

# INFRADIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

MARTÍN DE FRANCISCO. E, MARIN CORDOVILLA. FJ, MUÑOZ VELEZ. M, ALVAREZ GOMEZ E, CANO RIUDAVETS. I, GARGANTILLA MADERA. P, ORTIZ VEGA. M. (HOSPITAL EL ESCORIAL, MADRID).

## ANAMNESIS:

Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, depresión (Vortioxetina 10mg) y angina estable; situación funcional intacta (Barthel 100/100). Derivada desde Atención Primaria a consulta de Geriátrica por problemática social con sospecha de violencia de género (discusiones frecuentes, agresividad física y verbal de la paciente hacia su esposo y llamadas repetidas a la policía). En la entrevista se intuía ideación delirante paranoide hacia familiares y celotipia con el cónyuge. Sus hijos valoraban la posibilidad de separar al matrimonio y denunciarla.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

MEC Lobo 32/35, TRO 2+4+1, TAC craneal: atrofia corticosubcortical de predominio frontal y arteriopatía de pequeño vaso leve. PET no disponible en nuestro centro.

## DIAGNÓSTICO:

Probable demencia frontotemporal de predominio frontal.

## TRATAMIENTO:

Se rotó Vortioxetina a Citalopram, se añadió Quetiapina a dosis bajas, se hizo interconsulta a Trabajo Social y se expuso el caso en el Comité de Violencia.

## EVOLUCIÓN:

Mejoría afectiva notable, precisó reajustes repetidos de neuroléptico por agresividad en aumento. Al año de seguimiento se encontraba controlada, sin conflictos disruptivos con su marido y muy adaptada a sus rutinas diarias permaneciendo en su domicilio habitual.

## DISCUSIÓN:

La prevalencia de malos tratos en ancianos en la comunidad es del 12% y suelen ser ejercidos por el varón a la mujer. En el caso que se presenta, si que existía patología psiquiátrica subyacente pero no había debutado con agresividad hasta ahora, cognitivamente estable.

La violencia de género ejercida por los pacientes con demencia (sobre todo en los que el resto de funciones superiores no están tan afectadas) representa una situación de alta complejidad dada la atipicidad de síntomas, la falta de programas de prevención y detección, la desinformación de cuidadores y profesionales y la demora burocrática. Es necesario optimizar las estrategias al respecto abogando por el respeto de los derechos de los pacientes con demencia.

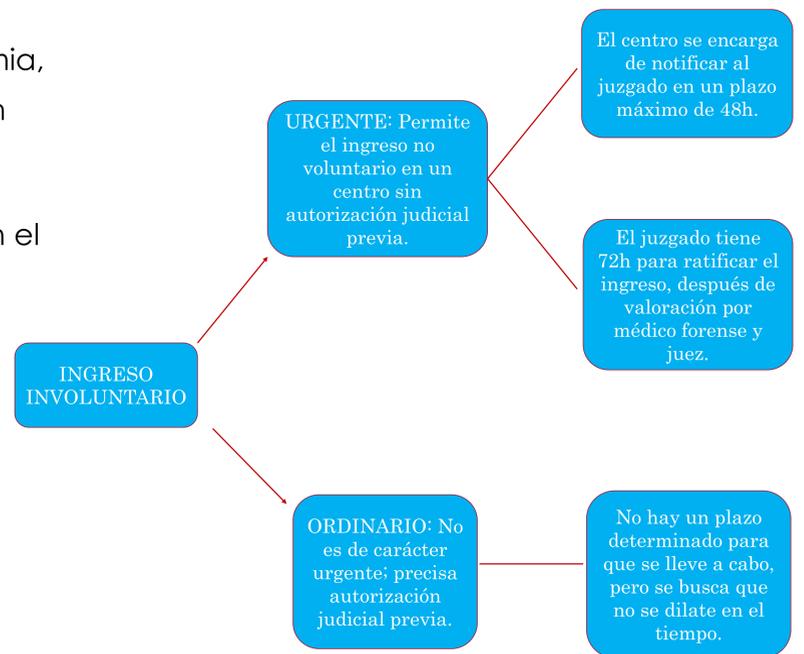


Figura 1. Tipos de ingreso involuntario (que pueden llevarse a cabo paralelamente al proceso de incapacitación).



Figura 2. Proceso de incapacitación jurídica.



Imagen 1. TAC craneal.