entre otros. El médico puede evaluar y gestionar estos efectos secundarios a través de ajustes en la medicación o la incorporación de medicamentos adicionales.
Tratamiento de comorbilidades	Si el paciente presenta comorbilidades, como trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias, puede ser necesario un tratamiento adicional para abordar estas condiciones de manera integral.
Seguimiento y ajuste del tratamiento	Es esencial realizar un seguimiento regular con el médico para evaluar la respuesta al tratamiento y realizar ajustes si es necesario. La adherencia al tratamiento y la continuidad de la atención son fundamentales para una gestión efectiva a largo plazo.

Es importante destacar que el tratamiento específico y las dosis de los medicamentos deben ser determinados y

basándose en la evaluación clínica y las necesidades individuales del paciente. Además, el enfoque del tratamiento puede variar dependiendo de la gravedad de los síntomas y las preferencias del paciente.(10)

Bibliografía

1. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr-Jun;13(2):95-104. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.01.001.
2. Valle R, Perales A. Self-disorders in Early Stages of the Schizophrenia Spectrum. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019 Oct-Dec;48(4):244-251.
3. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, Meneses-Luna Ó, Quijada-Gaytán JM, Reyes-Madrigal F, Rosado-Franco A, Rosel-Vales M, Saucedo-Uribe E. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac Med Mex*. 2021;157(Supl 4):S1-S12.
4. Silva MA, Restrepo D. Functional Recovery in Schizophrenia. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019 Oct-Dec;48(4):252-260.

5. Soria V, Uribe J, Salvat-Pujol N, Palao D, Menchón JM, Labad J. Psychoneuroimmunology of mental disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2018 Apr-Jun;11(2):115-124.
6. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):236-238. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0010.
7. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr-Jun;13(2):95-104. English, Spanish.
8. García Álvarez L, Gomar JJ, García-Portilla MP, Bobes J. Cannabis use and cognitive impairment in schizophrenia and first-episode psychosis. *Adicciones*. 2019 Apr 1;31(2):89-94.
9. Díaz-Soto CM, Castaño-Pérez GA, Pineda-Salazar DA. Cannabis, schizophrenia and cognition: the contribution of brain connectivity. *Adicciones*. 2020 Feb 6;0(0):1307.
10. de la Fuente-Tomas L, Sánchez-Autet M, García-Álvarez L, González-Blanco L, Velasco Á, Sáiz Martínez PA, Garcia-Portilla MP, Bobes J. Clinical staging in severe mental disorders; bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019 Apr-Jun;12(2):106-115.

Trastornos por Consumo de Sustancias

Jessica Fernanda Flores Enriquez

Médico General Y Cirujano por la Universidad
Central del Ecuador

Médico de Emergencias y Desastres Aeropuerto
Internacional Mariscal Sucre

Introducción:

Los trastornos por consumo de sustancias, también conocidos como trastornos relacionados con sustancias o trastornos adictivos, son sentimientos mentales en las que una persona tiene dificultad para controlar o detener el consumo de una o varias sustancias adictivas, lo que puede resultar en consecuencias negativas para su salud física, mental, social y emocional. Estos trastornos pueden involucrar sustancias como el *alcohol*, la *nicotina*, los *opioides*, la *cocaína*, los *estimulantes*, el *cannabis*, los *alucinógenos* y otras drogas. (1)

Se caracterizan por la presencia de síntomas como la compulsión por consumir la sustancia, la dificultad para controlar el consumo, la aparición de síntomas de abstinencia cuando se reduce o se interrumpe el consumo, y la persistencia en el consumo a pesar de los problemas sociales, ocupacionales, legales o de salud relacionados con la sustancia.

Estos trastornos pueden variar en gravedad, desde una forma leve en la que una persona presenta dificultad para controlar el consumo de una sustancia, hasta una forma

grave en la que el consumo de sustancias se vuelve dominante en la vida de la persona, con consecuencias significativas y potencialmente devastadoras.(2)

Epidemiología:

Los trastornos por consumo de sustancias son un problema de salud pública común en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que más de 275 millones de personas en el mundo consumen drogas ilícitas.

El consumo de alcohol es extensamente extendido, y los trastornos por consumo de alcohol son uno de los trastornos por consumo de sustancias más prevalentes. El consumo de tabaco también es una problemática extendida, y los trastornos por consumo de tabaco son comunes.

El uso de drogas ilícitas varía según la región y la sustancia específica. Las sustancias más comúnmente consumidas son la marihuana (*cannabis*), la cocaína, los opioides (como la heroína) y los estimulantes (como la *metanfetamina*).

Existen varios factores que pueden contribuir al desarrollo de los trastornos por consumo de sustancias, como factores genéticos, factores ambientales, historia familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastornos mentales coexistentes y exposición temprana a las sustancias.

Además, las tasas de prevalencia pueden cambiar con el tiempo debido a cambios en los patrones de consumo y los esfuerzos de prevención y tratamiento. (3)

Fisiopatología:

Las sustancias adictivas, como el alcohol, los opioides y los estimulantes, interactúan con el sistema de recompensa en el cerebro. Estas sustancias aumentan la liberación de *dopamina*, un neurotransmisor asociado con la sensación de placer y recompensa. El aumento de dopamina produce una sensación de gratificación que puede llevar a la búsqueda continua y compulsiva de la sustancia.

El uso crónico de sustancias puede provocar cambios neuroadaptativos en el cerebro. Estos cambios surgen a los circuitos de recompensa y motivación, así como a

otros sistemas neuroquímicos. Con el tiempo, se desarrolla una tolerancia a los efectos de la sustancia, lo que requiere un aumento en la cantidad consumida para obtener el mismo efecto. Además, la abstinencia de la sustancia puede desencadenar síntomas de abstinencia debido a los cambios neuroadaptativos.(4)

La corteza prefrontal, una región del cerebro involucrada en la toma de decisiones, el autocontrol y la regulación emocional, puede verse afectada en los trastornos por consumo de sustancias. Esta disfunción puede contribuir a la falta de control ya la dificultad para detener el consumo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas.

Existen evidencias de que los trastornos por consumo de sustancias tienen una base genética. Se han identificado genes asociados con la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos. Sin embargo, también se reconoce la importancia de los factores ambientales, como la exposición temprana a sustancias, el entorno familiar y

el estrés, en la manifestación de los trastornos por consumo de sustancias.(5)

Cuadro clínico:

Tabla N 1

Trastorno por Consumo de Sustancias	Síntomas y Signos
Deseo intenso de consumir la sustancia	Fuerte deseo o compulsión de consumir la sustancia de manera recurrente, dificultad para resistir el consumo y pensamientos frecuentes relacionados.
Pérdida de control	Incapacidad para controlar la cantidad o frecuencia de consumo, consumo en exceso o durante períodos más largos de lo planeado.
Tolerancia	Necesidad de aumentar la cantidad de sustancia consumida para obtener los mismos efectos deseados.
Síndrome de abstinencia	Síntomas físicos y emocionales desagradables que ocurren cuando se reduce o se interrumpe el consumo de la sustancia.
Deterioro del funcionamiento	Problemas en las áreas ocupacionales, sociales o personales debido al consumo de sustancias, como

	dificultades en el trabajo o en las relaciones.
Abandono de actividades	Abandono gradual de actividades y responsabilidades previas debido al consumo de sustancias, falta de interés en actividades previamente disfrutadas.
Continuar consumiendo a pesar de las consecuencias negativas	Continuar consumiendo sustancias a pesar de las dificultades que causa en la salud física, mental o en las relaciones personales.
Aislamiento social	Retraimiento social, falta de participación en actividades sociales o pérdida de relaciones significativas debido al consumo de sustancias.
Pérdida de interés	Pérdida de interés en actividades que antes eran importantes o placenteras, concentración reducida y disminución de la motivación.
Negación del problema	Resistencia o negación de tener un problema con el consumo de sustancias, minimización de las consecuencias negativas asociadas.

Es importante destacar que esta tabla solo proporciona ejemplos de síntomas y signos comunes asociados al Trastorno por consumo de sustancias. Cada persona

puede experimentar diferentes síntomas y la gravedad de los mismos puede variar.(6)

Diagnóstico:

El diagnóstico de trastorno por uso de sustancias se basa en la identificación de un patrón patológico de comportamientos en el que los pacientes continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con su uso.(7)

Tratamiento:

En casos de dependencia física severa, es posible que se requiera un programa de desintoxicación supervisado médicamente para manejar los síntomas de abstinencia y ayudar a eliminar la sustancia del cuerpo de manera segura.

La terapia psicoterapéutica, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), puede ser efectiva en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Ayuda a identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento asociados con el consumo de sustancias, desarrollar habilidades de

afrentamiento saludables y establecer metas de abstinencia.(8)

La participación en grupos de apoyo, como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA), puede brindar un entorno de apoyo y camaradería con personas que se encuentran en situaciones similares. Estos grupos proporcionan un espacio seguro para compartir experiencias y recibir apoyo emocional durante el proceso de recuperación.

En algunos casos, se pueden utilizar medicamentos para ayudar a controlar los síntomas de abstinencia, reducir los deseos de consumir sustancias y mantener la abstinencia a largo plazo. Los medicamentos utilizados varían según la sustancia y el individuo, y pueden incluir medicamentos para el alcohol, opioides y tabaco, entre otros.(9)

Si hay trastornos mentales adicionales, como trastornos de ansiedad o depresión, es fundamental tratarlos de manera integral. El tratamiento de las condiciones de salud mental coexistentes puede mejorar los resultados generales y reducir la probabilidad de recaídas.

Los programas de rehabilitación y los programas de reintegración social y laboral pueden ayudar a las personas a reconstruir su vida después de la adicción. Estos programas pueden ofrecer apoyo en la búsqueda de empleo, habilidades para la vida diaria y ayuda para reconstruir relaciones interpersonales.(10)

Bibliografía

1. Martínez JW, Cardona-Miranda L, Barbosa-Gantiva Ó, Martínez MA, Álvarez JF, López JA, Chica CD, Restrepo-Rojas S, Naranjo Y, Marín-Medina DS. Tobacco consumption in the population of Risaralda, Colombia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020;58(4):408-416. English.
2. Espandian A, Flórez G, Peleteiro LF, Tajés M, Sáiz PA, Villa R, Bobes J. Intervention strategies in the prevention of suicidal behavior in substance use disorders patients in times of COVID-19. *Adicciones.* 2021 Jul 1;33(3):185-192.
3. Schumm JA, Renno S. Implementing Behavioral Couples Therapy for Substance Use Disorders in Real-World Clinical Practice. *Fam Process.* 2022 Mar;61(1):
4. Fernández-Miranda JJ, Fontoba-Díaz J, Díaz-Fernández S, Pascual-Pastor F. Co-occurrence of substance use disorders and other mental disorders in people undergoing specific treatment for any of them in Spain. *Adicciones.* 2021 Nov 24

5. Igo D, Jones L, Maidana DE, Krausz M, Kestel D. Carga de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio y prioridades de salud mental en Argentina [The burden of mental disorders, neurological, substance use and suicide: Report on mental health priorities in Argentina]. *Vertex*. 2018 Nov;XXIX(142):304-312.
6. Scoppetta O, Avendaño Prieto BL, Cassiani Miranda C. Individual Factors Associated with the Consumption of Illicit Substances: a Review of Reviews. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020 May 28;S0034-7450(20)30030-5.
7. Espandian A, Flórez G, Peleteiro LF, Tajés M, Sáiz PA, Villa R, Bobes J. Intervention strategies in the prevention of suicidal behavior in substance use disorders patients in times of COVID-19. *Adicciones*. 2021 Jul 1;33(3):185-192.
8. Simancas Pallares M. Editorial Comment on "Factors Related to Psychoactive Substance use in an Educational Institution in Jamundí Valle, Colombia". *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2018 Jan-Mar;47(1):2-3.
9. Schumm JA, Renno S. Implementing Behavioral Couples Therapy for Substance Use Disorders in Real-World Clinical Practice. *Fam Process*. 2022 Mar;61(1):25-42.
10. Cyran A, Piotrowski P, Samochowiec J, Grąźlewski T, Misiak B. Risk factors of deficit and non-deficit schizophrenia: Results from a cross-sectional study. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2022 Oct-Dec;15(4):223-229.

Psicopatología del Adulto Mayor

Danny Xavier Ávila Fray

Psicólogo Clínico Obtenido en la Universidad
Nacional de Chimborazo

Maestría en Psicología Clínica Mención
Psicoterapia Obtenido en la Universidad Técnica de
Ambato

Docente de la Escuela Superior Politécnica de
Chimborazo

Introducción:

La psicopatología del adulto mayor se refiere al estudio de los trastornos mentales y las enfermedades psiquiátricas que pueden afectar a las personas mayores. A medida que envejecemos, es común que se presenten cambios tanto físicos como mentales, y algunos de estos cambios pueden manifestarse como síntomas psicopatológicos.

Los trastornos psicopatológicos más comunes en los adultos mayores incluyen la depresión geriátrica, el trastorno de ansiedad, la demencia (como la enfermedad de Alzheimer), los trastornos del sueño, los trastornos delirantes y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, así como en su funcionamiento diario y su bienestar emocional.(1)

Es importante tener en cuenta que el envejecimiento no es, no obstante, un factor causal de la psicopatología en los adultos mayores. Otros factores como la genética, la historia médica, los cambios sociales y ambientales, el estrés, las enfermedades crónicas y el uso de

medicamentos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en esta etapa de la vida.

El tratamiento de la psicopatología en los adultos mayores generalmente implica un enfoque multidisciplinario que incluye medicación, psicoterapia, apoyo social y cambios en el estilo de vida. Es fundamental que los profesionales de la salud, como los médicos psiquiatras, realicen una evaluación exhaustiva y personalizada para determinar el diagnóstico adecuado y desarrollar un plan de tratamiento adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.(2)

Epidemiología:

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores varía según el trastorno específico y los criterios de diagnóstico utilizados. Sin embargo, se estima que entre el 15% y el 25% de los adultos mayores experimentan algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Las tasas de depresión pueden ser aún mayores en aquellos que sufren de enfermedades médicas crónicas o que viven en instituciones de cuidado a largo plazo.

Existen varios factores de riesgo asociados con la psicopatología en el adulto mayor, como la presencia de enfermedades médicas crónicas, el deterioro cognitivo, la pérdida de seres queridos, el aislamiento social, la falta de apoyo familiar y la disminución de la autonomía.(3)

Fisiopatología:

A medida que envejecemos, ocurren cambios neurobiológicos en el cerebro. Estos cambios incluyen la reducción del volumen cerebral, la disminución de la neurotransmisión y los cambios de los sistemas de señalización neuronal. Estos cambios pueden afectar la regulación del estado de ánimo, el procesamiento cognitivo y emocional, y contribuir al desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Existen evidencias de que la genética desempeña un papel en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en el adulto mayor. Algunos estudios han encontrado una predisposición genética a la depresión ya los trastornos de ansiedad, lo que sugiere la existencia de factores

hereditarios que pueden aumentar el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

Los trastornos psiquiátricos en el adulto mayor están asociados con alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, como la serotonina, la dopamina y el *ácido gamma-aminobutírico* (GABA). Estos cambios pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos, ansiosos o cognitivos en esta población.(4)

Se ha sugerido que el estrés oxidativo y la neuroinflamación desempeñan un papel en la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos en el adulto mayor. El estrés oxidativo se refiere al desequilibrio entre los antioxidantes y los radicales libres en el organismo, lo que puede dañar las células cerebrales. La neuroinflamación se caracteriza por la respuesta inflamatoria crónica en el sistema nervioso central y se ha relacionado con trastornos como la depresión y la demencia.

Los adultos mayores a menudo experimentan una mayor prevalencia de enfermedades médicas crónicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades neurodegenerativas. Estas enfermedades pueden estar

relacionadas con la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos en el adulto mayor, ya que los cambios fisiológicos y la inflamación asociada con estas enfermedades pueden afectar el funcionamiento cerebral y contribuir al desarrollo de trastornos psiquiátricos.(5)

Diagnóstico:

Un diagnóstico adecuado requiere una evaluación detallada de los síntomas, antecedentes médicos y psiquiátricos, y posiblemente pruebas adicionales. A continuación, te presento algunos diagnósticos comunes en la psicopatología del adulto mayor:

Depresión mayor:

Se caracteriza por la presencia de al menos cinco síntomas principales durante un período de dos semanas o más, incluyendo tristeza persistente, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Trastornos de ansiedad:

Pueden incluir trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático o fobias específicas. Estos trastornos se caracterizan por una preocupación o miedo excesivo y persistente, ataques de pánico, evitación de situaciones temidas, cambios en el sueño y síntomas físicos relacionados con la ansiedad.(6)

Trastorno de estrés postraumático (TEPT):

Se produce después de haber experimentado o presenciado un evento traumático y se caracteriza por la aparición de síntomas intrusivos, como recuerdos o pesadillas recurrentes del evento, evitación de estímulos relacionados y reactividad aumentada, como hipervigilancia o sobresaltos exagerados .

Trastorno neurocognitivo (demencia):

Engloba un grupo de trastornos caracterizados por déficits cognitivos significativos, como pérdida de memoria, dificultades en el lenguaje, alteraciones en la función ejecutiva, deterioro en la capacidad de

razonamiento y cambios en la personalidad. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia en los adultos mayores.

Trastorno delirante:

Se caracteriza por la presencia de creencias falsas y persistentes que no se corresponden con la realidad. Estas creencias delirantes pueden ser de persecución, celos, grandeza o somáticas, y pueden llevar a un deterioro significativo en el funcionamiento diario.

Es importante destacar que estos son solo algunos ejemplos de trastornos psiquiátricos que pueden afectar a los adultos mayores. Cada individuo es único y puede presentar una combinación de síntomas y características específicas.(7)

Diagnóstico diferencial:

La depresión mayor puede presentar síntomas similares a los de la demencia, como la pérdida de memoria, la dificultad para aumentar y los cambios en el estado de ánimo. Sin embargo, en la depresión mayor, los síntomas depresivos son prominentes y pueden mejorar con el

tratamiento adecuado, mientras que en la demencia, los déficits cognitivos son más progresivos y no están relacionados con el estado de ánimo.

Al igual que en el caso de la depresión, la ansiedad puede presentar síntomas cognitivos similares a los de la demencia, como dificultades de memoria y concentración. Sin embargo, en el trastorno de ansiedad, los síntomas de ansiedad son la característica principal y pueden mejorar con el tratamiento, mientras que en la demencia, los déficits cognitivos son más amplios y progresivos.

El delirium es un estado de confusión aguda que puede presentarse en los adultos mayores debido a enfermedades médicas, infecciones o efectos secundarios de medicamentos. Aunque puede haber cierta superposición de síntomas con la demencia, el delirio se caracteriza por un inicio rápido de los síntomas y fluctuaciones en el nivel de conciencia. Una evaluación médica exhaustiva puede ayudar a distinguir entre delirio y demencia.

El TEPT puede presentarse en los adultos mayores que han experimentado o presenciado un evento traumático. Los síntomas de TEPT, como recuerdos intrusivos del trauma, evitación de estímulos relacionados y reactividad aumentada, pueden superponerse con los síntomas de depresión o ansiedad. Una evaluación cuidadosa puede ayudar a diferenciar entre estos trastornos.(8)

Tratamiento:

Es importante recordar que cada persona es única y cualquier tratamiento debe ser personalizado según las necesidades individuales. Si estás preocupado por tu salud mental o la de alguien más, te insto a que busques la ayuda de un profesional de la salud capacitado.

El tratamiento de la psicopatología en adultos mayores generalmente implica un enfoque multidisciplinario que incluye la colaboración entre médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud. Aquí hay algunos aspectos clave que se pueden considerar en el tratamiento:

Se hará una evaluación completa de la salud mental y física del adulto mayor para determinar el diagnóstico y el plan de tratamiento adecuado. Esto puede implicar entrevistas clínicas, pruebas cognitivas y evaluaciones médicas.

La terapia individual o grupal puede ser beneficiosa para abordar los problemas emocionales y psicológicos en los adultos mayores. La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ayudar a identificar y cambiar los pensamientos y patrones de comportamiento negativos. Otras formas de terapia, como la terapia de apoyo y la terapia de reminiscencia, también pueden ser útiles.(9)

En algunos casos, se pueden recetar medicamentos psiquiátricos para tratar trastornos mentales específicos, como la depresión, la ansiedad o los trastornos del sueño. Un médico psiquiatra es el especialista capacitado para determinar si se necesita medicación y qué medicamentos son los más apropiados.

El aprendizaje de técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento puede ser útil para manejar el estrés y mejorar el bienestar emocional. Esto puede incluir técnicas de respiración, meditación, ejercicio regular y

participación en actividades que proporcionen una sensación de satisfacción y propósito.

Fomentar la participación en actividades sociales y comunitarias puede ayudar a reducir el aislamiento y promover la salud mental. Los adultos mayores pueden aumentar la interacción con sus pares, participar en grupos de apoyo y recibir el apoyo de familiares y amigos.(10)

Bibliografía

1. Martínez-Luna NG, Rodríguez-Cintas L, Esojo A, Palma-Álvarez RF, Robles-Martínez M, Grau-López L, Perea M, Roncero C. Harm reduction program use, psychopathology and medical severity in patients with methadone maintenance treatment. *Adicciones*. 2018 Jan 15;30(3):197-207.
2. Gatta M, Spoto A, Miscioscia M, Valentini P, Donadel ME, Del Col L, Zanato S, Traverso A, Ferruzza E. Emozioni, comportamenti e relazioni: uno studio caso-controllo sul self-cutting in adolescenza. *Riv Psichiatr*. 2019 Jul-Aug;54(4):175-182.
3. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, Salum GA, Schuch FB. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and

- stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017 Mar;249:102-108. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.020.
4. Gogberashvili T, Goikolea JM, Gotlib IH, Goya-Maldonado R, Grabe HJ, Green MJ, Grevet EH, Groenewold NA, Grotegerd D, Gruber O, Gruner P, Guerrero-Pedraza A, Gur RE, Gur RC, Haar S, Haarman BCM, Haavik J, Hahn T, Hajek T, Harrison BJ, Harrison NA, Hartman CA, Whalley HC, Heslenfeld DJ, Hibar DP, Hilland E, Hirano Y, Ho TC, Lesch KP, Lochner C, *JAMA Psychiatry.* 2021 Jan 1;78(1):47-63.
 5. Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020 Jan-Mar;42(1):92-101. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0033.
 6. Ciasca EC, Ferreira RC, Santana CLA, Forlenza OV, Dos Santos GD, Brum PS, Nunes PV. Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry.* 2018 Jul-Sep;40(3):256-263. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2250. Epub 2018 Feb 1.
 7. Moraes HS, Silveira HS, Oliveira NA, Matta Mello Portugal E, Araújo NB, Vasques PE, Bergland A, Santos TM, Engedal K, Coutinho ES, Schuch FB, Laks J, Deslandes AC. Is Strength Training as Effective as Aerobic Training for Depression in Older Adults? A Randomized Controlled Trial. *Neuropsychobiology.* 2020;79(2):141-149.

8. Ortiz-Guzmán JA, Ibarra-Alcantar MC, Alvarado-Cruz FJ, Graciano-Morales H, Jiménez-Genchi A. Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. *Gac Med Mex*. 2018;154(3):295-301.
9. Abelairas-Gómez C, Carballo-Fazanes A, Martínez-Isasi S, López-García S, Rico-Díaz J, Rodríguez-Núñez A. Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores [Knowledge and attitudes on first aid and basic life support of Primary and Preschool teachers and parents]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020 May;92(5):268-276.
10. Chen R, Wang X, Anderson CS, Robinson T, Lavados PM, Lindley RI, Chalmers J, Delcourt C. Infratentorial Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*. 2019 May;50(5):1257-1259.

Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo

Andrea Stefania Gómez Gaibor

Psicóloga Clínica Obtenido por la Universidad
Nacional de Chimborazo

Maestría en Psicología Mención en Psicoterapia
Obtenido en la Universidad Técnica de Ambato

Psicóloga Clínica para el Ministerio de Salud
Pública del Ecuador

Introducción:

Los trastornos de ansiedad son condiciones psiquiátricas caracterizadas por sentimientos intensos y persistentes de preocupación, miedo o aprensión. Estos sentimientos de ansiedad son desproporcionados en relación con la situación y pueden afectar significativamente con la vida diaria de una persona.

Algunos ejemplos comunes de trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las fobias específicas. (1)

Los trastornos del estado de ánimo, también conocidos como trastornos afectivos, son condiciones psiquiátricas en las que una persona experimenta cambios anormales o persistentes en su estado emocional y en su nivel de energía. Los trastornos del estado de ánimo más comunes son la depresión y el trastorno bipolar.

La depresión se caracteriza por una sensación abrumadora de tristeza, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades de

concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El trastorno bipolar involucra cambios extremos en el estado de ánimo, que oscilan entre episodios de depresión y episodios de manía o hipomanía, donde la persona experimenta un estado de ánimo elevado, impulsividad y una energía excesiva. (2)

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor del 3,6% de la población mundial sufre de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en algún momento de sus vidas.

Las tasas de trastornos de ansiedad son más altas en las mujeres que en los hombres. Estos trastornos pueden comenzar en la infancia, pero generalmente se diagnostican en la adolescencia o la adultez temprana.

Los trastornos de ansiedad pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida, la capacidad para trabajar o estudiar, las relaciones interpersonales y la salud física.

Mientras los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y el trastorno bipolar, también son bastante comunes. Según la OMS, la depresión afecta aproximadamente al 4,4% de la población mundial, y el trastorno bipolar tiene una prevalencia estimada de alrededor del 2,4%.(3)

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Los trastornos del estado de ánimo pueden comenzar en cualquier edad, pero a menudo se diagnostican en la adolescencia o la adultez temprana.

Los trastornos del estado de ánimo pueden tener un impacto significativo en el funcionamiento diario, las relaciones, el rendimiento académico o laboral, y aumentar el riesgo de suicidio.

Es importante destacar que estos datos son estimaciones generales y las tasas de prevalencia pueden variar según los estudios y las poblaciones específicas. (3)

Fisiopatología:

Se cree que los desequilibrios en los neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los

trastornos de ansiedad. Se ha observado que los niveles bajos de GABA, que es un neurotransmisor inhibitor, están asociados con la ansiedad.

El sistema límbico, que incluye estructuras como la amígdala y el hipocampo, desempeña un papel importante en la respuesta emocional y el procesamiento del miedo. Se cree que la hiperactividad de la amígdala y la disfunción en la regulación de las respuestas emocionales pueden contribuir a los trastornos de ansiedad.

Existe evidencia de que los factores genéticos pueden aumentar la susceptibilidad a los trastornos de ansiedad. Además, los factores ambientales, como experiencias traumáticas o estresantes en la vida, pueden desencadenar o contribuir al desarrollo de la ansiedad en individuos vulnerables.(4)

Trastornos del estado de ánimo:

La disfunción en los neurotransmisores, en particular la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, se ha asociado con los trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, en la depresión, se cree que hay una

disminución en la disponibilidad de estos neurotransmisores en ciertas áreas del cerebro.

La disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que regula la respuesta al estrés y la producción de cortisol, ha estado implicada en los trastornos del estado de ánimo. Se ha observado que los niveles elevados de cortisol están asociados con la depresión.

Existe evidencia de que la predisposición genética puede jugar un papel en los trastornos del estado de ánimo. Además, los factores ambientales, como el estrés crónico, los eventos traumáticos o la pérdida, pueden desencadenar o contribuir al desarrollo de los trastornos del estado de ánimo en personas susceptibles.(5)

Cuadro Clínico:

Tabla N 1

Trastorno	Características Clínicas
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Preocupación y ansiedad excesiva y persistente sobre diversas situaciones y eventos. Síntomas físicos como fatiga, inquietud, dificultad para concentrarse y tensión muscular.

Trastorno de Pánico	Ataques de pánico recurrentes e inesperados, acompañados de síntomas físicos intensos como palpitaciones, dificultad para respirar, mareos y sensación de muerte inminente.
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	Desarrollo de síntomas después de haber experimentado o presenciado un evento traumático. Síntomas incluyen flashbacks, pesadillas, evitación de lugares o situaciones relacionadas, y cambios en el estado de ánimo y la cognición.
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	Presencia de obsesiones recurrentes y compulsiones que se realizan en respuesta a las obsesiones para reducir la ansiedad. Las obsesiones son pensamientos o imágenes intrusivas y las compulsiones son comportamientos repetitivos y ritualizados.
Trastorno de Ansiedad Social (TAS)	Miedo intenso y persistente a situaciones sociales o de desempeño donde la persona teme ser juzgada o humillada. Síntomas incluyen rubor,

	sudoración, temblores y dificultad para hablar.
Trastorno Depresivo Mayor	Estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer en actividades, junto con síntomas como cambios en el apetito y el sueño, fatiga, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio.
Trastorno Bipolar	Episodios alternantes de depresión y manía. En la fase maníaca, la persona experimenta un estado de ánimo elevado, hiperactividad, disminución de la necesidad de sueño y comportamientos impulsivos.
Trastorno de Ansiedad por Separación	Miedo o ansiedad excesiva al separarse de las figuras de apego, lo que puede resultar en dificultades para ir a la escuela, dormir solo o estar lejos de personas conocidas.
Trastorno de Adaptación	Síntomas emocionales y comportamentales en respuesta a un evento estresante identificable, como problemas en el trabajo, cambios en la relación o una enfermedad grave.

Es importante destacar que esta tabla proporciona una visión general de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero cada paciente puede presentar una combinación única de síntomas y la gravedad de los trastornos puede variar. (6)

Diagnóstico:

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):

- Excesiva preocupación y ansiedad la mayor parte del tiempo durante al menos 6 meses.
- Dificultad para controlar la preocupación.
- Presencia de síntomas físicos como inquietud, fatiga, dificultad para aumentar, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

Trastorno de pánico:

- Ataques de emergencias recurrentes e inesperadas, seguidas de al menos un mes de preocupación persistente acerca de tener otro ataque o sus consecuencias.
- Presencia de síntomas físicos intensos durante los ataques de pánico, como palpitaciones, sudoración,

temblores, dificultad para respirar, sensación de asfixia, mareos o desmayos.

Fobia social:

- Miedo intenso y persistente a situaciones sociales en las que el individuo puede ser observado o juzgado negativamente por otros.
- Evitación de situaciones sociales o malestar intenso al enfrentarlas.
- Reconocimiento de que el miedo es excesivo o irracional.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT):

- Exposición directa o indirecta a un evento traumático que involucra amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual.(7)
- Presencia de recuerdos intrusivos, pesadillas, flashbacks o reacciones físicas y emocionales intensas ante estímulos relacionados con el evento traumático.

- Evitación de estímulos asociados al trauma, pensamientos negativos persistentes, cambios cognitivos y emocionales negativos.

Trastornos del estado de ánimo:

Depresión mayor:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 semanas.
- Pérdida de interés o placer en actividades diarias.
- Presencia de síntomas como cambios en el apetito y el peso, trastornos del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.(8)

Trastorno bipolar:

- Presencia de episodios recurrentes de depresión mayor alternados con episodios de manía o hipomanía.
- Durante los episodios maníacos: estado de ánimo eufórico o irritable, aumento de la energía, disminución de la necesidad de sueño,

comportamiento impulsivo, pensamientos acelerados y grandiosidad.

- Durante los episodios depresivos: síntomas similares a la depresión mayor.

Diagnóstico diferencial:

A veces, la depresión puede presentarse con síntomas ansiosos, pero en la depresión mayor, el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés son los síntomas principales.

- Trastorno de pánico o Enfermedad cardíaca: Los ataques de pánico pueden presentar síntomas físicos similares a los de una enfermedad cardíaca. Es importante descartar causas físicas antes de hacer un diagnóstico de trastorno de pánico.
- Fobia social o trastorno de personalidad evitativa: La fobia social implica miedo a situaciones sociales específicas, mientras que el trastorno de personalidad evitativa se caracteriza por una evitación generalizada de situaciones sociales debido a un miedo excesivo a la crítica o el rechazo.

Trastornos del estado de ánimo:

- Depresión mayor o duelo normal: Es importante distinguir entre la depresión mayor y el duelo normal después de una pérdida. El duelo normal generalmente se resuelve con el tiempo y no se considera un trastorno psiquiátrico.
- Trastorno bipolar o Trastorno límite de la personalidad: Los episodios maníacos en el trastorno bipolar pueden confundirse con la impulsividad y la inestabilidad emocional en el trastorno límite de la personalidad. La duración y la fluctuación del estado de ánimo son aspectos importantes para diferenciarlos.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad:

Terapia psicoterapéutica:

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Es una forma de terapia que ayuda a identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento negativos asociados con la ansiedad. La TCC puede incluir técnicas como la exposición gradual a los temores y el aprendizaje de habilidades de manejo del estrés.(9)

Medicación:

Antidepresivos y ansiolíticos: Algunos medicamentos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los benzodiazepinas, pueden ser recetados para reducir los síntomas de la ansiedad. Es importante discutir los posibles beneficios y efectos secundarios de los medicamentos con un médico.

Técnicas de relajación y manejo del estrés:

Prácticas de relajación, como la respiración profunda, la meditación y la atención plena, pueden ayudar a reducir la ansiedad y promover una sensación de calma.

El manejo del estrés mediante cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable, ejercicio regular, sueño adecuado y evitando el consumo de sustancias estimulantes, también puede ser beneficioso.

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo:

Terapia psicoterapéutica:

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Puede ayudar a identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos asociados con la depresión y el trastorno

bipolar. La TCC también puede proporcionar habilidades para afrontar y mejorar el estado de ánimo.

Medicación:

Los medicamentos antidepresivos, como los ISRS, pueden ser recetados para tratar la depresión. Para el trastorno bipolar, los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio o los anticonvulsivos, pueden ayudar a estabilizar los cambios de humor.

Apoyo social y educación:

Participar en grupos de apoyo o terapia de grupo puede brindar apoyo emocional y oportunidades para compartir experiencias con otras personas que atraviesan problemas similares.(10)

Bibliografía

1. Kusters MSW, Pérez-Crespo L, Canals J, Guxens M. Lifetime prevalence and temporal trends of incidence of child's mental disorder diagnoses in Catalonia, Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021 Mar 9:S1888-9891(21)00031-8
2. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Psychiatric

- disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020 Oct-Dec;49(4):279-288.
3. Langarita-Llorente R, Gracia-Garcia P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revision sistematica [Neuropsychology of generalized anxiety disorders: a systematic review]. *Rev Neurol*. 2019 Jul 16;69(2):59-67.
 4. Gómez Candela C, Pérez Rodrigo C, Campos Del Portillo R. Resumen ejecutivo del documento de consenso para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN [Executive summary of the consensus document for the prevention of the eating disorders SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN]. *Nutr Hosp*. 2022 Aug 26;39(Spec No2):3-7.
 5. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2018 Jan-Mar;47(1):46-55.
 6. Ortiz-Guzmán JA, Ibarra-Alcantar MC, Alvarado-Cruz FJ, Graciano-Morales H, Jiménez-Genchi A. Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. *Gac Med Mex*. 2018;154(3):295-301.
 7. Sáiz PA, Flórez G, Arrojo M, Bernardo M, González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Cunill R, Castells X, Becoña E, López A, Torrens M, Fonseca F, Tirado-Muñoz J, Arranz B, Garriga M, San L. Clinical practice guideline on pharmacological and

- psychological management of adult patients with an anxiety disorder and comorbid substance use. *Adicciones*. 2022 Apr 1;34(2):157-167.
8. Menchon JM, Bobes J, Alamo C, Alonso P, García-Portilla MP, Ibáñez Á, Real E, Bousoño M, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J. Pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder in adults: A clinical practice guideline based on the ADAPTE methodology. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019 Apr-Jun;12(2):77-91.
 9. Meza N, Leyton F. Vortioxetine for generalised anxiety disorder in adults. *Medwave*. 2021 Apr 28;21(3):e8172. Spanish, English.
 10. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020 [Common mental disorders in primary care: diagnostic and therapeutic difficulties, and new challenges in prediction and prevention. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit*. 2020;34 Suppl 1:20-26.

Enfermedad de Alzheimer

José Alberto Pazmiño Campoverde

Médico por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

1. IRN Hospital General Guasmo Sur/Guayaquil
rotaciones: medicina interna, ginecología, pediatría, medicina comunitaria en el periodo (2019-2020)
2. Médico Rural Hospital Básico de Saraguro/Loja
Cargo triage sintomático respiratorio y hospitalización de covid (periodo 2020-2021)
3. Medicina General Consultorio Privado (periodo 2021-2023) cargo área de pie diabético

Definición

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurológico, cognitivo, progresivo que produce alteraciones cerebrales caracterizado por la pérdida de la memoria, causadas por un deceso neuronal. Se considera una demencia, afectando la calidad de vida de una persona transitoriamente en el envejecimiento normal, considerada una principal causa de discapacidad que afecta de forma gradual las actividades diarias de las personas y sus supervisores perdiendo relativamente su independencia.(1)

El deterioro cognitivo se caracteriza por la alteración en la memoria y se ve afectado el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, el aprendizaje, el cálculo, sueño y la toma de decisiones. Las deficiencias de las habilidades cognoscitivas están acompañadas, y generalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. (2)

Epidemiología

La enfermedad de Alzheimer es considerada la forma más frecuente de demencia, es decir el 60% y 70% de los casos en general son de dicho grupo. (3)

La demencia es causada por diversas lesiones que afectan al cerebro de forma progresiva y crónica primaria o secundaria, irreversible que se manifiesta principalmente a medida que la edad avanza. La OMS la declaró como una prioridad para la salud pública mundial, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la considera una prioridad en la salud mental. (4,2)

Se calcula que entre un promedio de 10% de la población universal de 60 años o más sufre demencia en el transcurso de su vida. La demencia afecta a nivel mundial aproximadamente a 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. En Ecuador existen cerca de 100.000 personas con demencia. Cada año se individualizan cerca de 10 millones de casos nuevos. Según la OMS se pronostica que el número total de personas se proyecte los 82 millones en 2030 y 152

millones en 2050, debido a la evidencia estadística del incremento poblacional y envejecimiento demográfico.

(4)

Es una patología que de forma indirecta afecta a los familiares de primer grado y convivientes de la persona con Alzheimer, al menos a 7 personas de círculo familiar se ven afectadas, condicionando su abandono laboral debida a la sobrecarga (psicológica y económica) que demanda el cuidado de los mismos. (4)

En el mundo se produce un nuevo caso cada tres segundos. En el 2018 se evidenció que alrededor de un tercio de los pacientes con Alzheimer hubo una correlación con el estilo de vida, con factores como la dieta, el ejercicio físico, la educación e incluso con golpes en la cabeza, y los hábitos tóxicos como tabaquismo, el alcohol. (2)

En América Latina la prevalencia ocurre entre 6 y 6,5 por cada 100 adultos mayores de 60 años y más. Los continentes mundiales con cifras más altas de demencia son Asia Oriental con 9,8 millones, Europa Occidental

con 7,4 millones, Asia 5,1 millones y Norteamérica 4,8 millones. (2)

En Europa y América, se refleja el número de casos en personas de entre 80 y 89 años, en Asia entre personas de 75 y 84 años, y en África en aquellos habitantes entre 65 y 74 años. (2)

En la última década los estudios epidemiológicos mundiales han permitido cuantificar la contribución del Alzheimer y las demencias con relación a la mortalidad. El riesgo atribuible a la proporción de muertes en la población general mayor de 60 años se lograría evitar si se eliminara la demencia en general, es mayor al 10%. De acuerdo con los resultados del *Global Burden Disease Study*, escalaron y sobrepasaron en escala entre las 50 principales causas de mortalidad. (2)

Fisiopatología

En la enfermedad de Alzheimer existe deterioro crónico del sistema colinérgico. Primordialmente afecta las áreas cognitivas destacando el área temporal e hipocampo; éstas tienen relación con la memoria y el aprendizaje, donde se ve comprometida cardinalmente en el

hipocampo y la corteza, perdiendo de manera irreversible su conexión esencial. (5)

Existe una disminución de la transparencia y fibrosis de las leptomeninges, con grandes lagunas subaracnoideas por los espacios dejados entre los surcos cerebrales. El cerebro se torna pálido y pierde relativamente su peso (aproximadamente de acuerdo a estudios se evidencio 1% de su peso corporal por año) y con atrofia bilateral y simétrica de los hemisferios, disminución del espesor de las circunvoluciones, los surcos que se profundizan puede existir un aumento del volumen de los ventrículos y ocasionalmente se presentan cambios en la sustancia blanca subcortical. (5)

Existen características patológicas relevantes de la enfermedad de Alzheimer entre las que se incluyen las placas seniles existen depósitos de fragmentos de proteína 6 beta-amiloide extracelular y de las proteínas TAU los filamentos helicoidales enrollados con degeneración neurofibrilar intracelular en pares conllevando a la pérdida de sinapsis y muerte neuronal en cúmulo, lo que provoca una evidente atrofia

macroscópica del cerebro predominantemente el encéfalo por lo general partiendo desde el lóbulo temporal mesial que muestra signos de esclerosis desencadenando todo un proceso de respuesta celular negativo. (6)

Existen diversas teorías sobre la causa del daño en el conjugamiento del péptido beta-amiloide y los ovillos neurofibrilares:

- Variable **amiloide** propone que el depósito progresivo de beta-amiloide en el encéfalo reúne múltiples eventos que ocasionan la muerte de las células neuronales, la pérdida de sinapsis neuronales, y déficits progresivos de neurotransmisores; contribuyen a manifestar la sintomatología clínica. (6)
- Variable **de priones** una proteína encefálica normal denominada prión no se pliega adecuadamente transformándose en una forma patógena denominada prión, mismo que induce incita a otras proteínas priónicas a plegarse mal de manera similar, produciendo un conjunto anormal de proteínas conduciendo al daño cerebral. Una hipótesis

describe que el beta-amiloide en las dos proteínas celulares que conforman cada uno tiene propiedades autorreplicantes como priones. (6)

Y es donde empieza el daño y alteración de las células que procesan, almacenan información y se comunican con otras, perdiendo progresivamente su capacidad de cumplir su determinada función y mueren. Las placas y marañas empiezan en las zonas del cerebro que circundan la memoria, como un patrón secuencial, paulatinamente se propagan a otras áreas. Revelando en etapas avanzadas un mayor porcentaje del cerebro afectado. La destrucción y la muerte de las células nerviosas provocan fallas en la memoria, cambios en la personalidad, problemas para llevar a cabo las actividades diarias y otros síntomas de la enfermedad de Alzheimer. (7)

Es importante destacar que estos cambios ocurren en cierto grado en todos los cerebros a medida que avanza la edad de la persona sin embargo estudios han revelado que, en autopsias, existen en mayor medida esta

degeneración en los cerebros de las personas con enfermedad de Alzheimer.

Etiología

Su etiología es multifactorial, y aunque no se conoce a plenitud la causa específica existen una serie de factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales que intervienen en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer entre los que se encuentran:

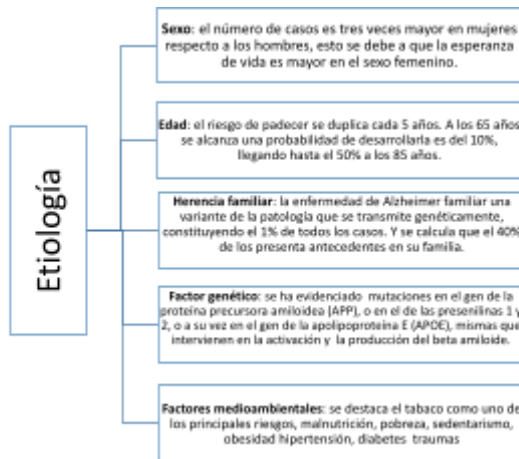


Gráfico 1. Principales factores implicados en la etiología de la enfermedad de alzheimer. (8,9)

Es importante recalcar que de dichos factores mencionados anteriormente como la edad el sexo y la

predisposición genética son inevitables en el transcurso de nuestra vida, no obstante aquellos factores ambientales son potencialmente modificables principalmente en el estilo de vida de cada persona y su círculo familiar. (8,9)

Cuadro clínico

A medida que pasan los años, surgen pequeñas e imperceptibles pérdidas de memoria, pero poco a poco esta deficiencia se hace cada vez más notoria e incapacitante para el afectado, que tendrá problemas para realizar tareas cotidianas y simples, y también, otras más intelectuales, tales como hablar, comprender, leer o escribir. (10)

Las manifestaciones clínicas suelen aparecer a partir de los 65 años, sin embargo, cuando existen componentes hereditarios, suelen presentarse a partir de los 40 años o antes. En la tabla 1 se exponen los síntomas de esta enfermedad. (11,12)

Dominio cognitivo	Clínica asociada
Memoria	Síntomas. Olvida conversaciones o hechos que han ocurrido poco tiempo antes, parte de la lista de la compra u otras tareas. Pierde objetos por casa por no recordar dónde los deja. Repite o tienen que repetirle varias veces la misma información. Habla con frecuencia del pasado remoto. Desorientado en tiempo Exploración: incapaz de recordar una lista de palabras que se le ha presentado varios minutos antes, mejora poco con pistas
Atención	Síntomas. Se distrae fácilmente ante estímulos múltiples. Le cuesta realizar tareas simultáneas o prolongadas que requieren concentración Exploración: falla repitiendo en orden inverso series de números
Funciones ejecutivas (juicio, razonamiento abstracto, planificación)	Síntomas. Se pierde planificando y realizando tareas complejas y secuenciales, recetas de cocina, manejando electrodomésticos o las cuentas del hogar. Falla interpretando el lenguaje abstracto, el sarcasmo, la

	ironía. Pierden la capacidad de juicio, pueden dar dinero a personas extrañas o teleoperadores, no identifican situaciones de riesgo, les cuesta tomar decisiones Exploración: incapaz de interpretar refranes o encontrar similitudes entre objetos que se le presentan
Habilidad visuoespacial	Síntomas. Desorientado en la calle, necesita salir acompañado por inseguridad, en trayectos habituales, zonas conocidas, finalmente en su propio domicilio. Problemas con tareas complejas a nivel espacial como carpintería o costura, problemas al vestirse o manejando cubiertos. No reconoce rostros familiares Exploración: falla copiando dibujos e imitando gestos con una o ambas manos; no identifica rostros famosos o situaciones que se le muestran en una fotografía
Lenguaje	Síntomas. Comienza con dificultades para encontrar palabras, utiliza términos genéricos como «eso», llamar al lápiz «palito para escribir» y abusa de frases hechas. La conversación se vuelve lenta, pobre y con pausas frecuentes,

	olvida nombres de personas de su entorno Exploración: lenguaje espontáneo escaso y poco variado; falla nombrando objetos que se le presentan o repitiendo frases largas; no es capaz de seguir órdenes secuenciales
Cognición social	Síntomas. Su comportamiento cambia, pierde la empatía, no reconoce emociones en la expresión facial de las personas, se vuelve desinhibido o apático. Inadecuado a nivel social, incluyendo su forma de vestir, de conversar o en su higiene personal

Tabla 1. Síntomas de la enfermedad de Alzheimer. (12)

El motivo de consulta más frecuente de estos pacientes es la pérdida de memoria, que suele ser anterógrada, con dificultad para recordar nueva información. La memoria semántica y de trabajo también están afectadas, pero en estados avanzados. Varios pacientes suelen permanecer con afectación de la memoria reciente por años antes de llegar a la demencia. (11,12)

Posterior a la aparición de la amnesia, viene la disfunción ejecutiva y la pérdida de las habilidades

visuoespaciales que al igual que la afectación del lenguaje van empeorando según la enfermedad va avanzando. El deterioro del lenguaje se caracteriza por dificultad en la comprensión, denominación y hallazgo de vocablos. En los pacientes con enfermedad de Alzheimer de inicio precoz el detrimento de la denominación es más rápido en comparación con los pacientes de inicio tardío, además tienen mal rendimiento en escritura. (11–13)

A parte de los síntomas cognitivos propios de la enfermedad, pueden aparecer síntomas neuropsiquiátricos como apatía, desinterés, depresión, episodios de irritabilidad, delirios y alucinaciones que están presentes en estadios avanzados. Además, podrían manifestarse trastornos de la conducta sexual y apetito, que en varios pacientes suelen estar disminuidos, pero en ocasiones exhiben avidez por la comida y por el deseo sexual. (12)

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de EA sigue siendo neuropatológico, las manifestaciones clínicas, la

exploración neurocognitiva y las pruebas complementarias constituyen un conjunto para esclarecer la certeza diagnóstica. Es importante destacar el seguimiento evolutivo antes de alcanzar un diagnóstico específico, que vincula directamente al círculo familiar. (14)

Laboratorio:

Es importante realizar el estudio de laboratorio básico dirigido a descartar otras causas de deterioro cognitivo, y que incluya hemograma, glucosa, calcio, perfil renal y hepático, TSH, vitamina B12 y ácido fólico, así como la serología de sífilis, *Borrelia*. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) está indicado cuando se sospechan procesos hematológicos, autoinmunes o desmielinizantes. Y aquel cito bioquímico de rutina (cuantificación de células, glucosa y proteínas) que se podrá ampliar según la sospecha con un espectro electroforético, bandas oligoclonales, citología o citometría de flujo. Y verificar si existen niveles bajos de β -amiloide 42 y elevados de proteína tau.

Neuroimagen:

Existen hallazgos específicos de la enfermedad de Alzheimer que se detectan en los exámenes de imagen las pruebas de neuroimagen descartando diagnósticos diferenciales. (14)

La tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son provechosas ya que hasta un 5% de los pacientes con deterioro cognitivo tienen una causa secundaria subyacente (tumor, hematoma subdural crónico o hidrocefalia). Y descartar patología cerebrovascular, trastorno neurocognitivo mixto, una atrofia desproporcionada de hipocampo, determinación fiable para el diagnóstico de EA. Suele ser un hallazgo precoz y que se sigue de atrofia en otras regiones cerebrales y dilatación ventricular. (14)

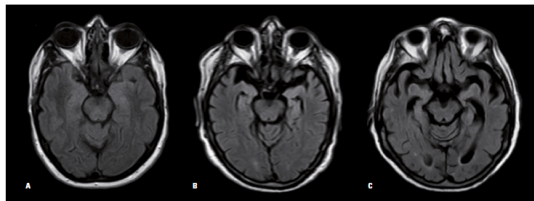


Gráfico 2. Resonancia Magnética nuclear cerebral con cortes axiales en lóbulos temporales. A. Hipocampo normal B. Atrofia moderada de hipocampo C. Atrofia grave de hipocampo

La Tomografía Computarizada por emisión de fotón único (SPECT), una prueba de perfusión cerebral, y la tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa como trazador (PET-FDG), una prueba de metabolismo cerebral. Con superioridad de la PET, se trata de pruebas con alta sensibilidad, aunque menor especificidad. En la EA encontraremos hipoperfusión-hipometabolismo a nivel temporal y parietal. La SPECT dopaminérgica o DATScan resulta útil si se plantea un diagnóstico diferencial con parkinson, o la demencia con cuerpos de Lewy. (14)

La PET-amiloide, cuenta con alta sensibilidad y especificidad para la detección de β -amiloide cerebral. Ha expuesto que la β -amiloide se acumula en el cerebro desde 20 años antes del inicio de los síntomas y permite identificar en fases preclínicas para desarrollar intervenciones terapéuticas. Cabe mencionar que el resultado positivo no implica un diagnóstico, pero el negativo prácticamente descarta la enfermedad. Se ejemplifica en pacientes menores de 65 años o demencias y deterioros cognitivos leves, atípicos y las

pruebas de neuroimagen no se ha alcanzado un diagnóstico específico. (14)

Electroencefalograma se revela un enlentecimiento de la actividad cerebral y se considera un hallazgo inespecífico secundario a la disfunción neuronal. Tiene relevancia esta prueba cuando la enfermedad se presenta de manera atípica, pensando en descartar trastornos epilépticos o cuadros tóxico-metabólicos o psiquiátricos. (14)

Tratamiento

Las medidas sintomáticas y de seguridad para la enfermedad de Alzheimer son las mismas que las de todas las demencias. Es importante implementar mejoras en el entorno del paciente incluyendo mejores para favorecer su autoestima, orientación así como para garantizar su seguridad. (15)

Un punto fundamental es intervenir e implementar medidas y enseñanza del adecuado manejo por parte de

los cuidadores a los pacientes sin descuidar la valoración frecuente de su salud física y mental (15)

Fármacos

Inhibidores de la colinesterasa entre los que se encuentran donepezilo, rivastigmina, galantamina, tacrina (menos usado por su hepatotoxicidad). (15)

El donepezilo es un agente de primera línea porque tiene una dosificación de 1 vez al día y es bien tolerado. La dosis recomendada es de 5 mg por vía oral 1 vez al día durante 4 a 6 semanas, posteriormente incrementando a 10 mg 1 vez al día. El tratamiento sólo debe continuar si los deterioros funcionales son evidentes después de meses, Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales (p. ej., náuseas, diarrea). Pocas veces ocurren mareos y arritmias cardíacas. Los efectos adversos a menudo pueden ser minimizados si se aumenta la dosis gradualmente (15)

Antagonista del receptor de N-metil-d-aspartato (NMDA), mejora la función cognitiva y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave. La dosis es de 5 mg por vía oral 1 vez al día, que se aumenta hasta 10 mg por vía oral 2 veces en el curso de unas 4 semanas. Es importante tener precaución en los pacientes con insuficiencia renal. (15)

La eficacia de la vitamina E en altas dosis (1.000 UI por vía oral 1 o 2 veces al día), la selegilina, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los extractos de Ginkgo biloba y las estatinas es poco clara. El tratamiento con estrógeno no parece ser útil en la prevención o el tratamiento puede ser nocivo. Los ensayos clínicos con fármacos en investigación dirigidos a la acumulación y la eliminación del péptido beta-amiloide no han tenido éxito, aunque algunos estudios aún están en curso. (15)

Bibliografía

1. HUANG.JUEBIN. Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2019. Available from:
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demen-cia/enfermedad-de-alzheimer>
2. Miranda BC, Rodríguez RP, Navarro AD. Epidemiología de las demencias. Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2020 Jul 17;8(2). Available from:
<http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/514/442>
3. Demencia [Internet]. www.who.int. Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20afecta%20a%20nivel>
4. En Ecuador hay 100.000 personas con demencia, el 60% tiene Alzheimer [Internet]. www.edicionmedica.ec. Available from:
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-pu>

blica/en-ecuador-hay-100-000-personas-con-demencia-el-60-tiene-alzheimer-98098

5. La pérdida de peso podría ser un indicador de un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer | Barcelona Beta [Internet]. www.barcelonabeta.org. Available from: <https://www.barcelonabeta.org/es/actualidad/noticias/perdida-de-peso-indicador-mayor-riesgo-alzheimer>
6. Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2019. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demen-cia/enfermedad-de-alzheimer>
7. Es Q, Qué Y, Hacer P. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER [Internet]. Available from: https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf
8. Alzheimer. Alzheimer | Tratamientos, síntomas e información en CuídatePlus [Internet].

- CuidatePlus. 2009. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer.html>
9. Causas de la Enfermedad de Alzheimer - Vitalia [Internet]. vitalia.es. Available from: <https://vitalia.es/bibliosalud/alzheimer/causas-de-la-enfermedad-de-alzheimer>
10. Allegri RF, Arizaga RL, Bavec C V, Colli LP, Demey I, Fernández MC, et al. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. ELSEVIER. 2011;3(2):120–37.
11. Barragán Martínez D, García Soldevilla MA, Parra Santiago A, Tejeiro Martínez J. Alzheimer's disease. Med [Internet]. 2019;12(74):4338–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
12. Tellechea P, Pujol N, Esteve-Belloch P, Echeveste B, García-Eulate MR, Arbizu J, et al. Early- and late-onset Alzheimer disease: Are they the same entity? Neurologia [Internet]. 2018;33(4):244–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>

13. Barragán Martínez D, García Soldevilla MA, Parra Santiago A, Tejeiro Martínez J. Alzheimer's disease. Med [Internet]. 2019;12(74):4338–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
14. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer | PortalCLÍNICA [Internet]. Clínic Barcelona. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/alzheimer/tratamiento>
15. Cómo ayudan a controlar los síntomas los medicamentos para tratar el Alzheimer [Internet]. Mayo Clinic. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers/art-20048103>