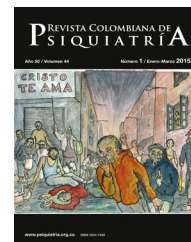




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Personalidad y Alzheimer

Personality and Alzheimer's



La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencias en el mundo y una de las primeras razones de discapacidad del adulto mayor^{1,2}. Existen varios factores clínicos y sociales que se han incluido como de riesgo de que se produzca esta alteración neurodegenerativa, y los rasgos de personalidad se encuentran entre ellos. Recientemente se han publicado revisiones sistemáticas que abordan este tema y, aunque es clara la asociación, los enfoques de intervención se encuentran en etapas incipientes^{3,4}.

Se ha considerado que la personalidad puede impactar en el riesgo de demencia de varias maneras al influir en los hábitos de salud, el número y la calidad de las relaciones sociales, la actividad cognitiva y las reacciones al estrés a lo largo de la vida. Los estudios referidos han mostrado que la personalidad puede tener injerencia entre otros en el estado socioeconómico, el divorcio y el logro laboral^{5,6}.

Existen varios modelos para explicar la personalidad. La mayoría de las investigaciones se han basado en el modelo de los 5 factores (también conocido como los 5 grandes). Este modelo operacionaliza la personalidad a lo largo de 5 amplias dimensiones: neuroticismo (la tendencia a experimentar emociones negativas como el miedo y la tristeza), extraversión (tendencia a la alta sociabilidad, la compañía de otros, el atrevimiento en situaciones sociales, evitar la soledad), apertura (la tendencia a preferir novedad y diversidad de experiencias, curiosidad intelectual), amabilidad (la tendencia a ser cooperativo, amable y confiado) y responsabilidad (la tendencia a ser organizado, persistente y cuidadoso)^{3,7}.

Los rasgos de personalidad tienen vínculos sólidos con factores de riesgo psicológicos, conductuales y clínicos. Se ha descrito que el neuroticismo es un fuerte factor de riesgo de depresión mayor; por su parte, los bajos niveles de responsabilidad están relacionados con el consumo de cigarrillos, la inactividad física y la obesidad⁸.

La asociación de rasgos de personalidad con algunos factores de riesgo ha motivado la realización de diversos estudios para tratar de dilucidar este aspecto. El metanálisis de Terracciano resumió los resultados de 5 estudios prospectivos bien estructurados hasta la fecha. Se incluyó a 5.054 individuos que al inicio del seguimiento no presentaban deterioro cognitivo.

Estos sujetos completaron el cuestionario de personalidad NEO que evalúa las 5 dimensiones de la personalidad mencionadas y se les dio seguimiento para determinar la influencia que tendrían los rasgos de personalidad evaluados en el desarrollo de demencia y deterioro cognitivo leve. Hubo evidencia consistente de que los individuos que obtuvieron puntuaciones más altas en neuroticismo o más bajas en responsabilidad tuvieron un mayor riesgo de sufrir alteraciones cognitivas. Las relaciones encontradas entre el neuroticismo y la responsabilidad fueron independientes entre sí y no hubo una interacción entre los 2 rasgos⁹.

El efecto del neuroticismo y la responsabilidad no solo concuerda entre los estudios, sino que también son de una magnitud no despreciable. En el estudio de Wilson, por ejemplo, las personas que obtuvieron puntuaciones en el 10% inferior de la responsabilidad tenían casi el doble de riesgo de sufrir Alzheimer, a diferencia de los que puntuaron en el 10% más alto. De manera similar, en el Estudio Longitudinal de Baltimore sobre el Envejecimiento, los individuos con puntuaciones en el cuartil superior del neuroticismo o el cuartil más bajo de responsabilidad mostraron un riesgo 3 veces mayor de sufrir demencia de tipo Alzheimer¹⁰. Los datos presentados no son nada despreciables, dado que colocan a estos rasgos de personalidad como uno de los factores de riesgo importantes, en la magnitud de la hipertensión, la diabetes y la obesidad en el caso de las enfermedades cardiovasculares.

Los rasgos de personalidad también se asocian con las quejas de memoria. Las personas que obtienen una puntuación más alta en neuroticismo o más baja en responsabilidad reportan más quejas cognitivas y peor memoria autoevaluada. Estas quejas subjetivas a su vez se han asociado con un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer^{11,12}.

Son varias las formas en que los rasgos de personalidad pueden influir en el desarrollo de demencia y en especial del tipo Alzheimer. Una de estas describe que los rasgos de personalidad típicos pueden moldear a lo largo de la vida las reacciones de una persona ante el estrés, las conductas para proteger su salud y la participación en actividades físicas, cognitivas y sociales⁵. Otros estudios han asociado diversos trazos de personalidad con marcadores inflamatorios,

genotipo APOE, patrones de actividad o las afecciones vasculares¹³.

Los rasgos de personalidad pueden moderar la aparición de signos clínicos de demencia en individuos con patología típica de enfermedad de Alzheimer¹⁴. Esta hipótesis se ha probado comparando los rasgos de personalidad de sujetos que desarrollaron demencia con aquellos que no a pesar de haberlos encontrados en la autopsia neuropatología típica. En comparación con personas diagnosticadas de demencia, los individuos asintomáticos obtuvieron puntuaciones más altas en responsabilidad y menores en el neuroticismo. Estos hallazgos indican que un perfil de personalidad específico tiene un papel importante en la interfaz de los procesos neuropatológicos y la manifestación de los síntomas clínicos⁹.

Las estimaciones del riesgo atribuible a la población apuntan que alto neuroticismo y baja responsabilidad pueden representar aproximadamente el 10% de los casos de enfermedad de Alzheimer. Los rasgos de personalidad podrían ser, por lo tanto, un objetivo prometedor de las intervenciones dirigidas a prevenir o reducir la carga de esta enfermedad. Las intervenciones encaminadas a cambiar los aspectos desadaptativos de la personalidad son particularmente atractivas porque se piensa que estos rasgos son causas distales de la enfermedad y están vinculadas a otros factores de riesgo. Además de los posibles beneficios directos, la reducción del neuroticismo y el aumento de la responsabilidad podrían tener el beneficio adicional de reducir otros factores de riesgo, como la inactividad física, el aislamiento social, el consumo de cigarrillos, la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular. A pesar de los posibles beneficios directos e indirectos, se sabe relativamente poco acerca de los efectos de las intervenciones en la personalidad^{4,15,16}.

Se han probado enfoques farmacológicos, cognitivo-conductual y educativo para modelar los rasgos de personalidad, pero sus resultados no han sido consistentes. Los medicamentos pueden tratar las condiciones clínicas, pero se debe tener cuidado con los posibles efectos secundarios, incluso en la capacidad cognitiva. Las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado utilidad específica para cambiar un hábito, no así para modelar la personalidad propiamente dicha. Las intervenciones en aras de mejorar la actividad física han mostrado algún beneficio en la modulación de rasgos de personalidad, pero aún no está probada su capacidad a largo plazo¹⁷.

Los planes de entrenamiento educativo para mejorar niveles de neuroticismo y responsabilidad no han dado los resultados esperados. Se ha descrito que la variable más importante para el adecuado desarrollo del entrenamiento es el convencimiento del participante en querer mejorar, y esto no siempre se obtiene en pacientes mayores con una estructura de personalidad sólida.

A pesar de estos hallazgos, se deberá insistir en nuevos métodos específicos para la modulación de los rasgos de personalidad. Existe un interés creciente en los modelos de entrenamiento individuales que reconocen y respetan las preferencias, los valores, los intereses y las necesidades únicas de cada persona. Es probable que el reconocimiento de las diferencias intrínsecas de la personalidad particular y otras

disposiciones psicológicas básicas cambie el enfoque y produzca intervenciones más efectivas.

En conclusión, aunque se reconoce la asociación entre algunos rasgos de personalidad, en especial altos niveles de neuroticismo y bajos de responsabilidad, y la aparición de demencia, aún se está lejos de disponer de herramientas para que su modulación impacte en la disminución de la carga de la enfermedad. Se requieren urgentes esfuerzos para el diseño y la ejecución de planes de intervención en estos rasgos particulares. Un enfoque centrado en el individuo aunado al deseo intrínseco de cambio podría ser una alternativa que explorar.

Financiación

No se recibió ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2018;25:59–70.
2. Bondi MW, Edmonds EC, Salmon DP. Alzheimer's disease: past, present, and future. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23:818–31.
3. Terracciano A, An Y, Sutin AR, Thambisetty M, Resnick SM. Personality change in the preclinical phase of Alzheimer disease. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:1259.
4. Islam M, Mazumder M, Schwabe-Warf D, Stephan Y, Sutin AR, Terracciano A. Personality changes with dementia from the informant perspective: new data and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:131–7.
5. Wang Y, Du Y, Li J, Qiu C. Lifespan intellectual factors, genetic susceptibility, and cognitive phenotypes in aging: implications for interventions. *Front Aging Neurosci*. 2019;11:129.
6. Escher CM, Sannemann L, Jessen F. Stress and Alzheimer's disease. *J Neural Transm*. 2019;126:1155–61.
7. Terracciano A, Stephan Y, Luchetti M, Albanese E, Sutin AR. Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *J Psychiatr Res*. 2017;89:22–7.
8. Caselli RJ, Langlais BT, Dueck AC, Henslin BR, Johnson TA, Woodroof BK, et al. Personality changes during the transition from cognitive health to mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:671–8.
9. Terracciano A, Sutin AR, An Y, O'Brien RJ, Ferrucci L, Zonderman AB, et al. Personality and risk of Alzheimer's disease: New data and meta-analysis. *Alzheimers Dement*. 2014;10:179–86.
10. Ferrucci L. The Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA): a 50-year-long journey and plans for the future. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63:1416–9.
11. Koller OM, Hill NL, Mogle J, Bhang I. Relationships between subjective cognitive impairment and personality traits—a systematic review. *J Gerontol Nurs*. 2019;45:27+.
12. Markova H, Andel R, Stepankova H, Kopecek M, Nikolai T, Hort J, et al. Subjective cognitive complaints in cognitively healthy older adults and their relationship to cognitive performance and depressive symptoms. *J Alzheimer Dis*. 2017;59:871–81.

13. Tautvydaite D, Antonietti JP, Henry H, von Gunten A, Popp J. Relations between personality changes and cerebrospinal fluid biomarkers of Alzheimer's disease pathology. *J Psychiatr Res.* 2017;90:12-20.
14. Cipriani G, Borin G, Del Debbio A, Di Fiorino M. Personality and Dementia. *J Nerv Ment Dis [Internet].* 2015;203(3.). Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2015/03000/Personality_and_Dementia.10.aspx.
15. Terracciano A, Sutin AR. Personality and Alzheimer's disease: An integrative review. *Personal Disord Theory Res Treat.* 2019;10:4-12.
16. Rouch I, Dorey JM, Padovan C, Trombert-Paviot B, Benoit M, Laurent B, et al. Does Personality Predict Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia? Results from PACO Prospective Study. *J Alzheimers Dis.* 2019;69:1099-108, <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-190183>.
17. Balfour A. Facts, phenomenology, and psychoanalytic contributions to dementia care. In: *Looking into Later Life.* Routledge; 2018:222-47.

Loida Camargo Camargo^{a,*}, María Cecilia Díaz Rodríguez^b y Norman Darío López Velásquez^c

^a Neuróloga, Epidemióloga, Master en Neurociencias, PhD(c)

Neurociencia Cognitiva, Universidad del Sinú, Cartagena, Bolívar, Colombia

^b Residente de Neurología, Universidad del Sinú, Cartagena, Bolívar, Colombia

^c Universidad de la Costa, Barranquilla, Atlántico, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loida.camargo@hotmail.com

(L. Camargo Camargo).

0034-7450/

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.008>