

NO ES ALZHEIMER... ES LEWY



**GUÍA PARA FAMILIARES DE PACIENTES AFECTADOS
POR LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY**



Con el Aval Social de la Sociedad Española
de Neurología y de la Fundación del Cerebro

Dr. José Antonio Monge Argilés
María Serralba

GUÍA PARA FAMILIARES DE PACIENTES AFECTADOS POR LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Dr. José Antonio Monge Argilés
María Serralba



2ª EDICIÓN

NO ES ALZHEIMER... ES LEWY

© José A. Monge Argilés, 2016

© María Serralba, 2016

© 2020, edición, diseño, maquetación y gestión Draft Grupo de Comunicación Healthcare.

© 2020, autoría: propiedad de los autores de cada trabajo.

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones u otros medios sin el permiso escrito del titular del copyright.

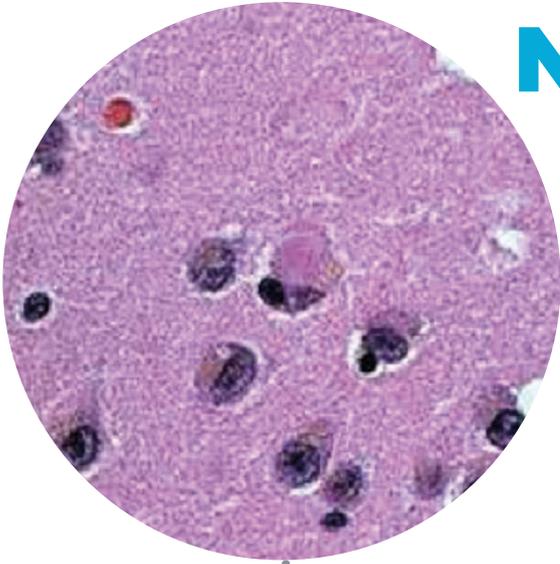
Depósito Legal: M-17629-2020

ISBN. 978-84-88014-55-9

Impreso en España – Printed in Spain

La editorial y los autores no asumen responsabilidad alguna por los posibles perjuicios y/o daños a personas o propiedades como consecuencia de productos, pruebas u otros motivos, ni por cualquier uso o aplicación de los métodos, instrucciones o ideas contenidos en la publicación. Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, el editor y los autores recomiendan que se realice una verificación independiente de los diagnósticos y las dosis y formas de administración de los productos si los hubiere.

NO ES ALZHEIMER... ES LEWY



Cuerpo
de Lewy en
una neurona
cortical



Dr. Kenji Kosaka



*Dr. Friedrich
Heinrich Lewy*

A large, blue-tinted portrait of Dr. Friedrich Heinrich Lewy, a man in a suit, looking down and to the left. The portrait is shaped like a puzzle piece.

NO ES ALZHEIMER...

ES LEWY



GUÍA PARA FAMILIARES DE PACIENTES AFECTADOS POR LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY



ÍNDICE

Prólogo	4
Introducción	6
Objetivos	8
¿Qué me sucede, doctor?	9
1. Episodios confusionales	10
2. Alucinaciones visuales	12
3. Alteraciones del sueño REM	15
4. Signos parkinsonianos	17
5. Sensibilidad a la medicación neuroléptica	19
6. Pérdida de olfato y síntomas de disfunción autonómica	21
7. Ideas delirantes.....	23
8. Desorientación, alteraciones de la memoria y ejecución de tareas.....	26
9. Agnosia visual: incapacidad cerebral para reconocer o comprender estímulos visuales.....	29
10. Ansiedad, nerviosismo	31
Cuidar al cuidador	34
Agradecimientos	37
Referencias	38

PRÓLOGO

La demencia en general, y la enfermedad con cuerpos de Lewy en particular, es una patología extraordinariamente prevalente y peculiar, que exige por parte de todos los estamentos sociales una atención a la carta, y para ello la implicación de todos y cada uno de sus protagonistas, siendo el foco principal los pacientes, sus familiares y cuidadores.

La guía para familiares de pacientes afectados por la demencia con cuerpos de Lewy titulada “No es Alzheimer... es Lewy”, supone un ejemplo de nuestra labor informativa y formativa, esencial y diaria.

Su diagnóstico puede resultar extraordinariamente complejo, especialmente en las fases iniciales. La dificultad que entraña la correcta identificación de los primeros síntomas por parte de los propios pacientes y sus allegados supone el motor fundamental de esta guía. Su formato eminentemente práctico, centrado en una triple óptica (experiencia del paciente, testimonio de la familia y comentario del profesional), es a mi juicio muy acertado, pues reviste a esta guía de una cercanía y un rigor científico difícil de efectuar al mismo tiempo.

Por otro lado, es fundamental desmentir que todo paciente que tiembla o está torpe debe ser diagnosticado de una enfermedad de Parkinson, y que todo paciente que pierde memoria debe serlo de una enfermedad de Alzheimer. La población general desconoce esta entidad de forma desmedida y es nuestra labor informar de su existencia, así como de su diagnóstico y abordaje.



Lograr tener a un familiar o cuidador informado sobre la enfermedad que padece nuestro paciente supone más del 50% del éxito del manejo terapéutico y mejora a su vez el pronóstico. El afrontamiento de los procesos médicos crónicos es inviable si no se posee la formación suficiente.

Quiero agradecer, para finalizar, la participación de todos los implicados en este proyecto, tanto el doctor J. Antonio Monge Argilés como la señora María Serralba. Solo mediante las iniciativas de nuestros compañeros profesionales de la Neurología, el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología puede ver recompensada su labor.

María Sagrario Manzano Palomo, PhD, MD

Sección de Neurología, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

2012 - 2019. Coordinadora del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología.

INTRODUCCIÓN

La **demencia con cuerpos de Lewy (DCLW)** se denomina así por unas estructuras proteicas redondas y lisas, llamadas cuerpos de Lewy, que se observan en las neuronas del cerebro afectado (ver fotografía en página 1). En la DCLW, los cuerpos de Lewy se distribuyen por toda la capa exterior del cerebro (la corteza cerebral) y en la zona profunda del cerebro medio o del tronco cerebral. Estas “estructuras proteicas anormales” las describió por primera vez el Dr. Friedrich Heinrich Lewy en 1912 (ver fotografía en página 1), un contemporáneo de Alois Alzheimer, que fue quien definió la otra forma más común de la demencia que lleva su nombre. El primer autor que publicó un estudio pormenorizado utilizando la terminología actual de DCLW fue el japonés Kenji Kosaka en 1996 (ver fotografía en página 1).

Se considera que la DCLW es la segunda forma más común de demencia, después de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre el 70-75 % de dichas enfermedades. Está contrastado que afecta al **1% de la población mayor de 65 años**. Para un promedio de población total de 270.000 habitantes, como ocurre en nuestro distrito sanitario del Hospital General de Alicante, se calcula que 43.000 personas son mayores de 65 años, lo que supone unos 430 pacientes al año, solamente en nuestro medio más cercano. Por millón de personas afectaría a unos 1600-1700 pacientes anuales. Por tanto, en **España** puede haber unos **70.000 pacientes** al año que padezcan esta enfermedad.

Además de la enfermedad de Alzheimer y DCLW, existen otros tipos de demencia, como la fronto-temporal, vascular, de Creutzfeldt-Jakob u otras secundarias que son mucho menos frecuentes.



Nuestro cometido con esta guía es intentar transmitir de la forma más clara posible, los síntomas que pueden aparecer durante la demencia por cuerpos de Lewy; así como, las pautas a tener en cuenta por los familiares para su trato diario.

Para ello, hemos estructurado los síntomas cardinales de la enfermedad en tres partes:

- Experiencia del paciente
- Testimonio de familiares
- Comentario del neurólogo

Pensamos que de esta manera se facilitará su lectura. Naturalmente, no todos los pacientes presentan todos los síntomas de la enfermedad que a continuación se describen, y mucho menos a la vez, pero pensamos que sabiendo reconocerlos, nos ayudará a todos (familiares y profesionales) a tratarlos mejor.

Muchas veces tenemos a nuestro alrededor personas que padecen alguno de los síntomas de esta enfermedad de forma incipiente; sin embargo, estos son fácilmente confundidos con la propia forma de ser del individuo, carácter, etc.

Esperamos que esta guía sirva para distinguirlos y así conseguir un diagnóstico lo más temprano posible, puesto que es la forma más adecuada de ayudar a pacientes y familiares.



OBJETIVOS



Orientar e informar a las familias, sobre los distintos síntomas cardinales de esta enfermedad y la mejor manera de afrontarlos, tanto a nivel médico, como en el entorno familiar



Intentar **transmitir lo que los pacientes viven y sienten** cuando la padecen, para que puedan ser mejor comprendidos y tratados



Aportar algunas **estrategias para los cuidadores** que puedan ser útiles tanto para los pacientes como para ellos mismos



Divulgar las características y síntomas de la enfermedad, por ser poco conocida, aunque frecuente



¿QUÉ ME SUCEDE, DOCTOR?

SÍNTOMAS CARDINALES DE LA ENFERMEDAD

- ✳ **Episodios confusionales:** “somnolencia y desorientación esporádicas”
- ✳ **Alucinaciones visuales:** “soñando despierto”
- ✳ **Alteraciones del sueño REM:** “sueño nocturno violento”
- ✳ **Signos parkinsonianos:** temblor, alteraciones de la marcha
- ✳ **Sensibilidad a la medicación neuroléptica**
- ✳ **Pérdida de olfato y síntomas de disfunción autonómica:** mareos, debilidad, caídas
- ✳ **Ideas delirantes:** “me están atacando, me están robando”
- ✳ **Desorientación, alteraciones de la memoria y ejecución de tareas**
- ✳ **Agnosia visual:** incapacidad cerebral para reconocer o comprender estímulos visuales. “No reconozco lo que veo, o lo confundo”
- ✳ **Ansiedad, nerviosismo y depresión tardía**

1. Episodios confusionales



Experiencia del paciente

Desde hace unos meses, de vez en cuando, me entra una especie de sueño o aturdimiento cuando menos me lo espero. Incluso me puede ocurrir durante el día, aunque haya dormido bien.

El problema es que a veces me dura casi todo un día y no puedo comer ni aseoarme. Mi esposa dice que le cuesta mucho comunicarse conmigo, y que si me despierto un poco, es para decir cosas que no tienen sentido, como por ejemplo, no saber dónde estoy, o no recordar mi edad o el número y nombre de los hijos que tenemos.

Tampoco soy capaz de recordar lo que me acaban de decir y mucho menos, de hacer cálculos matemáticos fáciles. Una vez recuperado, solo me queda un recuerdo muy vago, y la sensación de que he estado ausente durante bastante tiempo.

Esta situación está molestando mucho a mi familia. A veces se preocupan y llaman urgente al médico, que les pregunta si he bebido alcohol o he tomado alguna medicación para dormir. Cuando le dan a este una respuesta negativa, me envía al hospital de forma urgente y ya he estado tres veces hospitalizado en los últimos 6 meses por esta razón, pero no han encontrado la causa, a pesar de las múltiples pruebas que me han realizado.



Testimonio de familiares

Mi padre se dormía en todas partes, y cuando digo «en todas partes» es literalmente cierto, igual lo hacía subido en el autobús, teniéndole que avisar al conductor al llegar al final del trayecto, o comiendo en un restaurante, viendo caer su cabeza encima del plato. En esos periodos, que pueden durar horas, apenas nos reconoce, habla sin sentido y no es capaz de mantener una vida autónoma. Pensamos que eran síntomas de quienes padecen ansiedad. También barajamos que fuese por padecer próstata, y no poder dormir por las noches, ya que se las pasaba yendo asiduamente al baño. Sin embargo, ahora que sabemos que puede ser una consecuencia de tener DCLW, nos ha hecho cuestionarnos ¿desde cuándo padecía DCLW y no nos habíamos dado cuenta?



Comentario del profesional

Los pacientes con DCLW suelen tener episodios de confusión de duración variable y sin causa aparente. Es posible que el enfermo se desoriente con respecto a la hora o el sitio en el que se encuentra; que presente problemas para encontrar palabras, o mantener una conversación coherente; que sufra dificultades de percepción espacial (para encontrar el camino correcto, o para resolver ciertos rompecabezas); y problemas del pensamiento como la falta de atención, inflexibilidad mental, dificultad para tomar decisiones, pérdida del buen juicio y de la comprensión.

Aparecen fluctuaciones en la manifestación de estos síntomas cognitivos, de un momento a otro, de hora en hora, de día en día o de semana en semana.

Por ejemplo: el paciente puede conversar normalmente en un día determinado y ser incapaz de hablar al día siguiente, o incluso unos momentos después. Suele considerarse que este síntoma es un componente muy característico de la DCLW, que desorienta mucho a las familias y cuidadores, y les puede hacer culpabilizar al paciente de su enfermedad por no considerarlo parte de la misma.

2. Alucinaciones visuales



Experiencia del paciente

Me están pasando cosas extrañas desde hace unos meses. Es como si estuviera soñando despierto. Todo comenzó una noche en la que me desperté y noté la presencia de alguien a quien no podía ver. Esta sensación me ponía algo nervioso pero, tras levantarme y comprobar que no había nadie, me volví a acostar y al rato retomaba el sueño.

Unas semanas más tarde, también por la noche, empecé a ver personas desconocidas que entraban y salían de mi habitación. En los primeros días no hacía mucho caso, pero cuando esas personas empezaron a insultarme e intentar agredirme, ya me puse en guardia y tuve que defenderme. Como consecuencia de ello, me he caído algunas veces y me he lastimado en las manos y en las piernas.

Esos “sueños” suelen desaparecer por las mañanas, pero no es raro que, al final de las tardes, vuelva a aparecer gente desconocida en



casa. Cuando esto ocurre, intento no prestarle atención y concentrarme en otra actividad. El problema es que, a veces, incluso el locutor de la televisión se dirige a mí acusándome de estar haciendo mal mi trabajo, y eso me pone muy nervioso. Desde que tomo la medicación del neurólogo, he notado que viene menos gente desconocida a casa y, al menos, no se meten conmigo, ni me acusan de nada.



Testimonio de familiares

Cuando oí por primera vez hablar a mi padre, lo hacía, según él, con un señor muy amable que estaba sentado junto a él, en la habitación, y, a quien le estaba enseñando sus libros. En realidad no había nadie. Asegura que el mismo “amigo invisible” le suele visitar con asiduidad.

Unas semanas más tarde, el susodicho “amigo” se convirtió en su enemigo. Mi padre decía que lo miraba con recelo y le ponía nervioso. Que no le saludaba. Pasó de los ataques verbales con insultos a los físicos, aunque en realidad él no se daba cuenta a quien iba dirigida su rabia, lo hacía con los mismos miembros de su familia.



Comentario del profesional

Los pacientes suelen tener **alucinaciones visuales vívidas y bien definidas**. En las primeras etapas de la enfermedad es posible que el paciente admita y describa las alucinaciones, como algo externo, lo que denominamos alucinosis. Sin embargo, cuando las alucinaciones son francas, el paciente las vive como un hecho indiscutible, puesto que las imágenes que ven son claras.

Hay otros tipos de alucinaciones de menor frecuencia, pero, que también ocurren en ocasiones. Pueden ser **auditivas** (“escuchar” sonidos), **olfativas** (“oler” algo) o **táctiles** (“tocar” algo que objetivamente no existe).

Estos síntomas alteran mucho a los pacientes porque en algunos casos, esas “visiones”, pueden ser violentas, amenazadoras o incluso aterradoras. El decirles que las imágenes son falsas no mejora la situación, pero puede mejorar intentar que cambie de habitación o de luz, por si están facilitadas por alguna situación externa. También **es muy importante el mantenimiento de la calma por parte de la familia, puesto que en caso contrario, la situación empeorará.**

El tratamiento de estos síntomas, casi siempre, precisa de fármacos tranquilizantes mayores, que deben ser recetados por un médico. Este utilizará la dosis más adecuada, teniendo en cuenta las fluctuaciones ya comentadas de la enfermedad.

Ante estos síntomas, los cuidadores y la familia pueden seguir unas pautas que pueden ser muy útiles:

- Mantener la calma todo lo posible
- No negar de forma directa y radical la alucinación, puesto que para el paciente son una verdad incontestable
- Intentar comprobar cuál es el grado de credibilidad que el enfermo da al delirio o a la alucinación (“yo sé que tú ves algo pero ¿crees que es real?, ¿estás completamente seguro de lo que piensas?”)
- Si es consciente de que es algo irreal o muy exagerado, intentar explicarle que se trata de un síntoma de su enfermedad



- Si cree en lo que ve o en lo que piensa, por muy exagerado que sea, haz que le crees, e intenta cambiar su atención hacia otras ideas o temas de su preferencia, en cuanto sea posible
- En caso de nerviosismo incontrolable secundario a esos síntomas, contactar con algún servicio sanitario para que el paciente pueda ser valorado por médicos
- Comunicar estos síntomas al médico de familia y al neurólogo

3. Alteraciones del sueño REM



Experiencia del paciente

Según mi esposa, desde hace varios años es frecuente que me mueva mucho durante el sueño. Debe ser verdad, porque en algunas ocasiones me he encontrado en el suelo o, a punto de caerme de la cama. Según ella, grito, me muevo, e incluso llego a pelearme con alguien durante el sueño, lo que ha provocado que le haya golpeado en varias ocasiones. Por esa razón, y desde hace unas semanas, hemos decidido dormir en camas separadas. El caso es que no suelo recordar mis sueños, salvo que me despierte, como consecuencia de algún golpe. Hace unos días, me desperté en el suelo, y me di un golpe en el hombro debido a la caída, entonces sí recordé que estaba soñando, y que me defendía de un ataque en la calle.

Además de dormir en camas separadas, estoy pensando poner a mi cama unas barreras, para así poder evitar futuras caídas.



Testimonio de familiares

He localizado en el cuerpo de mi padre pequeños hematomas en la zona de la frente, o en los nudillos. Sabía que no había sufrido ningún golpe o caída durante el día así que, ¿a qué eran debidos? Lo observé mientras dormía y pude comprobar que se movía violentamente, y sus heridas eran consecuencia de un intento frustrado de salir por el lado opuesto de la cama, precisamente donde se encontraba la pared. Según me dijo, cuando despertó, alguien le perseguía, y el sueño era tan real que ello le llevó a actuar de esa manera. Los sueños o pesadillas siguen repitiéndose, aunque de otra índole y reacciona del mismo modo, de forma violenta.



Comentario del profesional

Durante el sueño pasamos por diferentes fases, que se pueden resumirse en fase REM y fase no REM. Durante la **fase REM del sueño**, se producen lo que generalmente llamamos “sueños”, que **son períodos de gran actividad cerebral**. Sin embargo, una característica fundamental de esta fase es que, durante la misma, externamente permanecemos completamente relajados a nivel muscular. Por esta razón, cuando una persona presenta movimientos durante esa fase del sueño, se le considera un trastorno del sueño REM.

Los síntomas citados antes por el paciente y familiares son un trastorno del sueño REM. Se presentan cuando los sueños se viven de forma muy intensa y algunas veces, estos, se pueden convertir en acciones y actitudes violentas. El trastorno del sueño REM puede aparecer varios años antes de los síntomas cognitivos. Es frecuente escuchar que sus parejas, han recibido lesiones físicas, cuando



no se trató este trastorno adecuadamente. El trastorno del sueño REM puede responder al tratamiento con determinados fármacos.

4. Signos parkinsonianos



Experiencia del paciente

Desde hace unos meses, mi mano derecha tiembla un poco cuando estoy leyendo, viendo la tele o simplemente conversando. A veces, no me doy cuenta de ello, pero observo cómo las personas que están a mi alrededor sí lo hacen. Me he llegado a acostumbrar a ello, hasta el punto de que apenas me molesta, y, comer o beber, lo hago sin problemas.

Es cierto que mi escritura ha cambiado últimamente, la letra la hago más pequeña y, a veces, tengo algún problema para abotonarme la camisa o el pantalón. No tengo problemas para ducharme, aunque me noto algo más lento en mis movimientos, lo que hace que tenga que tener cuidado al entrar y salir de la bañera.

Cuando salgo a caminar también me noto más lento. Esto hace que haya recortado mis paseos y, lo que antes, caminando, lo hacía en una hora, ahora necesito 15 minutos más. Al hacerlo, noto que mi brazo derecho se me queda como pegado al cuerpo y esto me desequilibra un poco, pero no me impide caminar, y no siempre es así, estos síntomas varían de intensidad por días, o incluso por horas.

He leído que estos síntomas pueden ser provocados por el Párkinson, pero estoy pendiente de la consulta con el neurólogo, para poder conocer su causa.



Testimonio de familiares

A mi padre hace poco le diagnosticaron DCLW. Le hemos observado caminar y lo hace con mucha lentitud y dificultad. Él dice que, aunque quiere caminar, es como si su cerebro no recibiera la orden y por eso, ningún miembro de su cuerpo le ayuda a iniciar la marcha; sin embargo, cuando su cerebro envía esa orden, es como si le hubiesen dado cuerda y empieza a andar y a andar sin cesar, y a gran velocidad, y no hay quien le pare.

Siempre que sucede este hecho nos sorprende. Como ejemplo, comentaré que hace unas semanas estuvo hospitalizado por una infección de orina. Durante los días de estancia hospitalaria, se levantaba de la cama y caminaba por el pasillo de forma prácticamente normal, hacía su aseo personal e incluso escribía mejor que en casa. Nos explicaron que, esta mejoría, podía deberse a la estimulación que supone la hospitalización.



Comentario del profesional

Con frecuencia, parece que estos síntomas motores parkinsonianos se inician espontáneamente. Entre ellos están la postura flexionada, la marcha arrastrando los pies, una reducción en el vaivén de los brazos, rigidez de las extremidades, propensión a caerse e incluso, lentitud en los movimientos y temblores. Sin embargo, estos síntomas pueden aparecer de una forma acusada un día, y



notarse mucho menos otros. No es raro, que algunas familias se asombren al ver a un paciente que, un día, apenas puede caminar y otro se levanta de la cama solo, y tiene una movilidad casi normal, sin existir ninguna causa que lo justifique. Estos hechos hacen que la familia pueda pensar que el paciente está fingiendo cuando, en realidad, es un síntoma más de las oscilaciones que presenta la enfermedad. Cuando los síntomas parkinsonianos son muy acusados, el neurólogo puede prescribir una medicación específica, casi siempre, en dosis bajas, para evitar efectos secundarios.

5. Sensibilidad a la medicación neuroléptica



Experiencia del paciente

En la última semana he tenido dos experiencias médicas que me han dejado algo preocupado. Mi problema comenzó con una gastroenteritis que me hacía vomitar mucho. Acudí al médico y me recetó un jarabe para tomarlo cada 8 horas. Tras dos días de estar tomándolo noté que me ponía muy rígido e incluso me temblaba una mano. Además, me encontraba como adormilado y comiendo muy poco.

Al ver esto mi familia decidió llevarme a Urgencias. Una vez allí, me pusieron un suero en vena con lo que mejoré bastante y ya no hizo falta tomar más el jarabe. El médico de urgencias me dijo que no de-

bía tomar más ese jarabe porque me provocaba síntomas parecidos al párkinson. Efectivamente, en unos días la rigidez y el temblor desaparecieron, pero no entiendo por qué la medicación me ha provocado ahora esos síntomas, cuando otras veces ya la había tomado y no había tenido ningún efecto secundario. Lo comentaré con el médico en la próxima consulta.



Testimonio de familiares

A mi padre le estaban medicando para los síntomas de la ansiedad y depresión con tranquilizantes y algún fármaco más de la familia de los antipsicóticos. Nosotros no lo sabíamos y empezó a tener temblores parkinsonianos en los brazos y dificultad en el andar. Fue dejar de tomar dicha medicación y casi todo ha desaparecido, pero salió a relucir la DCLW.



Comentario del profesional

La sensibilidad aguda a los neurolépticos es común en la DCLW. Los neurolépticos, también conocidos como antipsicóticos, son medicamentos usados para tratar las alucinaciones u otros trastornos mentales graves.

Aunque los medicamentos antipsicóticos clásicos o de primera generación se recetan para tratar las alteraciones de la conducta en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, estos medicamentos pueden afectar al cerebro de una persona con DCLW de manera diferente, y algunas veces causan efectos secundarios graves. Por este motivo, se deben evitar los antipsicóticos de primera generación.



Algunos medicamentos antipsicóticos más nuevos, también conocidos como de segunda generación, pueden ser problemáticos en algunas personas con DCLW, pero en general, en menor medida que los clásicos. Algunos expertos aconsejan los antipsicóticos de segunda generación por su perfil de seguridad y tolerabilidad. Si no se tolera este medicamento o no produce los resultados esperados, se debe considerar cambiar a otro.

Por todo ello, las alucinaciones, y en general los síntomas psicóticos, deben ser tratados de manera muy conservadora, y se debe emplear la dosis más baja posible con la atenta observación médica, a fin de prevenir posibles efectos secundarios.

6. Pérdida de olfato y síntomas de disfunción autonómica



Experiencia del paciente

Desde un tiempo a esta parte, cuando me pongo de pie rápidamente me siento como mareado, tanto que a veces me tengo que volver a sentar. Me pasa sobre todo por las mañanas pero si salgo a comprar, o estoy de pie parado durante unos minutos, me canso mucho y tengo que sentarme en cuanto puedo. Hace unos días, hacía mucho calor y al salir de casa estaba mareado. Me llevé una botella de agua porque notaba la boca seca y tuve que volver a casa antes de hacer una gestión porque no me vi capaz de terminarla.

También vengo notando últimamente un estreñimiento que me hace utilizar medicamentos, después de haber usado los remedios que conocemos en casa. Es cierto que algunas frutas ayudan más que otras, así como algunas comidas más que otras, pero no puedo pasar sin tomar de vez en cuando unos sobres que me ha recomendado el médico.

Desde siempre he tenido buen apetito y he disfrutado de la comida, pero desde hace varios meses he notado que las comidas saben menos que antes. Lo he comentado con mi familia, y a todos les saben igual que antes, pero yo no las noto igual. Tendré que comentarlo con mi médico.



Testimonio de familiares

En ocasiones, mi padre se pone pálido y dice que se encuentra mareado al ponerse de pie o al estar caminando unos minutos. Si se sienta, mejora. En una ocasión se le tomó la tensión arterial estando de pie y la tenía bastante baja para su edad por lo que además de sentarle le dimos bastante agua para que mejorara.

Hace unos meses que mi padre no distingue qué tipo de comida se está comiendo. Al principio pensamos que se trataba de una excusa para no comer, o bien, que lo que le poníamos no le gustaba. Hemos probado con los platos que sabemos de sobra son sus favoritos y no ha habido diferencia, sigue sin diferenciar si lo que tiene delante se trataba de carne, pescado o verdura, es como si hubiese perdido el sentido del gusto, o que su mente ya no tenga esa información.



Comentario del profesional

A veces existen cambios significativos en el sistema nervioso autonómico, entre ellos la regulación de la temperatura, la presión arterial y la digestión. Los mareos, los desmayos, la sensibilidad al calor y al frío, la disfunción sexual, la incontinencia urinaria temprana o el estreñimiento, son síntomas comunes de la DCLW. Cada uno de estos síntomas deberá ser tratado de forma específica, puesto que no todos suelen ocurrir a la vez ni tienen el mismo tratamiento.

La **pérdida del gusto y olfato** es un síntoma que puede aparecer en otras patologías neurológicas, como la enfermedad de Parkinson, incluso meses o años antes de que la enfermedad pueda ser diagnosticada. Este síntoma **puede provocar menos apetito y peor alimentación** por lo que es importante conocerlo para adaptar la dieta a los nuevos gustos del paciente.

7. Ideas delirantes



Experiencia del paciente

Anoche tuve una experiencia extraña. Durante un buen rato tuve la impresión de que mi familia se estaba aprovechando de mis ahorros. En particular, que gastaba mi dinero sin control, sin decírmelo y sin pedirme permiso.

Recuerdo vagamente que se lo recriminaba a todos ellos. Curiosamente, estaban presentes todos mis hijos y sus parejas, cosa que no ocurre fácilmente, sobre todo porque uno de ellos vive lejos. A pesar de decirles lo que pensaba, ellos apenas se defendían y casi ni hablaban, o decían cosas que no me convencían. Mi mujer lloraba pero tampoco decía nada, lo que me hacía pensar que yo tenía razón.

Llamaron a un médico joven que vino a verme y, tras hacerme unas preguntas muy poco interesantes, me recetó unas gotas. Al rato de tomarlas, me sentía más relajado y me entraron las dudas acerca de mis sospechas sobre el comportamiento de la familia.

Empecé a recordar que yo había dado poderes a mis hijos para hacer una compra con mi dinero, pero no lo había recordado antes, por eso, y al ver mi cuenta corriente muy mermada, fue cuando pensé que me estaban robando. Ahora entiendo que no es así, pero ha sido una experiencia muy desagradable. He pedido perdón a mi familia y debo evitar esos olvidos.



Testimonio de familiares

Con mi padre, pensé en un principio que se trataba de su carácter. Todas las conversaciones conmigo terminaban en discusión, me atacaba verbalmente y su opinión solía ser contraria a la de la gente pero, en particular a la mía, casi en todo, así que terminé por darle la razón con tal de no discutir con él.

Algo me decía que aquello no debía ser muy normal. Su reacción con respecto a los temas que hablábamos, la mayoría de las veces solía ser excesiva, muy irritable, incluso rozando cierto matiz de cólera. Me



veía como su enemiga, la que lo martirizaba al no dejarle hacer lo que él quería.

Hace unos meses, se le metió en la cabeza que le estábamos quitando su dinero del banco y no fue suficiente con comprobar los extractos bancarios para que entendiera su error. Por ello, tuvimos que consultar con el neurólogo que aconsejó una medicación que le ayudase a comprender mejor la situación y, sobre todo, a diferenciar los sueños de la realidad.



Comentario del profesional

Se trata de uno de los síntomas más graves de la enfermedad. El paciente tiene la certeza de estar siendo perjudicado por personas o situaciones que le rodean. Esta idea no suele ser discutible, y si se intenta rebatir, es muy difícil llegar a un acuerdo o entendimiento con el paciente. En general, cuando es posible, se aconseja a las familias **intentar orillar la idea cambiando de tema, o buscando algún tema de conversación que sea del máximo interés del paciente.**

Cuando no se consigue controlar el síntoma, la medicación tranquilizante mayor suele hacerse necesaria, como siempre, en la menor dosis posible, para que los cuidadores y el propio paciente puedan continuar con una convivencia y autonomía adecuadas.

8. Desorientación, alteraciones de la memoria y ejecución de tareas



Experiencia del paciente

Hace unos días salí a comprar unos recambios para la casa. La tienda de los materiales originales me queda un poco lejos pero me dije, que sería bueno pasear un poco. Dudé si coger el autobús, pero finalmente deseché la idea. Conozco la ciudad desde hace más de 30 años y el día acompañaba para caminar, así que me dirigí hacia el establecimiento del proveedor y llegué sin problema.

Compré el recambio, pero al salir, me despisté y salí por otra puerta; al poco rato estaba perdido. No sabía hacia dónde dirigirme, me quedé en blanco y tuve que preguntar a un viandante. A pesar de ello, me costó encontrar mi camino. Esto mismo me ocurrió hace unos meses, por lo que he decidido salir siempre con el teléfono móvil, para poder llamar a mi familia en caso de que me vuelva a suceder.

Cuando comento con mis amigos que a veces me falla la memoria, todos me dicen que a ellos también. Y la verdad es que el otro día, un amigo que tiene despistes frecuentes, dice que se le olvidó ir a una comida que tenía prevista con su familia.

Eso, a mí no me ha pasado nunca, pero tengo la sensación de que las ideas se me escapan y tengo que anotarme lo que tengo que hacer, si no quiero que se me olviden. No es raro que vaya a hacer algo y cuando llego al sitio, no recuerde a qué he ido, o que vaya al supermercado y se me olvide alguna de las cosas que iba a comprar. Sin



embargo, cuando me concentro en recordar algo importante, aunque con esfuerzo, lo consigo. Tendré que ejercitar más mi memoria.

Me gusta mucho el bricolaje. Desde hace años me relaja hacerlo y tengo varias herramientas que me han permitido hacer muebles, objetos de decoración e incluso detalles para regalar.

Desde hace unos meses, vengo notando que si tengo que organizarme para realizar un trabajo que tiene varias fases me desconcentro y me cuesta acabarlo. Es una sensación rara, ya que aunque son objetos diferentes, los pasos que hay que hacer para terminarlos siempre son los mismos. Tendré que planificarlo mejor, incluso escribiendo los pasos a realizar antes de empezar, para que todo sea más fácil.



Testimonio de familiares

Mi padre tenía una mente muy bien amueblada, pero desde hace un tiempo ha empezado a fallarle. Cuando le hablas, tarda en responderte, a pesar de saber la respuesta o, como él dice, tenerla en la punta de la lengua, así que nos pide que esperemos unos instantes que le está enviando un mensaje a la “biblioteca” de su cerebro para que se la diga. Hemos comprobado que la técnica funciona, aunque ese retardo en la respuesta hace que la gente deje de prestarle atención. ¿Podría deberse a tener un ideático pobre?

Desde que mi familiar tiene DCLW hemos comprobado que ya no coordina a la hora de vestirse o realizar las tareas de aseo habituales. Es como si le costase seguir una pauta y, cada dos por tres, nos pregunta: «Y ahora, ¿qué tengo que hacer?», y tenemos que recordárselo, lo cual nos ha llevado a ayudarle en casi todas sus actividades,

pero no sabemos si eso es bueno o malo, porque igual estamos anulando parte de su autonomía, en caso de que todavía supiese hacer algo por sí mismo.



Comentario del profesional

Las alteraciones de la memoria en los pacientes con DCLW no suelen ser tan severas como en el caso de la demencia por enfermedad de Alzheimer. No es raro que los pacientes las comenten, pero que cuando se les solicita que hagan un esfuerzo para recordar algo lo hagan bien. La **desorientación espacial** también es frecuente, pero poco específica, puesto que también es habitual en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Por último, la dificultad para la **planificación de las tareas** también es un síntoma presente en otras demencias, que puede dificultar mucho las tareas llamadas instrumentales de la vida diaria, como utilizar el teléfono, la lavadora, el mando de la TV, o coger el autobús. Estos síntomas suelen mejorar, sobre todo, al principio del tratamiento, con los fármacos llamados inhibidores de la acetilcolinesterasa. Aunque actualmente este grupo de fármacos no tienen la indicación en ficha técnica para DCLW, existen publicaciones médicas importantes que avalan su uso.

Ante estas alteraciones, la actitud de la familia debería de ser como guía y colaboración, intentando mantener la autonomía del paciente al máximo. Esta tarea es difícil, teniendo en cuenta las fluctuaciones del nivel de conciencia, e incluso cognitivas, de las que venimos dando cuenta en esta guía.



La estimulación cognitiva realizada en un ambiente relajado pero activo, y la terapia ocupacional, pueden ayudar de forma clara para el mejor mantenimiento de estas funciones cerebrales.

9. Agnosia visual: incapacidad cerebral para reconocer o comprender estímulos visuales



Experiencia del paciente

De un tiempo a esta parte me ocurre algo extraño. En varias ocasiones me he encontrado con personas que conozco desde siempre, y no acabo de reconocerlas hasta que me hablan. Es como si su cara me fuera desconocida y, por tanto, no las saludo. Hace unos días, el vecino del 5º me preguntó si tenía problemas con la vista, y le dije que no. Había estado en el oftalmólogo unas semanas antes y me dijeron que la vista estaba muy bien. Este vecino ha sido una de las personas que no reconocí en el ascensor, a pesar de ser compañeros frecuentes en las partidas de dominó, que se organizan en el centro social del barrio.

Es cierto que algo parecido me sucedió el otro día al visitar la casa de mi hija. Tuve la sensación de que era la primera vez que estaba allí. Sin embargo, he estado allí montones de veces. Incluso en alguna ocasión me he quedado a dormir para cuidar a mis nietos, cuando

sus padres han salido. Lo comenté con ella y me recomendó que se lo dijera al médico. Yo no creo que sea para tanto, pero se lo diré la próxima vez que vaya a la consulta.



Testimonio de familiares

Desde hace unas semanas intento por todos los medios que mi padre se afeite con la maquinilla eléctrica, pero dice que no lo hace porque no le gusta usar las cosas de otros, además, él dice que siempre lo ha hecho con las manuales. El aparato lo tiene desde hace años pero no lo reconoce como propio.

A veces le sucede algo parecido con la ropa. Cuando le ayudo a vestirse, siempre me pregunta lo mismo: ¿de quién es esta ropa? Le explico que es suya de toda la vida y me lo discute una y otra vez, incluso me niega haberla tenido alguna vez en su armario. Al día siguiente, vuelta a empezar; sin embargo, se acuerda perfectamente de otros objetos suyos.



Comentario del profesional

Este síntoma suele pasar desapercibido hasta llegar a etapas avanzadas de la enfermedad, salvo cuando se explora de forma dirigida ante la sospecha de la enfermedad. Sin embargo, se considera **uno de los síntomas más característicos** de la misma, **y su aparición precoz es muy indicativo de DCLW y de valor para diferenciarlo de la enfermedad de Alzheimer.**

Como ocurre ante la mayoría de estos síntomas, se puede realizar estimulación cognitiva, que paliará la situación, pero no contamos con fármacos que puedan hacerle frente de forma específica.



10. Ansiedad, nerviosismo y depresión tardía



Experiencia del paciente

Desde hace unos meses, me encuentro nerviosa sin causa aparente. Es verdad que siempre hay alguna preocupación, pero no la considero lo suficientemente importante como para provocarme este estado. Apenas puedo parar en un sitio quieta, y no me puedo concentrar en hacer las cosas que me gusta hacer. Por eso, me pongo de mal humor y lo pago con las personas que tengo alrededor. A veces, grito o me enfado por cosas sin importancia, y luego me doy cuenta que soy yo la que no se encuentra bien.

También me he vuelto más sensible que antes. Sin ir más lejos, hace un par de días, me dijeron que había fallecido un antiguo conocido, que hacía tiempo no veía, y esto me sumió en un estado de tristeza que aún arrastro.

Por las tardes me suelo encontrar algo mejor, pero las mañanas son difíciles de empezar, y la cama parece que me atrae como si se tratase de un imán. No tengo fuerzas para salir de ella, a pesar de estar despierta, incluso, desde hace varias horas.

No lo entiendo, yo no era así. No puedo evitar ver tan sola la parte triste de la vida, y eso en sí mismo, me aumenta la preocupación y el mal humor.



Testimonio de familiares

Desde hace unos meses noto que mi madre reacciona de manera extraña cuando hay alguna discusión en casa. En lugar de intervenir, se mete en su habitación o se encierra en la cocina y permanece allí durante horas, o bien, hasta escuchar que todo ha vuelto a la normalidad. Ahora incluso lo hace sin ton ni son, aunque no haya discusiones, es más, incluso ha llegado a marcharse de casa y volver pasados unos minutos. Según dice, el escuchar voces altas o ruidos, le altera los nervios. No podemos contradecirle en nada. Igual se pone a llorar que se encoleriza, parece no tener un término medio.

Cuando le preguntamos sobre ello, nos dice que no se encuentra bien, que está de mal humor, pero no sabe explicar bien la razón.



Comentario del profesional

Estos **síntomas neuropsiquiátricos tardíos**, es decir, que aparecen a edades avanzadas, **son frecuentes en las personas que inician un proceso demencial**. Se consideran como una parte de la enfermedad e incluso, algunos autores, han utilizado el concepto de **"demencia depresiva"** para hacer referencia a los mismos.

Estos síntomas precisan de un tratamiento adecuado que suele mejorarlos, pero no siempre los corrige, como suele ocurrir cuando hay una demencia subyacente. De forma que es necesario un seguimiento cercano, y la consulta al especialista se hará cuando, pasado un tiempo prudencial desde el comienzo del tratamiento, no haya habido mejoría.



Estos tratamientos no siempre se toleran bien al principio, pero suelen ser eficaces pasadas unas semanas. En muchas ocasiones, un mismo fármaco puede utilizarse para mejorar todos los síntomas, como la depresión, la ansiedad o el insomnio, lo que suele mejorar la tolerabilidad y cumplimiento del tratamiento.



CUIDAR AL CUIDADOR

Los cuidadores son un pilar fundamental para el enfermo con DCLW. Mantener su bienestar es un objetivo muy importante para que, los enfermos, encuentren en ellos la guía pausada y comprensiva que necesitan. Sin embargo, y especialmente en esta enfermedad neurodegenerativa, la conveniencia de un cuidador bien entrenado se hace más necesaria si cabe, teniendo en cuenta la enorme variabilidad de los síntomas. En las etapas más sintomáticas de la enfermedad, no es raro que deba haber varios cuidadores para un mismo paciente.

El conocimiento de las peculiaridades de esta enfermedad, sobre todo, de las fluctuaciones tanto psíquicas como físicas, les ayudarán a entenderla, aceptarla y adaptarse mejor.

Actualmente, utilizamos el lema “cuidar al cuidador” con varios fines. Por una parte, para el mejor tratamiento de los pacientes. Por otra, para evitar que los cuidadores enfermen como consecuencia de serlo.

Por ello, aconsejamos una serie de medidas que pueden ser muy variables de unas personas a otras.



SÍNTOMAS DE SOBRECARGA

- Problemas de sueño
- Pérdida de energía
- Problemas físicos: palpitaciones, molestias digestivas, etc
- Problemas de memoria y concentración
- Disminución del interés por las actividades que antes gustaban
- Aumento o disminución del apetito
- Enfadarse fácilmente
- Cambios frecuentes de humor
- Propensión a sufrir accidentes
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo

CONSEJOS

- Intentar controlar el estrés mediante técnicas conocidas por el propio cuidador
- Alimentarse de forma adecuada y equilibrada
- Ser consciente de la necesidad de cuidarse
- Dormir lo suficiente y descansar
- Evitar el aislamiento
- Organizar el tiempo
- Hacer ejercicio con regularidad
- Incorporar ejercicios de relajación
- Intentar valorar los aspectos positivos de “cuidar”

“No podemos olvidar que estamos ante una enfermedad de la que nadie es culpable, pero juntos podemos hacer que sea lo más llevadera posible”.



AGRADECIMIENTOS

A los familiares y enfermos de DCLW, por compartir sus valiosos testimonios.

A los componentes de la consulta de demencias del Hospital General Universitario de Alicante (Julia Rangil, Toñi Climent, Ruth Gasparini, Pilar Muñoz y terapeutas ocupacionales de AFA Alicante) por su colaboración y dedicación para la mejora de la atención a los pacientes con demencia y sus familiares.

A los compañeros del servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante, muy especialmente al Dr. Carlos Leiva Santana y la Dra. Silvia Martí Martínez, por su apoyo, común interés y dedicación en este difícil grupo de enfermedades. A las componentes de la Unidad Polivalente del Hospital, por su amable colaboración para el diagnóstico y la investigación de estas enfermedades.

A D.^a Sagrario Manzano, excoordinadora del Grupo de Demencia de la Sociedad Española de Neurología, por haber apoyado este proyecto para familiares de pacientes afectados por la Demencia con Cuerpos de Lewy.



REFERENCIAS

1. LewyNet, The University of Nottingham, Division of Pathology, University Park, Nottingham, England NG7 2RD. Teléfono +44 115 9515151. Sitio web: www.ccc.nottingham.ac.uk/~mpzjlw/lewy/lewyhome.html.
2. "Dementia with Lewy Bodies: A Distinct Non-Alzheimer Dementia Syndrome?" Por Paul G. Ince, Elaine K. Perry y Chris M. Morris, *Brain Pathology*, April, 1998. (Disponible junto con una amplia bibliografía en el sitio web de LewyNet).
3. "Similarities to Alzheimer's and Parkinson's Make Lewy Body Dementia Difficult to Recognize and Challenging to Treat," John Douglas French Center for *Alzheimer's Disease Journal*, 1998/1999.
4. Parkinson's Disease UPDATE, boletín informativo mensual, Medical Publishing Company, P. O. Box 450, Huntingdon Valley, PA 19006. Número 10, 2000.
5. "Dementia with Lewy Bodies" por Ian G. McKeith, M.D., FRCPsych., High Notes, News from the John Douglas French Alzheimer's Foundation, Fall, 1996.
6. "Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB International Workshop," por I. G. McKeith, D. Galasko, K. Kosaka, E. K. Perry y otros, 1996. *Neurology*, 47:1113-24.
7. Dementia with Lewy Bodies por Robert H. Perry, Ian G. McKeith y Elaine K. Perry (editores), Prólogo de Jeffrey L. Cummings, 1996. Cambridge University Press, Cambridge.
8. Ala, T. A., Yang, K. H., Sung, J. H., Frey, W. H., 1997. Hallucinations and signs of parkinsonism help distinguish patients with dementia and cortical Lewy bodies from patients with Alzheimer's disease at presentation: a clinicopathological study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 62:16-21.
9. Dickson, D. W., Ruan, D., Crystal, H., Mark, M. H. y otros 1991. Hippocampal degeneration differentiates diffuse Lewy body disease (DLBD) from Alzheimer's disease. *Neurology*, 41:1402-9.
10. Galasko, D., Katzman, R., Salmon, D. P., Hansen, L., 1996. Clinical features and neuropathological findings in Lewy body dementias. *Brain Cognition*, 31:166-75.
11. Graham, C., Ballard, C., Saad, K., 1997. Variables which distinguish patients fulfilling clinical criteria for dementia with Lewy bodies from those with dementia, Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12:314-8.
12. Hansen, L. A., Samuel, W. 1997. Criteria for Alzheimer's disease and the nosology of dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 48:126-32.
13. Ince, P., Irving, D., MacArthur, F., Perry, R.H., 1991. Quantitative neuropathology of the hippocampus: comparison of senile dementia of Alzheimer type, senile dementia of Lewy body type, Parkinson's disease and non-demented elderly control patients. *Journal of Neurol Science*, 106:142-52.
14. Ince, P. G., McArthur, F. K., Bjertness, E., Torvik, A. y otros, 1995. Neuropathological diagnoses in elderly patients in Oslo: Alzheimer's disease, Lewy body disease and vascular lesions. *Dementia*, 6:162-8.
15. Klatka, L. A., Louis, E. D., Schiffer, R. B., 1996. Psychiatric features in diffuse Lewy body disease: a clinicopathological study using Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *Neurology*, 47:1148-52.
16. Kosaka, K., Iseki, E., Odawara, T. y otros, 1996. Cerebral type of Lewy body disease. *Neuropathology*, 16:32-5.
17. Louis, E. D., Klatka, L. A., Lui, Y., Fahn, S., 1997. Comparison of extrapyramidal features in 31 pathologically confirmed cases of diffuse Lewy body disease and 34 pathologically confirmed cases of Parkinson's disease. *Neurology*, 48:376-80.



18. McKeith, I. G., Fairbairn, A., Perry, R. H., Thompson, P., Perry, E. K., 1992. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *British Medical Journal*, 305:673-8.
19. Mega, M. S., Masterman, D. L., Benson, D. F., Vinters, H. V. y otros, 1996. Dementia with Lewy bodies: reliability and validity of clinical and pathological criteria. *Neurology*, 47:1403-9.
20. Perry, E. K., Haroutunian, V., Davis, K. L., Levy, R. y otros, 1994. Neocortical cholinergic activities differentiate Lewy body dementia from classical Alzheimer's disease. *Neuroreport*, 5:747-9.
21. Salmon, D. P., Galasko, D., Hansen, L. A., Masliah, E. y otros, 1996. Neuropsychological deficits associated with diffuse Lewy body disease. *Brain Cognition*, 31:148-65.
22. Samuel, W., Alford, M., Hofstter, C. R., Hansen, L., 1997. Dementia with Lewy bodies versus pure Alzheimer's disease: differences in cognition, neuropathology, cholinergic dysfunction, and synaptic density. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 56:499-508.
23. Mc Keith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G y otros. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2017; 89: 88-100.

**GUÍA PARA
FAMILIARES DE PACIENTES
AFECTADOS POR LA
DEMENCIA
CON CUERPOS
DE LEWY**

Dr. José Antonio Monge Argilés

María Serralba

**NO ES ALZHEIMER...
ES LEWY**

Cuántas veces nos hemos dicho a nosotros mismos que tener un enfermo en casa nos puede cambiar la vida, sobre todo, si no logramos entender qué es lo que le sucede. Precisamente para subsanar ese estado de incertidumbre, hemos creado esta guía orientativa dirigida a familiares de pacientes afectados por la Demencia con Cuerpos de Lewy (DCLW); una variante de la demencia que no es popularmente conocida como pudiera ser el Alzheimer o el Párkinson, pero que, sin embargo, cada vez está más presente en nuestra sociedad.

El **doctor José Antonio Monge Argilés** y la escritora **María Serralba** nos aclaran tanto a nivel científico como de experiencia personal algunas de las incógnitas que ofrecen las personas que padecen esta afección, así como consejos y alternativas para sobrellevar la situación de la manera más favorable posible.

Deseamos sinceramente que esta guía les pueda servir de ayuda, no obstante, siempre recomendamos la consulta a un especialista, que será quien mejor pueda aconsejarles al respecto.

Dr. José Antonio MONGE ARGILÉS



Facultativo especialista en Neurología por la Universidad de Lovaina. Doctorado en Medicina por la Universidad Miguel Hernández. Coordinador de la Consulta de demencias del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante. Miembro del grupo de estudio de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología.

María SERRALBA



Coordinadora Área de Atención a Familias en Centro Residencial para Mayores en Alicante. **Familiar de paciente con DCLW.** Escritora de narrativa y poesía. Fundadora del proyecto María Serralba (cultura solidaria) y del proyecto T.E.C.A. (educación creativa para mayores).



Con el Aval Social de la Sociedad Española de Neurología y de la Fundación del Cerebro



Patrocinado por:

NEURAXPHARM
Tu especialista en SNC