

Laura Alejandra Mayorga-Cadavid [1]
Andrés M. Pérez-Acosta [2]

Una aproximación de la literatura científica sobre la relación entre reconocimiento de emociones, deterioro cognitivo y demencias.

Approximation of the scientific literature on the relationship between recognition of emotions, cognitive deterioration and dementias.

Uma aproximação da literatura científica sobre a relação entre reconhecimento emocional, deterioração cognitiva e demências.

[1] Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) <https://orcid.org/0000-0002-0592-0178>

[2] Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) <http://orcid.org/0000-0002-1133-8926>

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso natural y gradual de la vida, en el cual se puede presentar el deterioro cognitivo, que se entiende como la disminución del rendimiento en al menos un dominio cognitivo; los dos grandes grupos de este son el deterioro cognitivo leve y las demencias, que se clasifican dependiendo de sus características y etiología. Las emociones son procesos que involucran el componente vivencial, fisiológico y un comportamiento determinado, a partir de la experiencia de un suceso vital significativo; una de las teorías más reconocidas de éstas es la de Paul Ekman que habla de seis emociones básicas y universales (alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa, miedo). El reconocimiento de emociones en pacientes con algún cuadro de deterioro cognitivo se ve afectado; no en todas las demencias se da de la misma forma, debido a que cada demencia tiene

sus características. Finalmente, aunque reconocer emociones parecería una tarea fácil, para los pacientes con demencias es una tarea compleja; para un mismo tipo de demencia, incluso el desempeño puede ser diferente según el tipo de tarea.

Palabras clave: emociones, reconocimiento, envejecimiento, deterioro cognitivo, demencias.

ABSTRACT

Aging is a natural and gradual process of life, in which cognitive impairment can occur, which is understood as the decrease in performance in at least one cognitive domain; the two major groups of this deficit are cognitive impairment and dementias, which are classified, depend on their characteristics and etiology. Emotions are processes that involve the experiential component, the physiological and the determined behavior, from the experience of a significant vital event; one of the most recognized theories in the history is of Paul Ekman that speaks of six basic and universal emotions (joy, sadness, anger, disgust, surprise, fear). The recognition of emotions in patients with a cognitive deterioration is affected; not in all dementias is given in the same way, because each dementia has its characteristics. Finally, although recognizing emotions seems an easy task, for

patients with dementias it is a complex task; for the same type of dementia, even the performance may be different depending on the type of task.

Keywords: emotions, recognition, aging, cognitive impairment, dementias.

RESUMO

O envelhecimento é um processo de vida natural e gradual, em que pode ocorrer comprometimento cognitivo, que é entendido como a diminuição do desempenho em pelo menos um domínio cognitivo; Os dois principais grupos são deficiências cognitivas leves e demências, que são classificados de acordo com suas características e etiologia. As emoções são processos que envolvem a componente experiencial, fisiológica e um comportamento determinado, a partir da experiência de um evento de vida significativo; Uma das teorias mais reconhecidas é a de Paul Ekman que fala de seis emoções básicas e universais (alegria, tristeza, raiva, asco / nojo, surpresa, medo). O reconhecimento das emoções em pacientes com algum quadro de deterioração cognitiva verifica-se afetado; Nem todas as demências ocorrem da mesma maneira, porque cada

demência tem as suas características. Finalmente, embora o reconhecimento de emoções pareça uma tarefa fácil, para pacientes com demência é uma tarefa complexa; Para o mesmo tipo de demência, mesmo o desempenho pode ser diferente dependendo do tipo de tarefa.

Palavras-chave: emoções, reconhecimento, envelhecimento, deficiência cognitiva, demência.

Una situación de la vida cotidiana es reconocer al otro, lo que nos ayuda a identificar que los demás son como nosotros, esto hace referencia a que existe una cognición social en nosotros la cual se puede dividir en reconocimiento emocional y en la teoría de la mente. Teniendo en cuenta que la cognición social es una de las características para generar un vínculo, para la discriminación de deterioro cognitivo en el DSM-5 este es un factor importante (American Psychiatric Association, 2014), entendiéndose que al no tener un buen reconocimiento emocional hay un deterioro mayor. De igual forma, se han identificado diferencias en el reconocimiento de emociones en pacientes que han cursado un cuadro de deterioro cognitivo (Zapata, 2008), y a partir de esto lo que se busca en este texto es realizar una revisión descriptiva de la literatura que permita conocer lo que se sabe a cerca de lo que se determina como deterioro cognitivo, demencia y reconocimiento de emociones, así como identificar si hay alguna relación entre estos a lo largo de las investigaciones.

Deterioro cognitivo, demencias / trastornos neurocognitivos

Se ha determinado que deterioro cognitivo es la disminución del rendimiento de al menos uno de los dominios cognitivos (atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales motoras, reconocimiento social), acompañada de una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas y un declive funcional en las actividades de la vida diaria (Pérez Martínez, 2005). La prevalencia global de los trastornos neurocognitivos dependen básicamente de la etiología del trastorno y las características de cada uno de estos, pero aun así se puede determinar que aproximadamente del 1-2% de las personas con 65 años o más y el 30% de 85 años o más padecen de algún trastorno neurocognitivo mayor, por otro lado, se estipula que del 2 al 10% de las personas de 65 años o más, y del 5- 25 % de los de 85 años o más pueden desarrollar algún tipo de trastorno neurocognitivo leve o menor (American Psychiatric Association, 2014).

El deterioro cognitivo leve (DCL), hace referencia al deterioro que supera lo normalmente esperado para la edad, pero no cumple con criterios de demencia ya que su funcionalidad no se encuentra alterada. Asimismo, este se divide en tres categorías, el DCL de tipo amnésico, de tipo multidominio y de tipo mono dominio. El de tipo amnésico se caracteriza por tener un declive funcional en la memoria que se encuentra hasta 1,5 desviaciones estándar por debajo de lo esperado para la edad y escolaridad del paciente. El tipo multidominio se caracteriza por tener un declive en varios de los dominios cognitivos comprometiendo el lenguaje, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y visuoespaciales con un desempeño de 0,5 a 1 desviación estándar por debajo de lo esperado de acuerdo a edad y escolaridad. Finalmente está el de tipo mono dominio que se caracteriza por el declive funcional en uno de los dominios cognitivos diferente a la memoria (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012; Miranda y colaboradores, 2015).

Por otro lado y de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), existen cuatro criterios diagnósticos para poder diagnosticar un trastorno neurocognitivo leve o DCL, los cuales son: a) evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos basadas en: 1) preocupación del individuo, informante o clínico, de un declive significativo en una función cognitiva y 2) deterioro moderado del rendimiento cognitivo, documentado por un test neuropsicológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa, b) los déficits cognitivos no interfieren en la independencia de las actividades cotidianas, c) los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium; d) los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.

Es importante resaltar que en la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2008), las demencias se encuentran en el grupo de los trastornos mentales orgánicos, donde se encuentran criterios diagnósticos

generales divididos en demencia leve, moderada o grave, además de esto encontramos criterios para los diferentes tipos de demencia; mientras que en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) se encuentra un capítulo denominado trastornos neurocognitivos, donde se establecen criterios diagnósticos para los trastornos neurocognitivos leves y mayores de forma general y criterios para cada uno de los subtipos, por lo que se entiende de acuerdo a ambas clasificaciones que el término demencia se incluye bajo el término trastorno neurocognitivo mayor, sin excluir el uso del término demencia en los subtipos etiológicos.

La demencia es conocida como un síndrome adquirido desarrollado por una causa orgánica, la cual puede producir un declive en las funciones mentales superiores que trae consigo una incapacidad funcional, siendo un grupo de signos y síntomas que configuran un síndrome caracterizado debido a su carácter pluripatológico (López-Pousa y Garre-Olmo, 2010). Slachevsky & Oyarzo, (2008), señalan que para plantear que existe un síndrome demencial, es necesario que exista la presencia de un deterioro o declive adquirido que va en congruencia con una etiología cerebral, ya sea de una o más funciones cognitivas, así como la presencia o no de alteraciones comportamentales, esto afectando e interfiriendo significativamente las actividades de la vida diaria del individuo, por lo que se considera una disminución en la autonomía de estos. Asimismo, se entiende que es el declive significativo en el desempeño de uno o más dominios cognitivos, objetivado en el desempeño neuropsicológico implicando desempeños de dos o más desviaciones estándar por debajo de lo esperado para la edad y escolaridad, de igual forma, hay un alto déficit en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, por lo que requiere asistencia permanente perdiendo la dependencia (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015), una de las características principales y que no se tiene muy en cuenta en las demencias es que existe anosognosia, es decir los pacientes que la padecen no tienen la noción de esta, adicionalmente puede presentarse ideas delirantes, episodios confusionales y depresiones, por lo que es importante tener en cuenta cada uno de estos

síntomas, identificando si es necesario o no un manejo farmacológico (Donoso Sepulveda, 2007).

En cuanto a la clasificación de las demencias (ver Tabla 1), se determina que se da a partir de los diferentes criterios, la más utilizada es la nosológica, que se basa en las patologías que causan el síndrome demencial, pero aun así, se utilizan otras características como la edad de los pacientes, el perfil neuropsicológico, la localización neuroanatómica para determinar si es cortical o subcortical, la neuropatología que determina que proteínas se encuentran implicadas, el conjunto sindrómico, la reversibilidad y la velocidad de progresión de la enfermedad (Nitrini & Dozzi Brucki, 2012).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), los trastornos neurocognitivos se caracterizan debido a que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana por lo que presenta un declive del funcionamiento adquirido previamente. Estos se pueden clasificar en 13 subtipos: a) debido a la enfermedad de Alzheimer, b) vascular, c) con cuerpos de Lewy, d) debido a la enfermedad de Parkinson, e) frontotemporal, f) debido a lesión cerebral traumática, g) debido a infección por VIH, h) inducido por sustancias/medicamentos, i) debido a la enfermedad de Huntington, j) debido a enfermedad por priones, k) debido a otra afección médica, l) debido a múltiples etiologías y m) no especificado.

Teniendo en cuenta el predominio de la lesión cerebral, se puede identificar que hay cuatro tipos básicos de demencia, a) cortical, b) subcortical, c) global y d) focal. En cuanto a la demencia cortical se sabe que se caracteriza por un declive en las funciones que están asociadas con el procesamiento neocortical asociativo. Las demencias subcorticales, esta relacionadas con enfermedades de las regiones cerebrales subcorticales, como lo son los núcleos grises neuronales, o la sustancia blanca subcortical que conecta los distintos centros cerebrales. Por otro lado, la demencia global, hace referencia a la presencia de déficits corticales y subcorticales que se desarrollan de forma conjunta, intensa y generalizada. Y finalmente las demencias

focales, se caracterizan al tener una afectación cognitiva selectiva (Pascual Millán, 2010).

Demencias corticales

Este tipo de demencias se caracteriza por la presencia de trastornos neuropsicológicos, siendo déficit en la memoria el principal, además, hay aparición de manifestaciones apráxicas, afásicas y agnósicas (Portellano, 2005). En cuanto a los síntomas se presentan diferentes tipos de déficits producto de atrofia en diferentes áreas cerebrales, como puede ser la corteza sensorial, corteza motora superior, corteza lingüística, corteza entorrinohipocámpica o en la frontal o pre frontal (Pascual Millán, 2010).

Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es caracterizada clínicamente como un síndrome demencial, el cual se reconoce por la disminución de los dominios cognitivos, en cuanto al diagnóstico de este síndrome es esencial que exista un déficit mnésico, que está acompañado y asociado a uno o más trastornos cognitivos, como puede ser un problema en el lenguaje (afasia), problemas en la gesticulación (apraxia), problemas de reconocimiento (agnosias), o problemas en las funciones ejecutivas (Campion, Benítez Toriello, & Hannequin, 2002).

Adicionalmente a los cambios cognitivos que se presentan en la EA se han identificado otros dos grupos de síntomas, como primero de estos están los trastornos neuropsiquiátricos y las alteraciones comportamentales, y como segundo están las dificultades que se presentan para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria. Esta es una enfermedad que tiene una evolución progresiva, la cual puede aumentar o durar de cinco a diez años más. Se identifica una pérdida neuronal localizada principalmente en las áreas de asociación de las cortezas frontal, temporal y parietal de ambos hemisferios. Aparte, en la EA se identifica que dentro de los signos patológicos más reconocidos son las placas seniles de amiloide y los

cambios u ovillos neurofibrilares formados principalmente por la proteína TAU. Se han logrado diferenciar dos tipos de la EA, estos identificados básicamente por la edad de inicio, antes de los 65 años es nombrada como presenil, y ya más adelante en la edad es determinada como senil o de aparición tardía (Jurado Luque, Mataró Serrat, & Pueyo Benito, 2014; Parra Bolaños, Fernández Medina y Martínez Restrepo, 2014).

Demencia por cuerpos de Lewy

Inicialmente se conoce que la Demencia Por Cuerpos de Lewy (DPCL) está asociada a un síndrome demencial acompañado de dificultades cognitivas, conductuales y alteraciones motoras; en cuanto a las alteraciones cognitivas se ha identificado que existen trastornos atencionales con alteración en las capacidades visuoperceptuales y visuoespaciales relacionados principalmente con un déficit colinérgico, además se puede caracterizar como cortico-subcortical, acompañado de trastornos ejecutivos, estas alteraciones se objetivan por medio de la disminución de la capacidad de los pacientes para realizar pruebas neuropsicológicas. Por otro lado, se ha reportado que en los pacientes con DPCL muestran un síndrome extrapiramidal que puede estar combinado con la presencia de mioclonías y temblores en acción, asimismo, se ha evidenciado trastornos autonómicos. La hiposmia y la presencia de otros trastornos de la percepción olfatoria suelen ser frecuentes en estos pacientes (Demey y Allegri, 2008). En cuanto a los trastornos del comportamiento en la DPCL, se relacionan principalmente con alucinaciones visuales, las cuales se han descrito por medio de las anomalías que se reportan en el comportamiento asociado al sueño REM (Toro, 2010), aunque también se presentan auditivas o mixtas; asociado también se presentan trastornos del comportamiento en el sueño paradójico (agitación nocturna), pesadillas, repetidos episodios de pérdida del conocimiento, caídas reiteradas, síndromes depresivos, y aumento de la sensibilidad a los neurolépticos (Paulin & Pasquier, 2010).

Demencia fronto-temporal

Como Demencia Fronto-Temporal (DFT) se entiende que es una enfermedad neurodegenerativa dentro de la cual se identifican cambios progresivos de la personalidad y el comportamiento, así como una alteración temprana que aumenta con el tiempo del lenguaje, dentro de esta enfermedad se ven relativamente preservadas en los estadios normales las capacidades mnésicas y visuoespaciales. Se han caracterizado tres síndromes dentro de esta enfermedad, la variante frontal, la afasia progresiva primaria no fluente y la demencia semántica. En cuanto a la variante frontal se ha identificado que su característica primordial es el trastorno de conducta y de personalidad que se presenta, este puede verse en la dificultad que presentan a la hora de modular el comportamiento en situaciones sociales, adicionalmente se observan conductas estereotipadas y rituales. Teniendo en cuenta las funciones cognitivas, se ha identificado que la memoria se encuentra un poco afectada, al igual que se presenta un déficit en la capacidad ejecutiva, del pensamiento abstracto, del razonamiento y de la fluencia verbal. Por otro lado, el afecto de las personas que padecen DFT variante frontal se describe como aplanado, donde muestran una escasa frustración (Charro-Gajate, Diéguez-Perdiguero, González- Martínez, 2010).

En la afasia progresiva primaria no fluente lo que sucede es que hay incapacidad por parte del paciente en encontrar las palabras, por lo que se obtienen bajos resultados en las pruebas cognitivas, esta se ha identificado con atrofas focales de la ínsula observado en Resonancia Magnética (RM); y finalmente en la demencia semántica se presenta la pérdida del significado de las palabras, reconocimiento de rostros o de objetos, objetivado por medio de la RM con una atrofia bilateral de los dos polos temporales, más predominante en el izquierdo (Paulin & Pasquier, 2010).

Ojea Ortega (2010), resalta que la fase prodrómica de la enfermedad es caracterizada principalmente por alteraciones conductuales y cognitivas, siendo las conductuales más significativas a la hora de la detección

de la enfermedad. Dentro de las alteraciones conductuales reconocidas en esta enfermedad está la apatía-abulia, la desinhibición e impulsividad, los comportamientos repetitivos, la pérdida en la capacidad de la introspección, para las emociones y para la empatía, cambios en la dieta y conducta alimentaria, síntomas psicóticos, pérdida de la higiene, entre otros.

Demencias subcorticales

Se entiende como demencia subcortical al conjunto heterogéneo de trastornos, caracterizado por tener cambios neuropatológicos en las estructuras subcorticales y un déficit neuropsicológico, que se suman a una enfermedad neurológica establecida previamente (Arango, Fernández & Ardila, 2003). Se conoce que las estructuras subcorticales son las más primitivas filogenéticamente y se refieren a las funciones atencionales, motivacionales y afectivas, donde el deterioro va acompañado por la conservación de muchas de las funciones instrumentales (corticales) (Paulin & Pasquier, 2010). Dentro de las características principales de estas demencias, se han identificado dos grandes grupos a) topografía, b) sintomatología; dentro del primero de estos se encuentran las alteraciones en los ganglios basales, en el mesencéfalo, en el tálamo o tronco cerebral; y en el segundo de estos encontramos las dificultades para recordar sin que exista afectación en el aprendizaje, anomia, lentitud en el discurso, apatía y alteración conductual precoz, rigidez, bradicinesia y temblor (Peña-Casanova, 2007).

Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson (EP) es conocida como una patología neurodegenerativa motora, de la cual sus causas no son muy claras, pero, aun así, la más conocida de estas es la muerte progresiva de las neuronas dopaminérgicas del sistema nervioso (Hurtado, Cárdenas, Cárdenas & León, 2016). Principalmente es una patología caracterizada por un temblor que se presenta

en reposo, el cual compromete las manos, los tobillos o la cabeza, de igual forma, se produce una rigidez que se presenta en los músculos flexores de los pacientes, esta da una apariencia de debilidad y letargia. Generalmente, las dificultades motoras que se presentan en la EP se manifiestan en problemas al momento de comenzar los movimientos y en la lenificación en la producción de estos. En estos pacientes es característico que el control fino de los movimientos se encuentre alterado, al igual que la coordinación, y la falta de mímica, por otro lado, se identifica que hay una incapacidad para lograr expresión facial (hipomimia) y bradicinesia, así como, disminución en la entonación y prosodia aparentando un lenguaje disártrico (Ardila & Rosselli, 2007).

Adicionalmente, se ha identificado que previamente a que se desarrolle la evolución de la EP existen alteraciones neuropsicológicas, características de un trastorno disejecutivo como base, acompañado de déficit en memoria, en lenguaje más específicamente en la fluencia verbal semántica, y una disfunción visuoespacial y construccional objetivada en pruebas como la figura compleja de Rey. Teniendo en cuenta esto se sabe que la alteración de este tipo de demencia es básicamente subcorticofrontal, donde hay afectación de la codificación y la recuperación de la información relacionada con el déficit presentado en la memoria. Por otro lado, se ha encontrado que las alteraciones neuropsiquiátricas más reconocidas en la EP son en la conducta, en el estado del ánimo o en la personalidad (Genís, 2010).

Enfermedad de Huntington

La Enfermedad de Huntington (EH), es una enfermedad neurodegenerativa autosómica dominante, caracterizada por movimientos coreicos, distonía, falta de coordinación, disminución en el rendimiento cognitivo y dificultades conductuales (Walker, 2007). Los signos clínicos de esta enfermedad se dividen en tres grupos, el primero de ellos son los trastornos motores, dentro de los cuales se encuentran la corea, distonía, tics, impersistencia motora, mioclonías, parkinsonismo y ataxia; el segundo

son los trastornos cognitivos, donde se han reconocido la amnesia, apatía y apraxia; y finalmente como tercero de estos están los trastornos de la conducta, como la irritabilidad, hipersexualidad, desinhibición, agresividad y conductas adictivas (López-Sendon Moreno y García de Yébenes Prous, 2010).

Adicionalmente, dentro de los dominios cognitivos que se ven afectados en la EH se encuentran cambios en la función ejecutiva, en el aprendizaje y la memoria, adicionalmente, se asocian cambios comportamentales; los cuales aparecen luego de darse anomalías motoras como la bradicinesia, y la corea (American Psychiatric Association, 2014).

Demencias vasculares

Las demencias vasculares son definidas como toda demencia secundaria producida a una muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos, se identifica que la presentación clínica difiere en función a la localización y magnitud de los infartos. Se da con comienzo fuerte con deterioro escalonado, presenta un curso fluctuante y con signos neurológicos focales. Como causas se conoce que pueden ser infartos múltiples, infarto único en área estratégica, enfermedad de pequeños vasos, hemorragias e hipoperfusión (Gil Gregorio & Martín Sánchez, 2007). En cuanto a características clínicas se tiene presente que existen tres, las cuales deben presentarse a la hora de determinar un diagnóstico; a) deterioro abrupto de por lo menos tres meses antes del Accidente Cerebro Vascular (ACV) en las funciones intelectuales, b) historia de trastorno de la marcha o de caídas recurrentes, c) frecuencia urinaria e incontinencia temprana (Román et al., 1993).

Pseudodemencia depresiva

Desde hace varias décadas, algunos investigadores de las demencias (ver Alarcón Velandia, 2004; Gil Chacón y Santamaría Barrios, 2010) han llamado la atención sobre la necesidad de distinguir el diagnóstico

de pseudodemencia depresiva (cada vez más frecuente en el ámbito hospitalario), con respecto a las categorías de demencia anteriormente descritas. Este cuadro tiene como característica diferencial el hecho de que es reversible, dado que se trata de una característica secundaria a un trastorno de estado de ánimo (depresión). En ese sentido, la reversibilidad es dependiente de la evolución del tratamiento de la depresión.

Emociones

A lo largo de la historia, las teorías acerca de las emociones han venido evolucionando, Paul Ekman es uno de los principales investigadores en este campo, quien nos habla de la universalidad de estas demostrando a lo largo de sus estudios que las emociones no se determinan culturalmente y además de esto tienen un origen biológico (Reeve, 2010). Es importante tener en cuenta que dentro del desarrollo emocional y social que presentan los seres humanos se identifica el conocimiento acerca de sí mismo y la percepción que cada individuo tiene hacia los otros, y es aquí donde entra en juego la cognición social, entendiéndola como la habilidad para percibir emociones de aquellos que están a nuestro alrededor, inferir lo que están pensando, comprender e interpretar sus intenciones, y las normas que gobiernan las interacciones sociales, (Rodríguez Sosa, Acosta Ojeda & Rodríguez Del Rosario, 2011), dentro de esta se encuentra el reconocimiento emocional y la teoría de la mente, lo cual es importante tener en cuenta a la hora de determinar cómo una persona es capaz de responder frente a una emoción determinada. En cuanto a la teoría de la mente, se registra que es la habilidad de considerar lo mental y emocional de otra persona, como reconocimiento emocional se entiende que es la identificación de emociones tanto positivas como negativas por medio de diferentes tareas de identificación (American Psychiatric Association, 2014).

Considerando que las emociones tienen un componente biológico significativo en la vida de los humanos encontramos que las estructuras cerebrales implicadas en éste son básica y principalmente la corteza

témporo-occipital, en especial el giro fusiforme, las zonas órbito-frontal y parietal derecha, la amígdala y los ganglios basales (Rodríguez Sosa, Acosta Ojeda, & Rodríguez Del Rosario, 2011). Asimismo, se ha encontrado que hay una relación estrecha entre la capacidad de reconocimiento faciales y el estado clínico de los pacientes, en donde los pacientes con más evolución tienen un desempeño no tan bueno como lo presentan aquellos pacientes que se encuentran en fases tempranas u agudas de la enfermedad (Cavieres & Valdebenito, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar que emoción hace referencia a un proceso que involucra tres componentes básicos, un componente vivencial, una reacción fisiológica y un comportamiento determinado; a partir de esto, a lo largo del estudio de las emociones, se han desarrollado diferentes investigaciones en donde se determina que existen diversos comportamientos relacionados con la vivencia de las emociones por parte de los individuos, lo que da pie a que se entienda que las emociones no son determinadas de la misma forma por los individuos; pero algo importante es que aunque no se configure de la misma forma la vivencia de las emociones existen características de éstas que hacen que se configuren de una manera en donde cada individuo la identifica, como sucede con los movimientos musculares que se dan al expresar una emoción, lo que genera una universalidad en el reconocimiento de éstas en cualquier cultura (Cereceda, Pizarro, Valdivia, Ceric, Hurtado, Ibáñez, 2010).

De igual forma, se ha identificado que las emociones son útiles a la hora de determinar el grado de confiabilidad hacia el otro y lo que este hace, asimismo, estas indican estados internos personales, deseos y hasta necesidades que podamos tener, lo que se ve reflejado en cada una de nuestras expresiones faciales. Por otro lado, es importante saber que éstas se dan de forma automática e involuntaria, es posible que puedan realizarse diferentes mecanismos de identificación por aspectos culturales o por las características de las situaciones en las que se presentan, pero estas tienen un gran componente de respuestas innatas. Dentro de las diferencias culturales o aspectos culturales que entran a

Tabla 1. Resumen tipos de demencias y sus características.

TIPO DE DEMENCIA	CORTICALES			SUBCORTICALES		
	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY	FRONTO TEMPORAL	Afasia progresiva primaria no fluente	PARKINSON	HUNTINGTON
			Variante Conductual			
Cambios Cognitivos	Déficit mnésico y/o Afasia (Dificultad en el lenguaje) / Apraxia (dificultad en la gesticulación) / Agnosias (Déficit en reconocimientos) / Déficit en funciones ejecutivas.	Trastornos atencionales en las capacidades visuoperceptuales y visuoconstructivas / Trastornos ejecutivos	Afectación leve en funciones mnésicas /Déficit capacidades ejecutivas / Déficit en pensamiento abstracto /Déficit en razonamiento/ Déficit en la fluencia verbal / declive en la cognición social	Anomia (incapacidad para encontrar las palabras) / Agnosia	Trastorno disejecutivo/ Déficit memoria/ Déficit fluencia verbal semántica/Disfunción visuoespacial y visuoconstructiva/ Bradicinesia /Disminución entonación y prosodia	Afección en la función ejecutiva, aprendizaje y memoria/Amnesia /apatia/ apraxia/ bradicinesia.
Otros síntomas	Trastornos Neuropsiquiátrico / Alteraciones comportamentales / Alteraciones en la realización de actividades de la vida diaria	Presencia de mioclonías y temblores de acción / Trastorno autonómico /Hiposmia (trastorno percepción olfatoria) / Trastornos de comportamiento (alucinaciones visuales, auditivas o mixtas) / Trastornos del sueño (agitación nocturna) / Episodios de pérdida del conocimiento / Ciudades reiteradas / Síntomas depresivos.	Cambios en Personalidad y comportamiento / Conductas estereotipadas y rituales/ Afecto aplanado	-	Temblor en reposo (manos, tobillos, cabeza) / rigidez (músculos flexores / Debilidad / Letargia / Hipomanía (Incapacidad para lograr expresión facial) / Alteraciones Neuropsiquiátricas	Trastornos motores (corea, distonía, tics...) / Falta de coordinación/ Dificultades conductuales (irritabilidad, desinhibición/ agresividad /Conductas adictivas.
Inicio	Insidioso	Insidioso	Insidioso		Insidioso	Insidioso
Progresión	Gradual (Aumento o duración de 5 a 10 años)	Gradual	Gradual		Progresivo	Progresivo (15 años)
Lesión anatómica	Pérdida neuronal localizada en las áreas de asociación de las cortezas frontales, temporales y parietales. / Placas seniles de amiloide / Cambios u ovillos neurofibrilares (proteína TAU)	Atrofia corteza cerebral / Muerte neuronal en sustancia negra/ Lesiones neuríticas.	Atrofia corteza orbitofrontal bilateral	Atrofias focales de la insula / Atrofia bilateral de los polos temporales (predominio izquierdo)	Muerte progresiva de neuronas dopaminérgicas.	Lesión cabeza núcleos caudado y putámen / Atrofia circunvoluciones de las regiones frontales y temporales
Tipos / Estadios	Presenil (Antes de los 65 años) Senil o aparición tardía (65 años o más)	-	Variante frontal Afasia progresiva primaria no fluente Demencia semántica	-	-	Estadio 1: síntomas neurológicos y psiquiátricos, progresión estable. Estadio 2: Discapacidad notoria, mayor dependencia en actividades, síntomas psiquiátricos más persistentes. Estadio 3: Completa dependencia.

Fuentes: Campion, Benítez Toriello, & Hannequin, 2002, Jurado Luque, Mataró Serrat, & Pueyo Benito, 2014. Demey y Allegri, 2008, Toro, 2010, Paulin & Pasquier, 2010, Charro-Gajate, Diéguez-Perdiguero, González- Martínez, 2010, Ojea Ortega, 2010, Ardila & Rosselli, 2007, Genis, 2010, Walker, 2007, López-Sendon Moreno y García de Yébenes Prous, 2010, American Psychiatric Association, 2014.

la hora de la identificación de estas, se puede resaltar que en Occidente se identifican por medio de la magnitud de los músculos faciales, especialmente de la boca, mientras que en Oriente se fijan en la expresión de los ojos (Reeve, 2010).

En cuanto a la emoción, se ha encontrado que tiene cuatro dimensiones importantes, lo subjetivo, lo biológico, lo funcional y lo expresivo. Estos cuatro componentes determinan un carácter diferencial de la emoción, por lo que para definir la emoción es importante conocer cada una de estas. La dimensión subjetiva hace referencia a la significancia y significado que cada individuo le da a la emoción, la biológica se refiere a la actividad cerebral y neurofisiológica que sucede al momento de la experiencia emocional, la funcional se refiere a como se vuelve beneficiosa para la persona luego de haberla experimentado, y finalmente esta la dimensión expresiva, la cual da paso a un aspecto comunicativo y social. De acuerdo con las teorías de la emoción, se han encontrado diferentes propuestas acerca de estas, especialmente nos centraremos en la propuesta de Paul Ekman la cual como fue mencionado anteriormente se basa en que hay expresiones faciales universales, dentro de las cuales encontramos la alegría, el miedo, la tristeza, el asco, la sorpresa y la ira (Reeve, 2010).

A lo largo de la historia, se han realizado diferentes estudios en donde se logra identificar como es el reconocimiento de emociones por parte de los seres humanos, en el año 2015, en Colombia se realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental en donde fue pertinente agregar el reconocimiento de emociones como uno de los temas a evaluar, en esta lo que se pedía a los participantes era reconocer el tipo de emoción por medio de fotografías que básicamente mostraban las seis emociones básicas. En cuanto a estos resultados se logró identificar que la emoción que más se reconoció con un 91,5 % fue alegría, con un 55% reconocieron sorpresa y un 65% identificó un rostro neutro o sin emoción; esto a partir de las emociones positivas como lo catalogan en el estudio. Por otro lado, en cuanto a las emociones negativas, como lo son el miedo, el asco y la tristeza, se logró identificar que solo el 19,7% de los encuestados

reconoció el miedo, el 21,8% el asco y el 27,4% identificó la tristeza. Algo que llama la atención en cuanto a los resultados a los que han llegado los autores, es que logran identificar que existen diferencias dependiendo de la edad, el nivel educativo y el nivel socioeconómico, encontrando que de acuerdo a la escolaridad se sigue reconocimiento más la alegría, la sorpresa y los rostros neutros. Asimismo, se registró que las personas más jóvenes y con más años de estudio reconocieron del 96,6% la alegría, teniendo un mayor porcentaje a las personas mayores de 45 años y sin escolaridad o con primaria completa, reconocieron un 87,6% la alegría. De igual forma, tuvieron en cuenta a las personas que se encontraban en situación de pobreza o no donde encontraron que hay un mayor reconocimiento ante los rostros neutros, donde los participantes de 18 a 44 años que no están en condición de pobreza reconocieron el 72,7% de estos frente a un 40,1% de los mayores de 45 años que se encuentran en situación de pobreza. Por otro lado, se encontró que las personas mayores que se encuentran en condición de pobreza tienden a reconocer la tristeza más fácilmente con un 34,8% a diferencia de los jóvenes en condición de pobreza que la reconocieron un 24,4% (Matallana et al., 2016).

Reconocimiento de emociones en las demencias

A lo largo del tiempo, se han desarrollado diferentes estudios por medio de los cuales se busca identificar cómo es el reconocimiento de las emociones por parte de los pacientes con algún tipo de demencia. Hargrave, Maddock y Stone (2002) encontraron que existe un deterioro significativo en la capacidad de reconocer expresiones faciales de las emociones por parte de los pacientes con EA, lo cual objetivaron con tres tareas específicas que midieron por medio del Facial Emotion Matching a) emparejamiento de emociones faciales, b) diferenciación de emociones faciales iguales y c) etiquetado de emociones faciales.

De igual forma, Taberero, Rubinstein, Cossini y Politis (2016) encontraron que existe un déficit en el reconocimiento de emociones con pacientes con EA, para

esto evaluaron tres tareas principalmente, denominación, apareamiento y selección, utilizando 60 fotografías del Pictures of Facial Affect para cada una de las tareas; donde identificaron que en la tarea de selección la media fue de 41,27, en la de apareamiento fue de 33,88 y en la de denominación fue de 37,04; así como que el 79% de los pacientes mostraron déficit en por lo menos dos de las tareas de reconocimiento. Adicionalmente a esto, identificaron que existen diferencias significativas entre el grupo control y los pacientes con EA en el reconocimiento de la tristeza, el enojo, el miedo, el asco y la sorpresa, pero no se encontraron diferencias con la emoción de alegría. Finalmente, algo interesante que encontraron estos autores es que sin importar el déficit en el lenguaje que pueda existir en los pacientes con EA, se justifica el déficit en el reconocimiento de las emociones básicas.

Igualmente, Cossini, Rubinstein y Politis (2013) realizaron un estudio con 16 pacientes con EA probable, 15 mujeres y un hombre, donde buscaban identificar si existía o no un déficit en el reconocimiento de emociones, para esto utilizaron 60 fotografías del Pictures of Facial Affect (POFA) de Ekman adaptado por Tabernero y Politis, 10 fotografías por cada emoción básica (alegría, tristeza, miedo, ira, asco sorpresa), para cada una de las tareas selección, apareamiento y reconocimiento. En la tarea de selección se le presentaban seis fotografías, una de cada emoción en una lámina, donde el participante debe señalar la emoción indicada verbalmente por el examinador; en la tarea de apareamiento se le presentan siete fotografías una por cada emoción excepto para la emoción blanco que se repite en la fotografía de la izquierda, el participante debe aparear cada fotografía de la izquierda con aquella que exprese la misma emoción; finalmente en la tarea de reconocimiento, se presenta una fotografía por lamina acompañada de seis etiquetas que denotan las seis emociones básicas, el participante debe seleccionar la etiqueta del nombre que corresponda a la fotografía mostrada. Como resultados encontraron que el 75% de pacientes mostraron alteración en alguna de las tres tareas desarrolladas, que el 75% presentaron alteración en las pruebas de reconocimiento

y selección y que el 69% presentó alteración en la tarea de apareamiento. Los autores concluyen que el bajo rendimiento en el reconocimiento de emociones en los pacientes con EA es independiente a otros tipos de déficit que puedan tener los pacientes, adicionalmente concluyen que el desempeño de estas tareas no es independiente a la severidad de la enfermedad.

Por otro lado, Heitz et al. (2016), realizaron un estudio con 33 pacientes con DPCL en etapas tempranas de la enfermedad, 15 con EA y 16 adultos mayores sanos como grupo control (HC), esto con el fin de poder evaluar la teoría de la mente en estos pacientes, para cumplir con su objetivo decidieron desarrollar tres tareas específicamente, the Faux Pas Recognition (FPR) test, the Reading the Mind in the Eyes (RME) test y Ekman's Facial Emotion Recognition test, principalmente nos importan los resultados de la segunda tarea realizada por los autores, donde encontraron que existió dificultad para reconocer la ira (DPCL 3,9, EA, 3,6 y HC, 3,6), el miedo (DPCL 2,1, EA, 1,9 y HC, 2,1), y la tristeza (DPCL 3,8, EA, 3,5 y HC, 3,7) así como que existió una diferencia en el reconocimiento de la sorpresa (DPCL 4,1, EA, 4,1 y HC, 4,9), en la alegría las puntuaciones fueron adecuadas (DPCL 4,8, EA, 4,8 y HC, 5,0) y finalmente en disgusto (DPCL 4,0, EA, 4,3 y HC, 4,3) y cara neutra (DPCL 4,5, EA, 4,5 y HC, 4,9) los resultados fueron más a la tendencia de tener un buen reconocimiento de estas emociones; en cuanto a una puntuación total del test los pacientes con DPCL tuvieron una puntuación de 27,1 /35 y el grupo control de 28,6 /35, por lo que los autores concluyen que existe un deterioro marcado en el reconocimiento de emociones más que todo en las negativas (miedo, asco, tristeza) por parte de los participantes.

En otro estudio se buscó estudiar la relación que existe entre la simulación motora y la simulación mental por medio de la evaluación de las praxias y el reconocimiento facial de emociones básicas (RFEB) en pacientes con DFT variante conductual, esto con 13 sujetos diagnosticados, para el reconocimiento facial de emociones básicas utilizaron la adaptación del POFA creada por Tabernero y Politis (2012) donde se

evalúan las seis emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa) en tres tareas específicas selección, apareamiento y denominación; para la evaluación cognitiva de praxias se incluyeron nueve pruebas, a) ejecución de gestos a la orden verbal; b) ejecución de gestos a la vista de las herramientas; c) uso de herramientas; d) discriminación gestual; e) decisión gestual; f) imitación de gestos familiares; g) asociación objeto-herramienta; h) denominación por función, e i) imitación de gestos no familiares. A partir de esto se encontró que el 61,5 % de los participantes presento alteración en el reconocimiento de emociones básicas y el 92,3% presentaron déficit práxico, adicionalmente las tres tareas de RFEB tuvieron correlación con ejecución de gestos a la vista de las herramientas; decisión gestual; imitación de gestos familiares, e imitación de gestos no familiares pruebas de la evaluación de las praxias. De acuerdo a los resultados, los autores refieren que se encontró una asociación significativa entre la alteración de ambos procesos (RFEB y evaluación de praxias), lo que permite una aproximación a afirmar que existe la relación entre la simulación motora y la simulación mental. Finalmente señalan que existe una relación entre la simulación mental y las seis emociones básicas, lo que implica que la observación de los rasgos faciales de este conjunto de emociones produce experimentación en los estados por medio del mecanismo de simulación en las seis emociones básicas (Cossini, Gomez, Rubinstein y Politis, 2016).

Taberero y Politis (2012), evaluaron a 14 pacientes (seis hombres y ocho mujeres) con DFT variante conductual, para la evaluación de las emociones básicas utilizaron 60 fotografías del Pictures of Facial Affect de Ekman, donde se tomaron 10 fotografías para cada una de las emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, asco sorpresa), y se realizaron tres tareas diferentes, selección, apareamiento y denominación, dentro de los resultados se obtuvieron medias y desviaciones estándar (SD) donde en la tarea de selección los pacientes obtuvieron un resultado de 47,57 con SD de 5,21, y el grupo control de 53 con SD de 3,14; en la tarea de

apareamiento los pacientes tuvieron una puntuación de 39,43 con SD de 7,58 y el grupo control de 46,81 y SD de 4,04; en la tarea de denominación los resultados de los pacientes fueron de 43,64 con SD de 7,13 y el grupo control de 50, 88 y SD de 3,01; y finalmente en el total de emociones los pacientes obtuvieron 130,64 con SD de 17,93 y el grupo control 150,69 y SD de 6,67. En cuanto a los resultados encontrados al emplear la prueba ANOVA, se identificaron diferencias significativas en el reconocimiento facial de emociones básicas por parte de los pacientes y el grupo control. Como conclusión los autores señalaron que hay alteración en el reconocimiento facial de emociones básicas por parte de los pacientes con DFT variante conductual, lo cual refuerza los reportes de la literatura.

En otro estudio con el fin de evaluar los procesos cognitivos involucrados en el desarrollo del test de caras, evaluaron a 20 pacientes con diagnóstico de DFT variante frontal; como instrumento, tomaron del test de caras emociones primarias y secundarias, el cual consta de 20 fotografías de la cara de una actriz, diez con emociones básicas y diez con estados emocionales complejos, en cada fotografía habían dos palabras que describían estados emocionales, la tarea del paciente era emparejar la palabra con la emoción demostrada en la fotografía; también tomaron la Lectura de la Mente en Ojos (LMO) emociones secundarias, que consta de 36 fotografías de la región de los ojos, cada una rodeada por cuatro nombres de emociones complejas y estados mentales, la tarea del participante era seleccionar entre las cuatro opciones cual describía mejor la fotografía. En cuanto a resultados, encontraron una correlación significativa entre el test de caras y LMO con r de Pearson= 0.024; adicionalmente encontraron doble disociación entre ambas pruebas, donde cinco participantes presentaron alteraciones en LMO y un rendimiento normal en el test de caras y dos participantes mostraron disociación complementaria. Los autores llegaron a la conclusión de que el reconocimiento de emociones básicas, que se identificó en el test de caras, es un proceso cognitivo disociable de la inferencia de los estados emocionales

secundarios que se dan por la mirada, lo cual concuerda con hallazgos previos en grupos de pacientes con DFT variante frontal.

En cuanto a la variante semántica de la DFT se ha encontrado que estos pacientes presentan una disminución en la empatía y el procesamiento emocional; Calabria, Cotelli, Adenzato, Zanetti y Miniussi (2009), realizaron un estudio con una paciente de 67 años, donde por medio del Ekman 60 Faces Test, evaluaron la comprensión de las emociones y su concordancia con el nombre, esto lo hicieron en dos partes, la primera de estas con la versión estándar del test (se mostraba una fotografía y la paciente debía elegir entre los seis nombres de las emociones, cual emoción era), encontrando que el rendimiento de la paciente estaba por debajo del límite de acuerdo a su edad en todas las emociones básicas: enojo 3/10, disgusto 2/10, miedo 1/10, alegría 4/10, tristeza 3/10 y sorpresa 4/10; la segunda de estas fue una modificación que los autores hicieron (en vez de mostrar la fotografía y las seis opciones de nombre, pero en lugar de las etiquetas verbales, se presentaron otras seis fotografías, se mostraban las seis posibles emociones básicas, debajo del estímulo objetivo), en esta encontraron que el rendimiento mejoró en comparación con la versión estándar: enojo 3/10, disgusto 4/10, miedo 4/10, alegría 10/10, tristeza 0/10 y sorpresa 4/10; pero aun así existió un déficit más que todo en el reconocimiento de las emociones negativas, aunque el miedo fue en compañía de la alegría fueron emociones que sobrepasaron el corte. Los autores concluyen, que la paciente se ve gravemente afectada en el reconocimiento de las emociones, aunque esto no impide a que ella sea capaz de sentir las.

En otro estudio, fueron tomados 24 pacientes con DFT de los cuales 18 padecían variante conductual y 6 variante semántica, la tarea consistió en 120 fotografías, equilibradas para cada tipo de emoción (ira, miedo, disgusto y alegría), mostrada en tres condiciones a) cara entera, b) ojos solamente, y c) ojos extraídos; por medio de esta tarea lograron identificar que existen diferencias entre el grupo control y el grupo de participantes con DFT, se encontró menos precisión en el reconocimiento de la

ira y el miedo en la condición de los ojos extraídos en comparación con las condiciones de cara entera y solo los ojos, por otro lado se identificó que en el reconocimiento del disgusto y la alegría, era más bajo en la condición solamente de los ojos con respecto a las condiciones de cara entera y las condiciones de los ojos extraídos, de acuerdo a estos resultados se menciona que para el reconocimiento de emociones negativas (ira, miedo) es importante la información que pueden proporcionar los ojos, y para el reconocimiento más que todo de la alegría es importante la región de la boca (Oliver, Virani, Finger y Mitchell, 2014).

Diehl-Schmid, Pohl, Ruprecht, Wagenpfeil, Foerstl, Kurz (2007), realizaron un estudio con 25 pacientes diagnosticados con DFT, donde por medio del Ekman 60 Faces Test, buscaron evaluar si este instrumento era apto para evaluar emociones en estos pacientes, donde lograron encontrar que los pacientes con DFT tiene un déficit en el reconocimiento de las emociones en comparación con el grupo control, identificaron que la mayor diferencia en el reconocimiento se dio en el asco y la ira, y la menor diferencia se dio en la alegría, por lo que concluyen que el instrumento es apropiado para medir este reconocimiento y que el déficit que presentan los participantes con DFT, no está relacionado como tal con el déficit cognitivo que presentan en las pruebas neuropsicológicas aplicadas.

Por otro lado, se reconoce que existen unos cambios cognitivos estipulados en la EP, pero aun así, por aparte se ha evaluado si hay alguna influencia de la enfermedad en el reconocimiento de emociones por parte de aquellos que la padecen. Herrera, Cuetos y Rodríguez-Ferreiro (2011), evaluó a 40 pacientes con EP y 19 adultos mayores sanos que no reportaban signos de deterioro por medio de pruebas neuropsicológicas, para el reconocimiento de emociones faciales utilizaron 18 fotografías del MacBrain Face Stimulus Set, la misión de cada participante era identificar que emoción básica era la representada en la fotografía. En cuanto a los resultados los autores encontraron que los pacientes con EP obtuvieron una media de 11.2 con SD de (2.01) en el reconocimiento de

las emociones mientras que el grupo control obtuvo una puntuación de 13,78 con SD de (0,91) para una puntuación total de 18, adicionalmente se identificó que 23 pacientes con EP estaban cognitivamente intactos aunque 13 de estos presentaban deterioro en el reconocimiento de emociones, y ya teniendo en cuenta todos los pacientes 26 tenían déficit en el reconocimiento.

En cuanto a la EH, se ha estudiado desde hace algunos años el reconocimiento de emociones y se ha encontrado que en esta enfermedad hay una dificultad en reconocer la expresión de asco, aunque es algo que se ha cuestionado en otros estudios; en un estudio en el que se realizó con diez pacientes con EH donde evaluaron por medio de 10 tareas el reconocimiento de emociones facial y vocalmente, y la comprensión de estas; se encontró que los déficits más marcados en estos pacientes se presentó en el reconocimiento de la emoción de enojo, lo que los autores relacionaron con el control de la ira en estos pacientes ya que es una característica de la EH (Snowden, Austin, Sembic, Thompsona, Craufurdd y Nearya, 2008).

En otro estudio Rees, Farmer, Cole, Henley, Sprengelmeyer, Frost, Scahill, Hobbs y Tabrizi, (2004) tomaron 15 pacientes con EH, los cuales de acuerdo al Total Functional Capacity, se encontraban en estadio uno de demencia. Por medio de tres tareas buscaron identificar como era el reconocimiento de emociones teniendo en cuenta diferentes modalidades de tareas, la primera de estas tareas constaba del Manchester Face Set, que es una variación del set de caras utilizados por Ekman, la segunda tarea consistió de unos estímulos vocales de una prueba de sonidos emocionales no verbales que correspondían a cada una de las seis emociones básicas (risas, sollozos, gruñidos...), y finalmente la tercer tarea consistía en unos clips de película que duraban un segundo por cada emoción, los cuales comenzaban con la producción de una cara neutra hasta terminar en el pico de la emoción. Lo que se encontró en este estudio fue que los pacientes con EH, tuvieron dificultades a la hora de reconocer el miedo, mientras que el disgusto y la alegría fueron las emociones con mayor reconocimiento por parte

de los participantes. Puntualmente, en la tarea número uno, se identificó que las diferencias significativas entre los participantes con EH y el grupo control se presentaron en el reconocimiento de la ira, el miedo y el asco; en la segunda tarea las diferencias se presentaron en el miedo y en disgusto. Finalmente se identificó que la tristeza, alegría y sorpresa no reportaron diferencias significativas con el grupo control en ninguna de las tres tareas del estudio. Como conclusión los autores reconocen que si existe un déficit en el reconocimiento de emociones y que este es independiente a la modalidad de la tarea por medio de la cual se evaluó, por lo que consideran necesario evaluar más a fondo si la modalidad de la tarea interfiere en el reconocimiento de las emociones, para de esta forma tener mejor diseño de instrumentos en futuras investigaciones.

Conclusiones

De acuerdo con lo revisado en cuanto a los temas de demencias/ trastornos neurocognitivos, emociones y reconocimiento de estas en los trastornos neurocognitivos, se han logrado identificar diferentes conclusiones e ideas pertinentes que pueden ser tenidas en cuenta a la hora de plantear una investigación o revisión relacionada con estos temas.

En cuanto a procesos cognitivos hay disminución en la memoria y el aprendizaje, aunque estos cambios dependen de las diferencias individuales y la plasticidad cerebral de cada individuo (Jurado Luque, Mataró Serrat & Pueyo Benito, 2014, Villa Rodríguez, Navarro Calvillo, & Villaseñor Cabrera, 2016, Ardila & Rosselli, 2007).

Por otro lado, se identificó que el deterioro cognitivo es la disminución de al menos uno de los dominios cognitivos, acompañada de la pérdida gradual o parcial de las capacidades ya aprendidas y declive en las actividades de la vida diaria (Pérez Martínez, 2005). Se reconoce que existen dos polos en cuanto a este, donde encontramos el deterioro cognitivo leve (DCL), y los trastornos neurocognitivos leves o mayores también reconocidos como demencias; en cuanto al DCL hay tres tipos el

amnésico, el multidominio y el mono dominio (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012), en cuanto a los trastornos neurocognitivos o demencias, se sabe que son síndromes adquiridos por causas orgánicas y en estos encontramos diferentes tipos dependiendo de sintomatología, características y etiología, la clasificación más reconocida es de predominio cortical o subcortical (López-Pousa y Garre-Olmo, 2010, Nitrini & Dozzi Brucki, 2012, Pascual Millán, 2010).

Como emoción se entiende al proceso que involucra el componente vivencial, una reacción fisiológica y un comportamiento determinado (Cereceda, Pizarro, Valdivia, Ceric, Hurtado, Ibáñez, 2010). Asimismo, se sabe que esta posee cuatro dimensiones, lo subjetivo, lo biológico, lo funcional y lo expresivo, y a partir de esto se han realizado diferentes teorías como lo es la de Paul Ekman, basada principalmente en que existen seis emociones básicas universales, las cuales sin importar quien las esté reproduciendo son reconocidas por los demás, estas son, alegría, tristeza, miedo, asco, ira y sorpresa, las cuales tienen unas características determinadas que son lo que facilita el reconocimiento de las mismas (Reeve, 2010).

El reconocimiento de emociones es un factor importante e influyente en el proceso de diagnóstico de un trastorno neurocognitivo, debido a que por medio de este se logra identificar si el paciente es consciente o no del otro y como este se encuentra, además permite discriminar el nivel de deterioro (American Psychiatric Association, 2014). Adicionalmente, este reconocimiento es diferente en cada uno de los tipos demencia, esto debido a que el comportamiento de cada una de estas es diferente y esto hace que se afecten distintos aspectos del reconocimiento.

Se encontró que existen evidencias del reconocimiento de emociones en los diferentes tipos de demencias, pero de igual forma hay un déficit en algunas, pues en lo encontrado hay más acerca de unas demencias que de otras, además no se encontró evidencia de estudios que evalúen el reconocimiento de emociones en las demencias vasculares. Se evidenció que es más difícil

identificar emociones negativas, la alegría es una emoción fácil de reconocer (Heitz et al., 2016, Cotelli, Adenzato, Zanetti y Miniussi, 2009, Diehl-Schmid, Pohl, Ruprecht, Wagenpfeil, Foersti, Kurz, 2007).

En la EA, se identifica que el deterioro no está ligado a los cambios cognitivos que se presentan en la enfermedad (Cossini y Politis, 2016, Cossini, Rubinstein y Politis, 2013). Se encontró que en tareas como emparejamiento, diferenciación y etiquetado de emociones hay un deterioro significativo (Hargrave, Maddock y Stone, 2002), además se evidencia que hay diferencias significativas en el reconocimiento de las emociones básicas a diferencia de la alegría que es una emoción que no representa dificultad para los participantes (Tabernerero, Rubinstein, Cossini y Politis, 2016), igualmente, se identificó que el bajo rendimiento en el reconocimiento de emociones en pacientes con EA es independiente a otros tipos de déficit que puedan presentar (Cossini, Rubinstein y Politis, 2013).

En cuanto a la demencia por cuerpos de Lewy, se encontró que en tareas de reconocimiento facial, los pacientes presentan un déficit en el reconocimiento de la ira, el miedo, y la tristeza principalmente, la sorpresa también presentó una diferencia, pero no tan significativa como con las emociones negativas, y finalmente en la alegría no hay diferencias con el grupo control (Heitz et al., 2016).

En la demencia fronto-temporal variante conductual se encontró que en tareas de selección, apareamiento y denominación presentan déficit en el reconocimiento de emociones (Cossini, Gomez, Rubinstein y Politis, 2016, Tabernerero y Politis, 2012), en tareas en donde no haya presencia de la información que los ojos puedan proporcionar a la hora del reconocimiento, se identifica una mayor dificultad en el reconocimiento de las emociones negativas, mientras que para el reconocimiento de la alegría es importante más que todo la región de la boca (Oliver, Virani, Finger y Mitchell, 2014), adicionalmente es importante resaltar que aunque hay un déficit en el reconocimiento de estos pacientes esto no impide que ellos puedan sentir las emociones (Calabria, Cotelli, Adenzato, Zanetti y Miniussi, 2009). En la variante


frontal se identificó que hay un proceso disociable de los estados emocionales secundarios que se dan por medio de la mirada (Tabernero y Politis, 2011).

En la EP se identifica que hay un déficit en el reconocimiento de emociones en comparación a adultos mayores sanos, es importante identificar si los pacientes están pasando por algún tratamiento específico que pueda afectar este proceso de reconocimiento además de identificar si están cursando un cuadro de deterioro cognitivo (Herrera, Cuetos y Rodríguez-Ferreiro, 2011).

En la EH, en tareas que requieren el reconocimiento de emociones por medio de fotografía o vocalmente, se evidencia dificultad a la hora de reconocer la ira, lo que autores relacionan con el control de la ira en estos pacientes (Snowden, Austin, Sembic, Thompsona, Craufurdd y Nearya, 2008). Por otro lado, también hay evidencia de que no hay diferencias significativas en las emociones de tristeza, alegría y sorpresa, pero si en el miedo, por ende, si existe un déficit en el reconocimiento, el cual es independiente a la tarea por medio de la cual se evalúe (Rees, Farmer, Cole, Henley, Sprengelmeyer, Frost, Scahill, Hobbs y Tabrizi, 2004).

Por otro lado, es importante saber que las diferentes tareas por medio de las cuales se evalúa el reconocimiento de las emociones obtienen diversos resultados, aun cuando se están midiendo las mismas emociones. Dependiendo de la tarea y de la patología que se esté presentando, el cerebro actúa de una forma u otra, por lo que es importante elegir de manera adecuada el instrumento con el cual se va a realizar la evaluación y así evitar sesgos y limitaciones. De igual forma, es importante documentarse acerca de los medicamentos o tratamientos que están recibiendo los participantes a evaluar pues, al no tener claridad de esto, existe la posibilidad de tener resultados erróneos, teniendo en cuenta que hay medicamentos o tratamientos que pueden disminuir las capacidades cognitivas, en este caso específico en el reconocimiento de las emociones.

Finalmente, las diferencias que se reportan en la literatura científica sobre reconocimiento de las

emociones en los diferentes cuadros de demencias o trastornos neurocognitivos ofrecen una oportunidad para la innovación tanto en las herramientas de evaluación como en la rehabilitación neuropsicológica. El reconocimiento emocional puede brindar un buen complemento de los instrumentos actuales que enfatizan más en los dominios cognitivos, teniendo en cuenta que es una capacidad sencilla de evaluar y existen diferentes tipos que se pueden utilizar, lo que permite que haya más oportunidad a la hora de diagnosticar a un paciente. 

Received: 10/12/2017

Accepted: 31/12/2017

REFERENCIAS

- Alarcón Velandia, R. P. (2004). A propósito de la pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(4), 387-398. Recuperado el 19 de febrero de 2018, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000400004&lng=en&tlng=es.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Arango, J. C.; Fernández, S. & Ardila, A. (2003). *Las Demencias Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento*. México: Manual Moderno.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicológica clínica*. México: Manual Moderno.
- Calabria, M., Cotelli, M., Adenzato, M., Zanetti, O. y Miniussi, C. (2009). Empathy and emotion recognition in semantic dementia: A case report. *Brain and Cognition* 70, 247–252.
- Campion, D., Benítez Toriello, M. G. & Hannequin, D. (2002). *La enfermedad de Alzheimer*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Cavieres, A. & Valdebenito, M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(2), 120-128.
- Cereceda, S., Pizarro, I., Valdivia, V., Ceric, F., Hurtado, E. & Ibáñez, A. (2010). Reconocimiento de emociones: Estudio neurocognitivo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* (18), 29-64.
- Charro-Gajate, C., Dieguez-Perdiguero, E. & González- Martínez, L.A. (2010). La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. *Psicogeriatría*, 2(4), 227-232.
- Cossini, F.C., Gomez, P.G., Rubinstein, W.Y. y Politis, D.G. (2016). Reconocimiento facial de emociones básicas y ejecución de gestos en demencia frontotemporal variante conductual. *Neurología Argentina*, 8, 246-252.
- Cossini, F., Rubinstein, W. y Politis, D. (2013). Estudio de las emociones básicas en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Anuario de Investigaciones*, 20, 311-316.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. & Bendejú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
- Demey, I. y Allegri, R.F. (2008). Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy. *Revista Neurológica Argentina*, 33(1), 3-21.
- Diehl-Schmid, J., Pohl, C., Ruprecht, C., Wagenpfeil, S., Foerstl, H., Kurz, A. (2007) The Ekman 60 Faces Test as a diagnostic instrument in frontotemporal dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 459–464.
- Donoso Sepulveda, A. (2007). Deterioro y demencia, orientación para médicos no especializados. *Cuadernos de Neuropsicología*. 2007; 1(2), 115 – 126.
- Genís Batlle, D. (2010). Demencia y enfermedad de Parkinson. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (Eds.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 301- 312). Madrid: Médica Panamericana.
- Gil Chacón, A. P. y Santamaría Barrios, E. M. (2010). *Pseudodemencia depresiva: revision de criterios diagnósticos y estudio de un caso*. Tesis (Especialización en Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico), Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia.

- Gil Gregorio, P. & Martín Sánchez, J. (2007) Demencia. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Eds.). *Tratado de Geriátría para residentes* (pp.173-188). Madrid: SEGG.
- Hargrave, R., Maddock, R.J. & Stone, V. (2002). Impaired Recognition of Facial Expressions of Emotion in Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuropsychiatric and Clinical Neurosciences*, 14(1), 64-71.
- Heitz, C., Noblet, V., Phillipps, C., Cretin, B., Vogt, N., Philippi, N., Kemp, J., Petigny, X., Bilger, M., Demuynck, C., Martin-Hunyadi, C., Armspach, J.P. y Blanc, F. (2016). Cognitive and affective theory of mind in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(10), 1-16.
- Herrera, E., Cuetos, F. y Rodríguez-Ferreiro, J. (2011). Emotion recognition impairment in Parkinson's disease patients without dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 310, 237-240.
- Hurtado, F., Cárdenas, M. A. N., Cárdenas, F. P., & León, L. A. (2016). La enfermedad de Parkinson: etiología, tratamientos y factores preventivos. *Universitas Psychologica*, 15(5), 1-27.
- Jurado Luque, M. A., Mataró Serrat, M. & Pueyo Benito, R. (2014). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid: Síntesis, S. A.
- López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, L.F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.
- López-Pousa, S. Y Garre-Olmo, J. (2010). La demencia: Concepto y epidemiología. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (Eds.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 29-40). Madrid: Médica Panamericana.
- López-Sendón Moreno, J.L. y García de Yébenes Prous, J. (2010). Demencia de la enfermedad de Huntington. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 365-378). Madrid: Médica Panamericana.
- Matallana, D., Gómez-Restrepo, C., Ramírez, P., Tamayo, N. & Rondón, M. (2016). El reconocimiento de emociones, la empatía y los juicios morales en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Supl. 1), 96-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.004>
- Miranda, A., Rimoldi, M. F., Pruvost, M., Viale, M., González Palau, F. y Cáceres, M. (2015). Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento. *Cuadernos de Neuropsicología*, 9(2), 30-48. DOI: DOI: 10.7714/cnps/9.2.202
- Nitrini, R. & Dozzi Brucki, S.M. (2012). Demencia: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98.
- Ojea Ortega, T. (2010). Clínica y tratamiento de la variante conductual de la demencia Fronto temporal. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (Eds.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 41-48). Madrid: Médica Panamericana.
- Oliver, L.D., Virani, K., Finger, E.C. y Mitchell, D.G.V. (2014). Is the emotion recognition deficit associated with frontotemporal dementia caused by selective inattention to diagnostic facial features? *Neuropsychologia*, 60, 84-92.
- Parra-Bolaños, N., Fernández-Medina, J. M. y Martínez-Restrepo, O. A. (2014). Funciones neurobiológicas y neuropsicológicas afectadas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer: Implicaciones y consecuencias en la Calidad de Vida. *Cuadernos de Neuropsicología*, 8(2), 242-265. DOI: 10.7714/cnps/8.2.206.
- Pascual Millán, L. F. (2010). Tipos básicos y clasificación etiopatológica de las demencias. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (Eds.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 41- 48). Madrid: Médica Panamericana.

- Paulin, M. & Pasquier, F. (2010). Síndrome demencial: diagnóstico y tratamiento. *EMC - Tratado de Medicina*, 14(3), 1–10.
- Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pérez Martínez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 21(1-2), 1–8.
- Rees, E. M., Farmer, R., Cole, J. H., Henley, S. M. D., Sprengelmeyer, R., Frost, C., Scahill, R. I., Hobbs, H. Z. y Tabrizi, S. J. (2014). Inconsistent emotion recognition deficits across stimulus modalities in Huntington's disease. *Neuropsychologia*, 64, 99–104.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (5ª ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Rodríguez Sosa, J.T., Acosta Ojeda, M. & Rodríguez Del Rosario, L (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 28-37.
- Román, G. C., Tatemichi, T. K., Erkinjuntti, T., Cummings, J. L., Masdeu, J. C., Garcia, J. H., et al. (1993). Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43, 250-260.
- Slachevsky, A & Oyarzo, F (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en: Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, E. (Eds.), *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial.
- Snowden, J.S., Austin, N.A., Semic, S., Thompson, J.C., Craufurdd, D. y Nearya, D. (2008). Emotion recognition in Huntington's disease and frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 46, 2638–2649.
- Taberero, M. E. (2016). Reconocimiento facial de emociones básicas y su relación con la teoría de la mente en variante conductual de la demencia fronto temporal. *Interdisciplinaria*, 33(1), 21-39.
- Taberero, M.E. y Politis, D.G. (2011). Reconocimiento facial de emociones básicas complejas en una población de pacientes con demencia frontotemporal variante frontal. *Anuario de Investigaciones*, 18, 311-315.
- Taberero, M.E. y Politis, D.G. (2012). Reconocimiento facial de emociones básicas y prosodia emocional en Demencia Frontotemporal variante conductual. *Revista Neuropsicológica Latinoamericana*, 4(4), 36-41.
- Taberero, M.E., Rubinstein, W. Y., Cossini, F.C. & Politis, D.G. (2016) Reconocimiento facial de emociones básicas en demencia frontotemporal variante conductual y en enfermedad de Alzheimer. *Neurología Argentina*, 8(1), 8–16.
- Toro, J. (2010). Demencia con cuerpos de Lewy. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3), 78-80.
- Villa Rodríguez, M. Á., Navarro Calvillo, M. E. & Villaseñor Cabrera, T. (2016). *Neuropsicología clínica hospitalaria*. México: Manual Moderno.
- Walker, F.O. (2007). Huntington's disease. *The Lancet*, 369, 218-228.
- Zapata, L. F. (2008). Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de leve a moderada. *Psicología desde el Caribe* (21), 64-84.