

Declive cognitivo subjetivo y estrategias de atención tempranas: Abordaje de una sintomatología preclínica

Alfonso Cuadros Riobó

Psicólogo General Sanitario. Cognitiva Unidad de Memoria

guión

1. Definiendo el deterioro cognitivo subjetivo.
2. Evidencias y heterogeneidad en la investigación sobre el SCD.
 - 2.1. Funciones cognitivas alteradas en personas con declive cognitivo subjetivo.
 - 2.2. Correlato del declive cognitivo subjetivo con alteración emocional
 - 2.3. Marcadores biológicos y alteraciones morfológicas cerebrales en SCD
3. Propuestas para la detección e intervención temprana.
4. Conclusiones.

1. Definiendo el deterioro cognitivo subjetivo (subjective cognitive decline,SCD)

La persona con SCD es alguien con 45 o más años de edad y que cree que le ocurre lo siguiente (en los últimos dos años aprox.)



- De vez en cuando olvida el móvil (o llaves) y algún otro objeto de uso cotidiano.
- De vez en cuando no recuerda qué iba a hacer a una habitación en casa
- Le cuesta memorizar la compra o listas (no las retiene o “le da pereza” hacerlo)
- A veces se bloquea ante actividades complejas (“no sabe por donde empezar”): como ordenar sus papeles de la mesa del despacho o al hacer zafarrancho en casa...
- Se siente molesto, desasosegado incluso ansioso, por estos contratiempos (lo olvida después de cada episodio)
- No quiere que los demás detecten sus olvidos (la familia, el trabajo)
- Tiene ocasionales ideas de que puede estar iniciando una enfermedad como el Alzheimer“o peor”
- No quiere o tiene pánico de ir al médico a contarlo...

- El SCD en personas adultas mayores sanas, son manifestaciones y quejas referidas a su autopercepción de mal rendimiento cognitivo (memoria principalmente) no objetivado en test neuropsicológicos (Jenssen et al, 2014), con probabilidad de progresar a demencia.

antecedentes

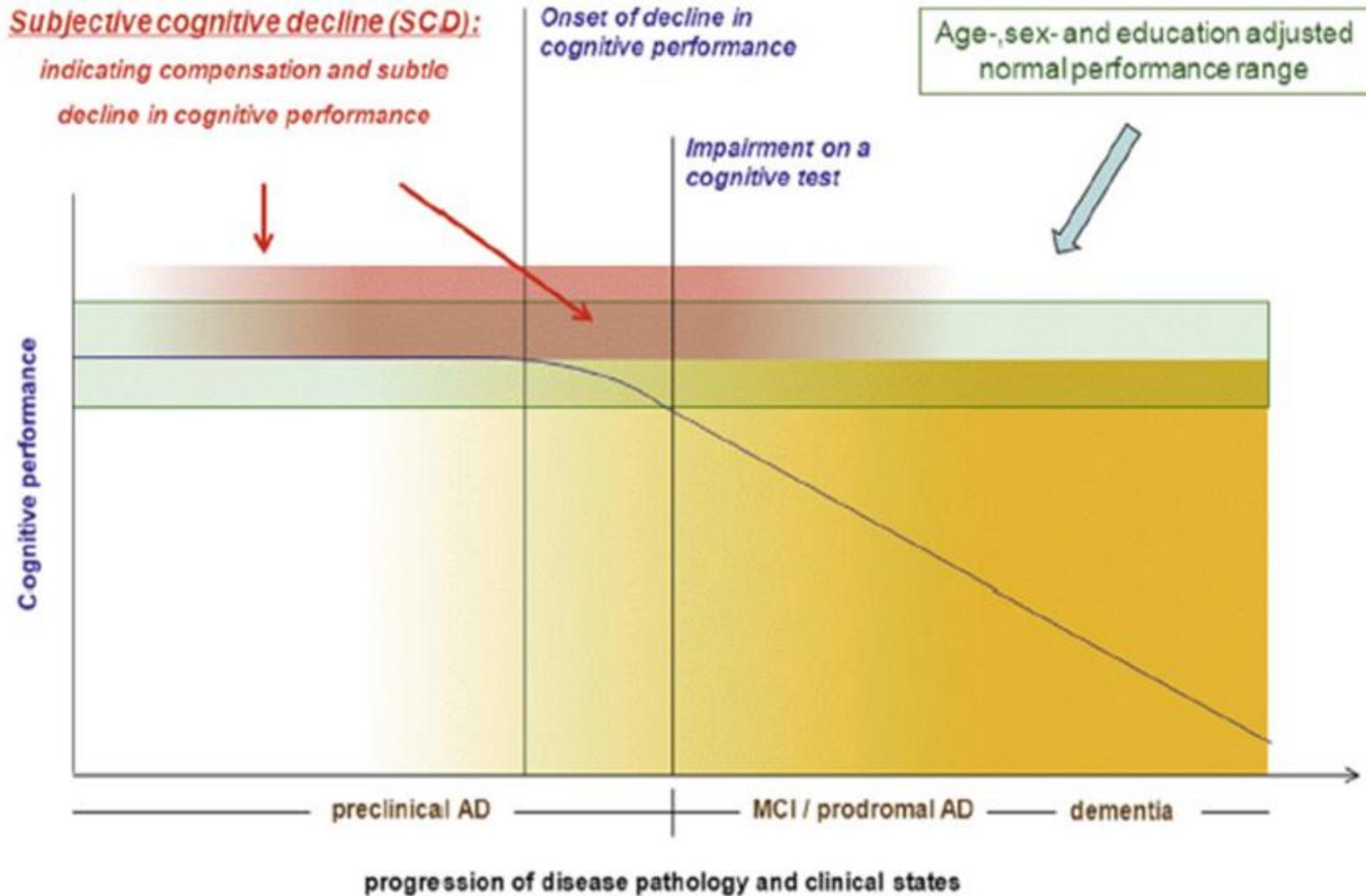
- Las “quejas de memoria”
- Alteración de la Memoria Asociada a la Edad (Montejo et, 2014)
- Estadio 2 de la escala GDS (Global Deterioration Scale) de Reinsberg

Criterios del SCD-I

Subjective Cognitive Decline Initiative (2012)

- Fuera informado a un médico de atención primaria o especialista de memoria, en un estudio poblacional, en un estudio con muestras de voluntarios o en otras situaciones.
- Debe darse asociación del SCD con la búsqueda activa de atención médica
- Expresado espontáneamente o ante una pregunta
- Sostenido en el tiempo durante años
- El declive sería de la memoria y de otros dominios cognitivos, especificándose cual (atención, lenguaje,...)
- Existencia de preocupación en la persona por estos problemas que detecta.
- Existencia de sentimiento de tener la memoria peor que otras personas de la misma edad.
- Debería existir asociación de las quejas con el deterioro
- Presencia del genotipo de APOE $\epsilon 4$ Genotipo presente en el 40-65% de personas con EA

#EVOLUCION



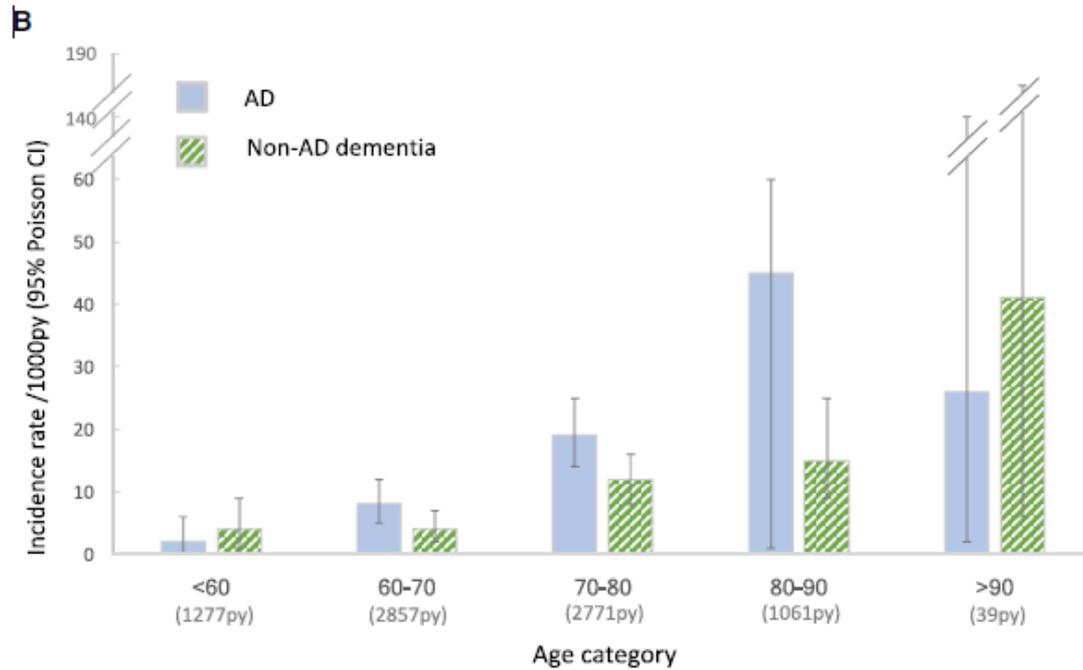
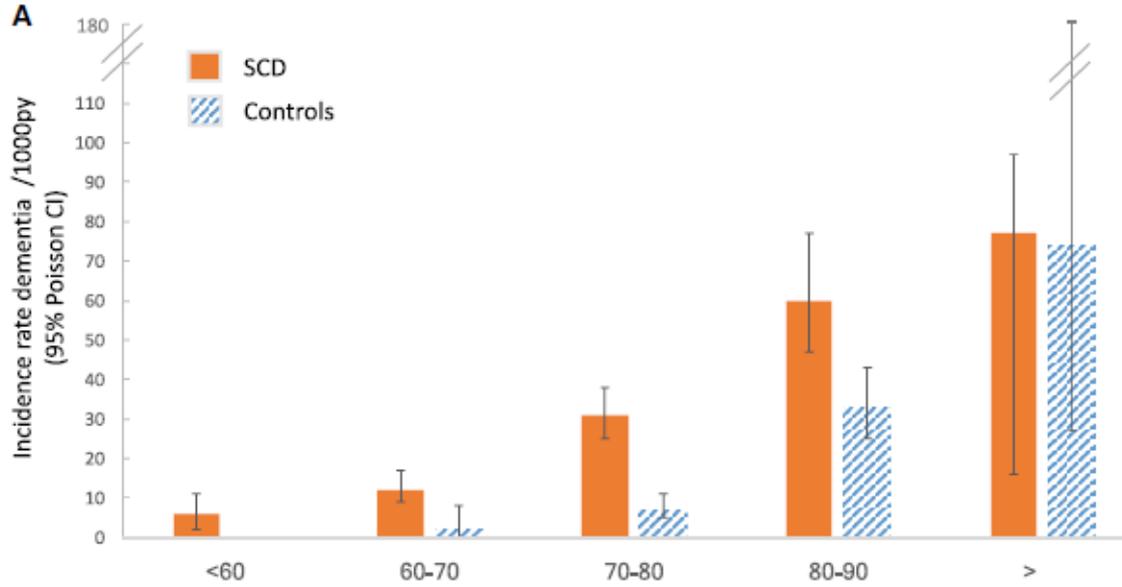
Curso del declive cognitivo con la patología progresiva de la EA (Fuente: Jensen et al, 2014)

La neurodegeneración y el SCD

- evidencias de esa progresión del SCD a DCL y a demencia (EA) del 6,67% a DCL y un 2,33% de los SCD a demencia (Mitchell et al, 2014)
- estudio multicéntrico internacional (9 países): un 17,7% de cada 1.000 personas con SCD progresaba a algún tipo de demencia, y que un 11,5% a EA (Slot et al (2019)

#EVOLUCION

Incidencia de tasas de demencia y EA, por edad en grupos SCD, EA, NO-EA y control (Fuente: Slot et al, 2019)



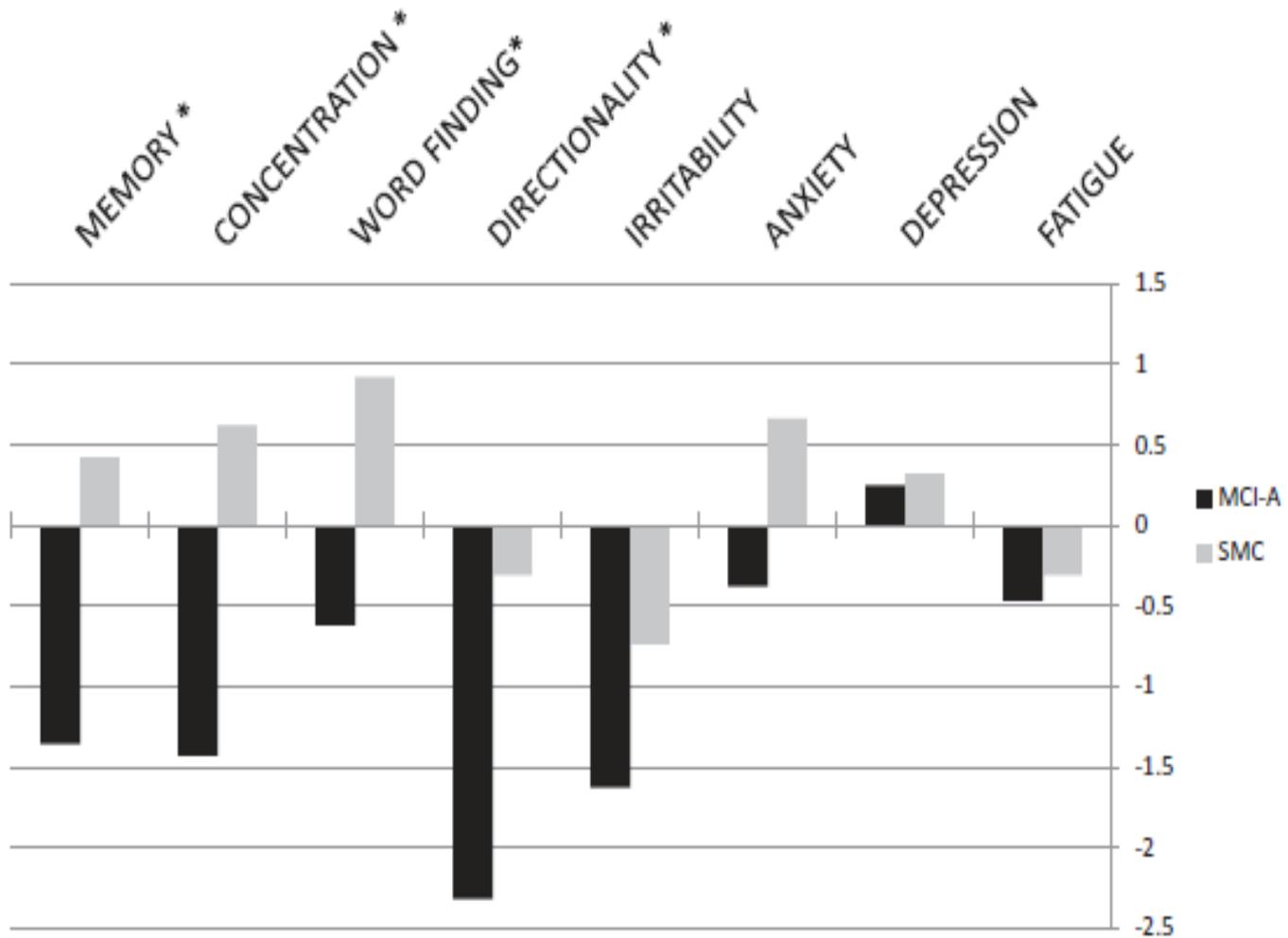
2. Evidencias y heterogeneidad en el estudio del SCD

Funciones cognitivas alteradas en el SCD

- Recuerdo verbal diferido Jessen et al. (2007), Timothy et al. (2011)
- peor rendimiento en memoria visual, memoria de trabajo y memoria verbal (Montenegro et al, 2013)
- Mollica et al (2015) encontraron disfunciones incipientes en la coordinación visomotora y el control motor en preclínica de la EA
- Presencia de estrés percibido y problemas del control ejecutivo, del control emocional, del control de conducta social, motivacionales y atencionales se relacionan con una mayor presencia de quejas subjetivas de memoria. (Molina-Rodriguez et al,2018)

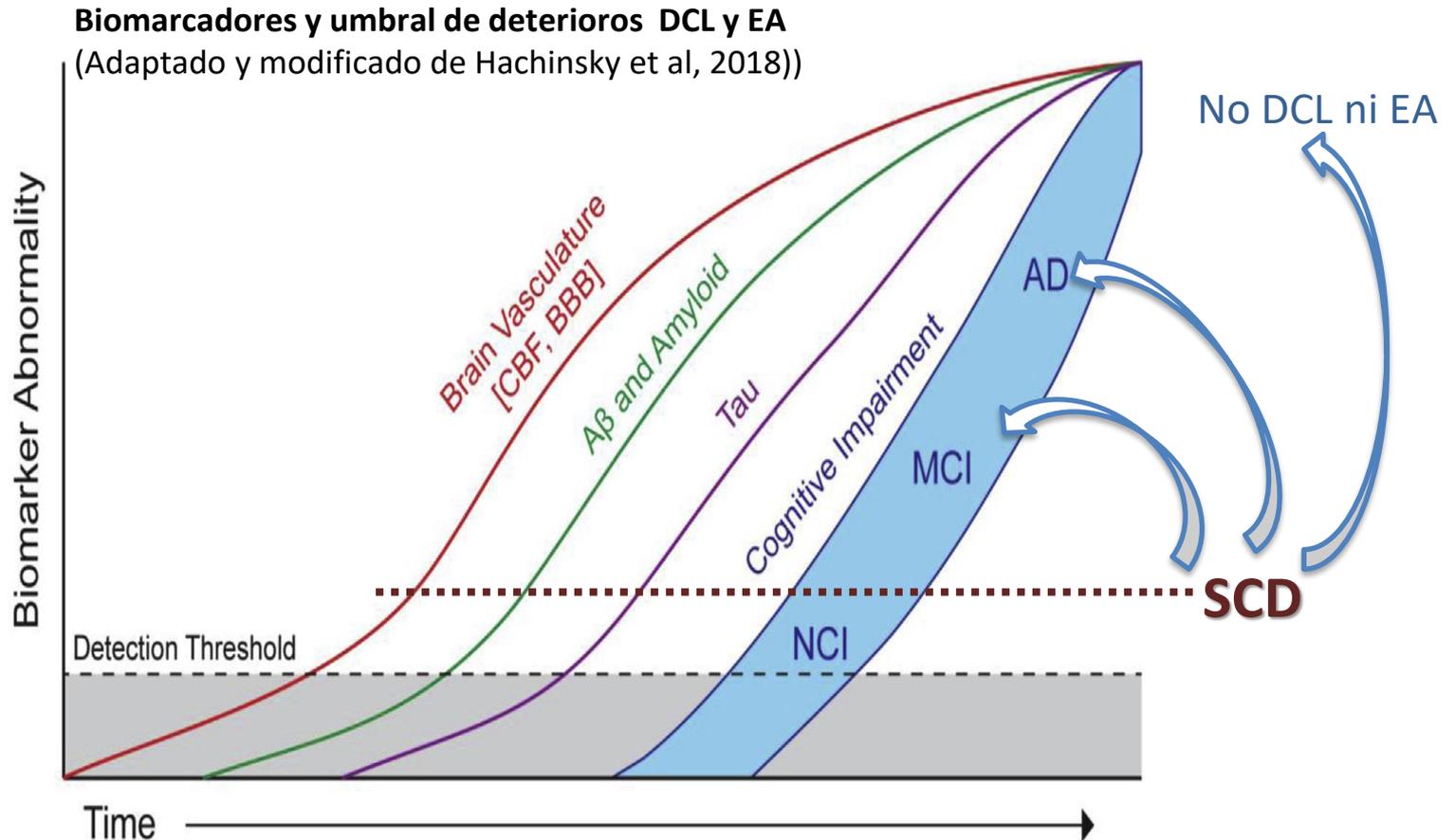
SCD versus problemas emocionales

- DEPRESIÓN (VVAA autores). García-Ptacek et al (2013) :el papel de la depresión en la queja cognitiva y la demencia, podría explicarse desde un modelo multifactorial, al causar déficit atencional y motivacional, provocando quejas cognitivas, actuando en la fase preclínica como factor de riesgo de demencia y, finalmente, siendo síntoma asociado en las demencias manifiestas
- ANSIEDAD: relación lineal considerable y significativa entre el fenómeno de las quejas de memoria y la sintomatología ansiosodepresiva; Pellicer-Porcar y otros (2014)
- diferencia importante entre SCD y DCL en el mayor grado de ansiedad registrado por el grupo de SCD



Diferencias entre SCD y DCL en variables cognitivas y emocionales
(Fuente: Denney y Prigatano, 2019)

Marcadores biológicos y alteraciones morfológicas cerebrales en el SCD



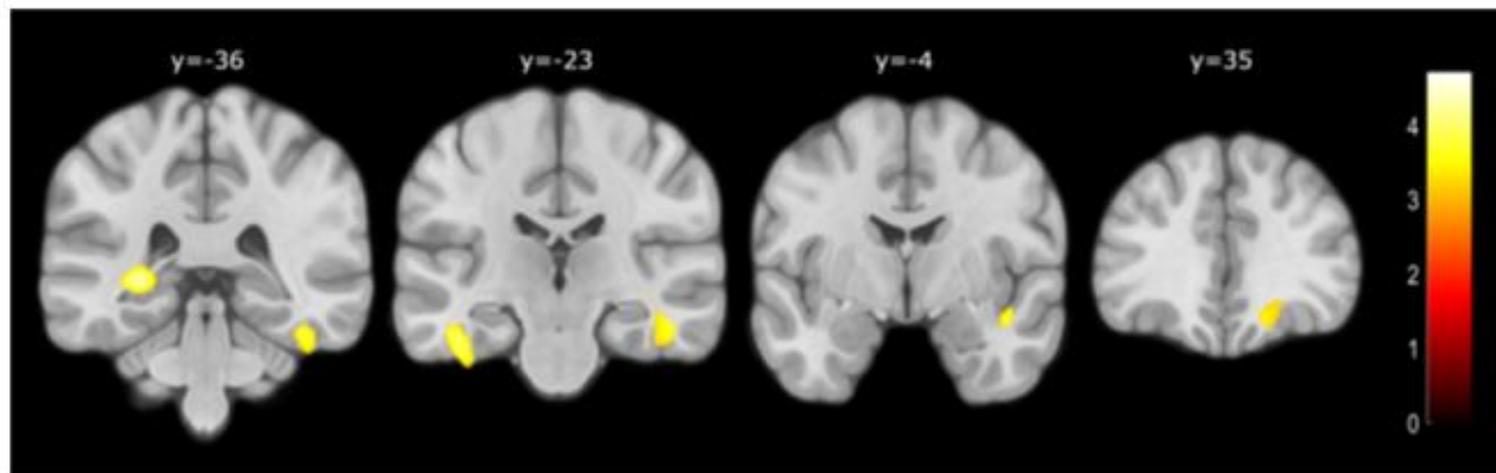


Figura X: Áreas en las que se aprecia en SCD disminución del volumen de materia gris
(Fuente: Sánchez-Belnavides et al, 2018)

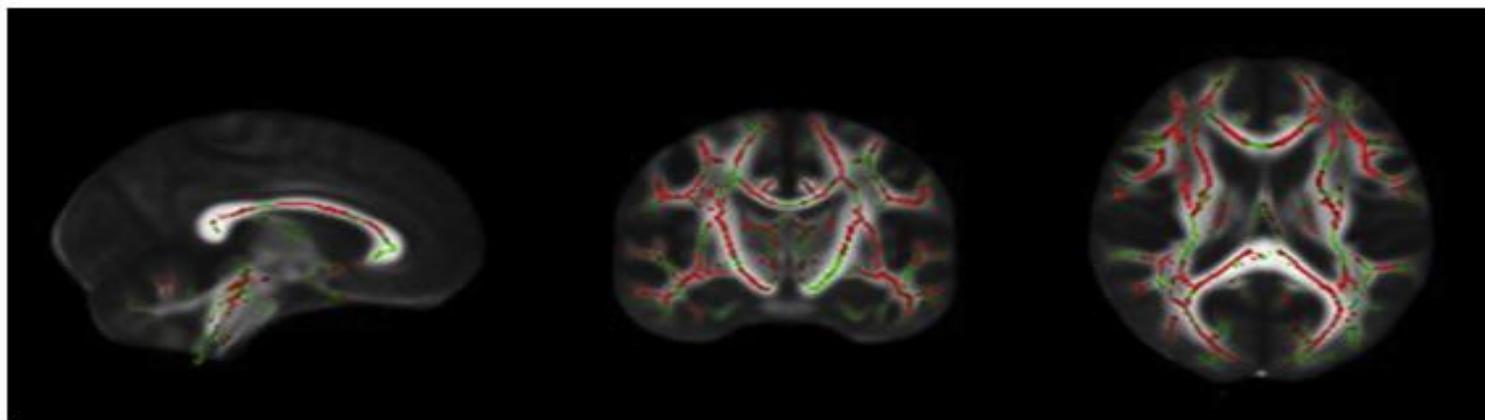


Imagen 2: Disminución significativa de sustancia blanca en individuos con SCD
(Fuente: Ohlauer et al, 2019)

3. Propuestas para la intervención temprana en el SCD

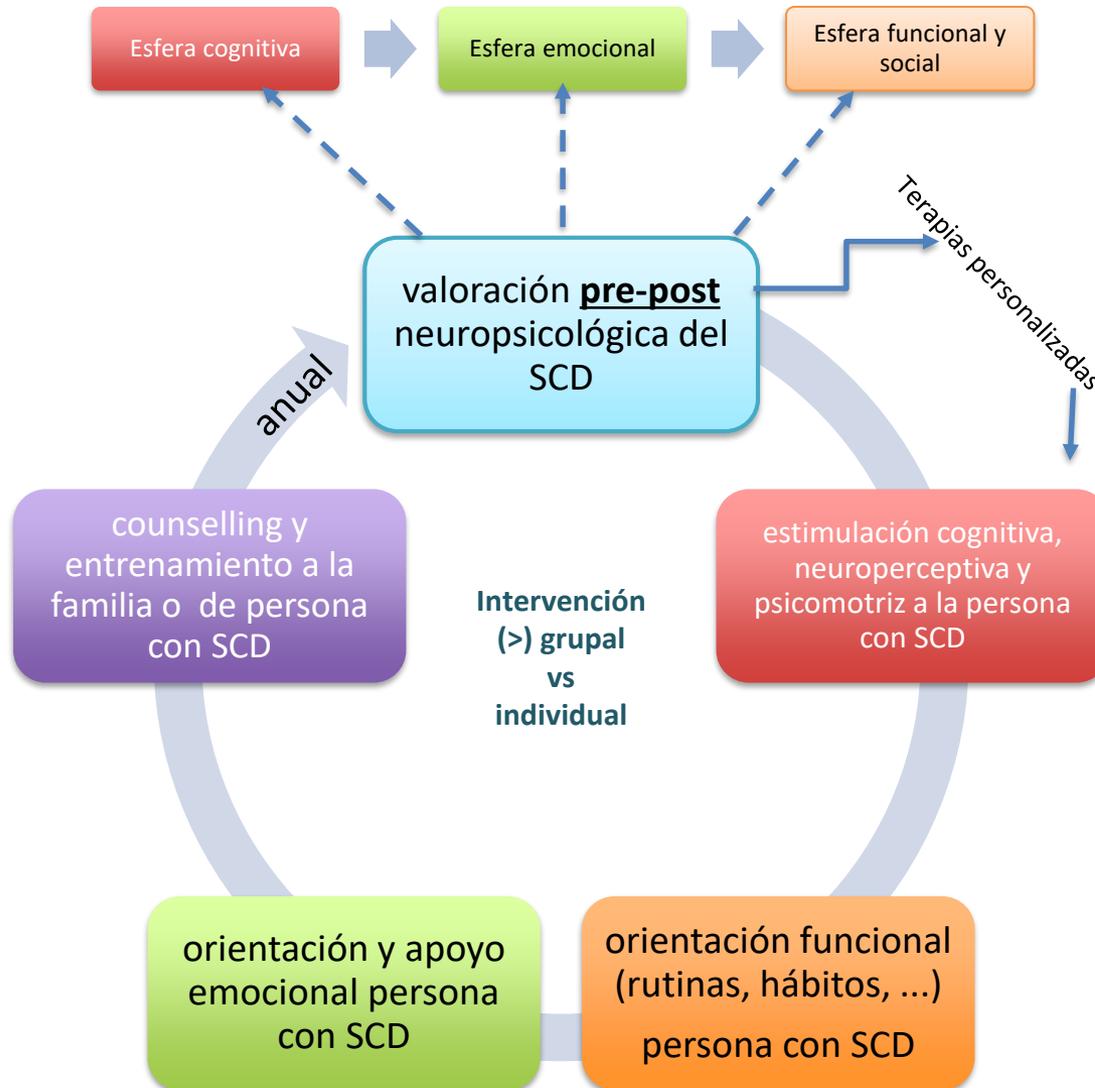
Detección del SCD

- Atención Primaria (subestimadas las personas mayores con SCD)
- Cuestionarios específicos: MFE, Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (Memory Failures of Everyday) de Sunderland et al. (1984).
- SCD-Q, el Subjective Cognitive Decline Questionnaire (Rami et al, 2014), con 2 escalas: MiCog (persona con posible SCD) y SuCog (informante)

Terapias no farmacológicas

- eficaz con ancianos sanos frenando el deterioro cognitivo, optimizando aspectos emocionales y relación con el entorno (Martin et al,2011; Carballo et al, 2012; Dias Santos, 2015), Franklenmolen (2018)
- han sido recomendadas por el Grupo Internacional SCD-I .

ESTIMULACIÓN Y EVALUACIÓN MULTICOMPONENTE EN SCD



Sesión tipo Estimulación Multicomponente

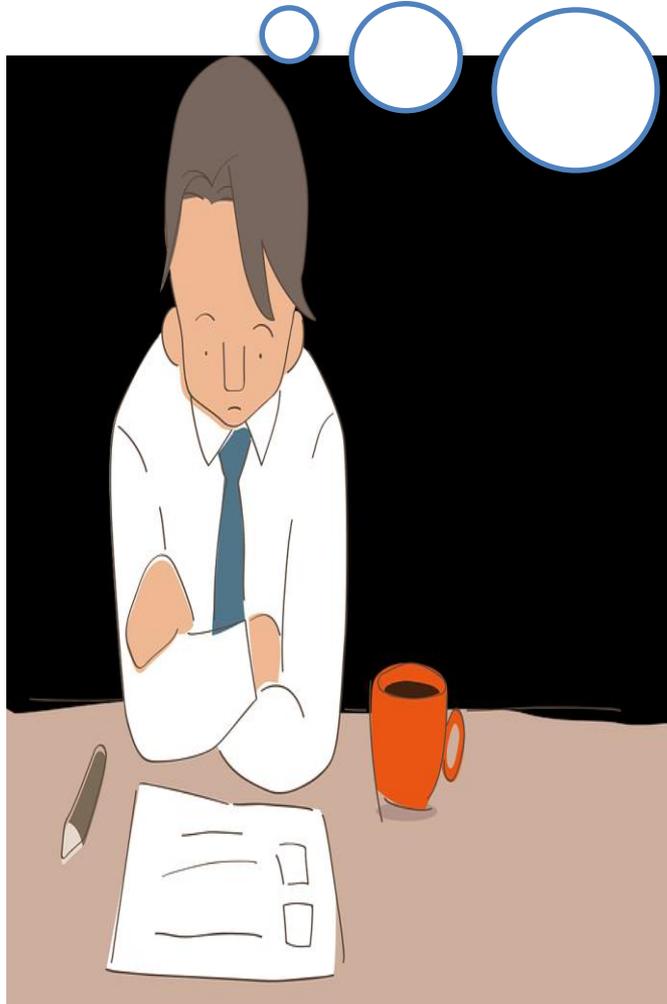
	TÉCNICAS ESTIMULACIÓN	FUNCIONES / CAPACIDADES ESTIMULADAS	INSTRUMENTOS y MATERIALES
20 min	Estimulación con Fichas	Memoria, Atención, Lenguaje, Cálculo, Funciones ejecutivas	Fichas papel y lápiz
20 min	Estimulación sensorial	Praxias Gnosias	Equipamiento para identificar texturas, objetos, temperaturas, sonidos, olores
25 min.	Psicomotricidad y ejercicio físico pasivo	Motricidad fina, Coordinación, Ritmo, Lateralidad, Orientación Espacial, Esquema corporal, Equilibrio, Percepción, Respiración	Aros, Picas, Balones y pelotas, globos, trapos y cintas, espaldera
25 min.	Estimulación por ordenador	Memoria, Atención, Lenguaje, Cálculo, Funciones ejecutivas	Plataforma de estimulación con pantalla táctil
90 min			

4. Conclusiones y propuestas

- **Importancia de diagnóstico precoz** mediante triangulación de cuestionarios específicos de cribado del SCD; autoinforme de demandantes de los problemas de memoria, observaciones de sus informantes próximos; pruebas de neuroimagen y otros marcadores biológicos
- La **prevención y terapéutica con terapia no farmacológica multimétodo o multimodal** (rehabilitación cognitiva, funcional, emocional, y social) para retardo del deterioro cognitivo (o posible progreso a EA u otras demencias) y mejora de calidad de vida de las personas con quejas cognitivas (les haga “sentirse mejor” consigo mismas y con su entorno).
- Necesidad de **tener en cuenta a los informantes** (familiares, conocidos) por parte de atención primaria y otros servicios asistenciales públicos y privados, tanto para diagnosis como para el éxito del tratamiento.

- **Mayor sensibilidad de los dispositivos terapéuticos sociosanitarios** para alerta temprana ante quejas de memoria refrendadas con pruebas de cribado o de fondo.
- **La medicina de atención primaria incorpore procedimientos e instrumentos** que permitan identificar de una manera objetiva tanto el declive cognitivo subjetivo como personas con DCL, probabilidad de evolucionar a EA y otras enfermedades neurodegenerativas.
- Facilitar el, en las singularidades diagnósticas y de **vaconocimiento, la capacitación**loración y tratamiento del SCD, del tejido asociativo comprometido con las enfermedades neurodegenerativas (CEAFA,v.g.) y otras organizaciones de ayuda mutua, fundaciones, etc.
- **Las administraciones públicas responsables de salud pública deberían establecer vías** de impulso, coordinación y actuación conjunta con los grupos de expertos a nivel local e internacional que investigan el SCD.

AGRADECIMIENTOS



A la CEAFA por dejarnos
estar y exponer
A mi compañera de I+d de
Cognitiva (Loles Villalobos)
por su apoyo en
referencias
A las personas mayores
adultas que participan en
trabajos de investigación,
por su generosidad, por su
valía

**A ustedes,
por su subjetiva atención**