



**integrando la
Innovación**

X Congreso Nacional de
ALZHEIMER
GIJÓN. 8, 9, 10 y 11 /NOV/ 2023

¿Pueden los programas de prevención ser una herramienta más en las asociaciones? Estudio “Cuida tu cerebro”

Datos estudio 2018-2023

Resultados finales

Federación de Asociaciones de Familiares de enfermos de
Alzheimer de Cataluña (FAFAC)

Dr. Juan L. García Fernández

Neuropsicólogo Clínico



FEDERACIÓ CATALANA

INFRADIAGNÓSTICO



La sociedad española de neurología (SEN) estima que entre el 30% y el 40% de los casos de Alzheimer estaría sin diagnosticar, unas cifras que llegan al 80% en casos leves.

En Cataluña se estima que aproximadamente 123.000 personas sufren algún tipo de demencia.

Muchos de los casos de deterioro cognitivo **no se diagnostican en momentos iniciales de la enfermedad**, por diversos motivos (familia, sistema de salud, etc).

¿Porqué es importante la detección precoz?

- Un diagnóstico precoz, permitiría abordar a la persona en fases leves y poder ayudarla (y a su familia), para intentar ralentizar el avance del deterioro, intentando mantener su calidad de vida (Rasmussen y Langerman, 2019; Vilorio, 2011).
- **Soporte familiar** desde las fases tempranas (Whitlatch y Orsulic-Jeras, 2018; Hopwood et al., 2018; Gitlin et al., 2018; Lindeza et al., 2020)

Proyecto “Cuida tu cerebro”

Iniciativa
desde
FAFAC
como
respuesta:

- **Infra diagnósticos y diagnósticos tardíos que acuden a las AFAs.**
- Demandas del entorno.
- Limitación de los recursos sanitarios actuales
- **Resultados de la FASE I Estudio Cuida tu cerebro. Año 2019.**

Periodo de realización Estudio entre Septiembre de 2018 a Abril de 2023

Fases del Estudio

- Tres fases de Estudio:
 - Fase I: Septiembre de 2018 a Marzo de 2019
 - Inicio como estudio puntual (versión Alfa)
 - Fase II: Septiembre de 2019 a Marzo de 2022
 - Continuación nuevo formato (versión Beta)
 - Fase III: Septiembre de 2022 a Abril del 2023
 - Versión Beta ampliación de muestra y nuevas áreas de acción

Objetivos del Estudio

Detección de posibles casos susceptibles de un deterioro cognitivo
(Ayuda Reducción infradiagnóstico)

Detección de posibles casos de alteración emocional que afecte al rendimiento cognitivo.

Promoción de la importancia de la prevención de la salud cerebral y de la estimulación cognitiva y hábitos de vida saludables.

Conocimiento del entorno social de las asociaciones.

Promoción de la utilidad social de las asociaciones.

Hipótesis

1. La historia familiar influirá en la motivación para el estudio.

2. Reducida concienciación sobre Prevención de la Salud Cerebral.

3. Las personas de mayor nivel cultural tendrán una mayor probabilidad de querer conocer su estado cognitivo.

4. Detectaremos un porcentaje similar al estudio I de casos susceptibles de deterioro cognitivo

Estructura del Estudio

Batería de pruebas neuropsicológicas:

- MiniMental State Examination (Folstein, 1975)
- MEC (Lobo et al. 1975)
- Lista de aprendizaje verbal (BNB-D; Cejudo 2017)
- Memory Impairment Screen (MIS; Versión Alfa)
- TMT-A y B (Reitan y Wolfson, 1985; Neuronorma, Peña-Casanova et al. 2009)
- Frontal Assessment Battery (FAB; Dubois, 2000)
- Dígitos inversos (BNB-D; Cejudo 2017)
- Denominación imágenes (BNB-D; Cejudo 2017)
- Fluencia categorial (Animales) (Neuronorma, Peña-Casanova et al., 2009)
- Fluencia Letra P (Neuronorma; Peña-Casanova et al., 2009)
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg, 1988)
- Escala Zarit Sobrecarga Cuidador principal (Zarit et al., 1980; Martín et al., 1996)
- **Cuestionario del estudio** consta de:
 - Historia personal y familiar.
 - Quejas subjetivas del participante, motivación para el estudio y calidad de vida.
 - Valoración de la percepción de las asociaciones de familiares de Alzheimer y otras demencias

Ampliación de la Batería y
del cuestionario en la Fase
II y III

Participantes

N=420 participantes

Edad: Media: 68,08 (De: 10,71)
Rango edad: 40 a 97 años

74,9% Mujeres

95,23% Dominancia
derecha

56% Lengua materna Catalán

Nivel de
estudios

Básicos: 11,66%

Primarios: 35,47%

Medios: 28,80%

Universitarios:
23,80%

Criterios Exclusión

- Edad inferior a 40 años
- Historial trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc)
- Historia de trastorno neurocognitivo previo (ictus, TCE, etc).

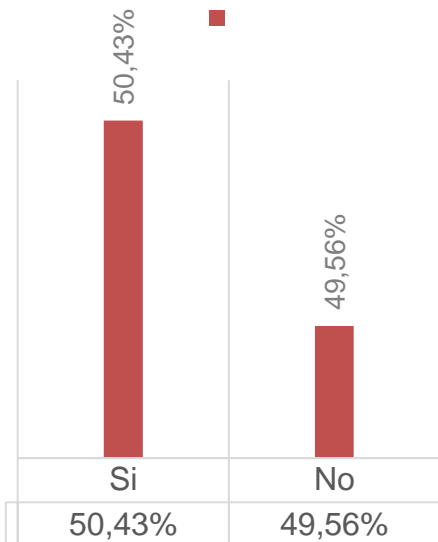
Participantes: Quejas subjetivas y motivaciones

MOTIVACIONES DE LOS PARTICIPANTES

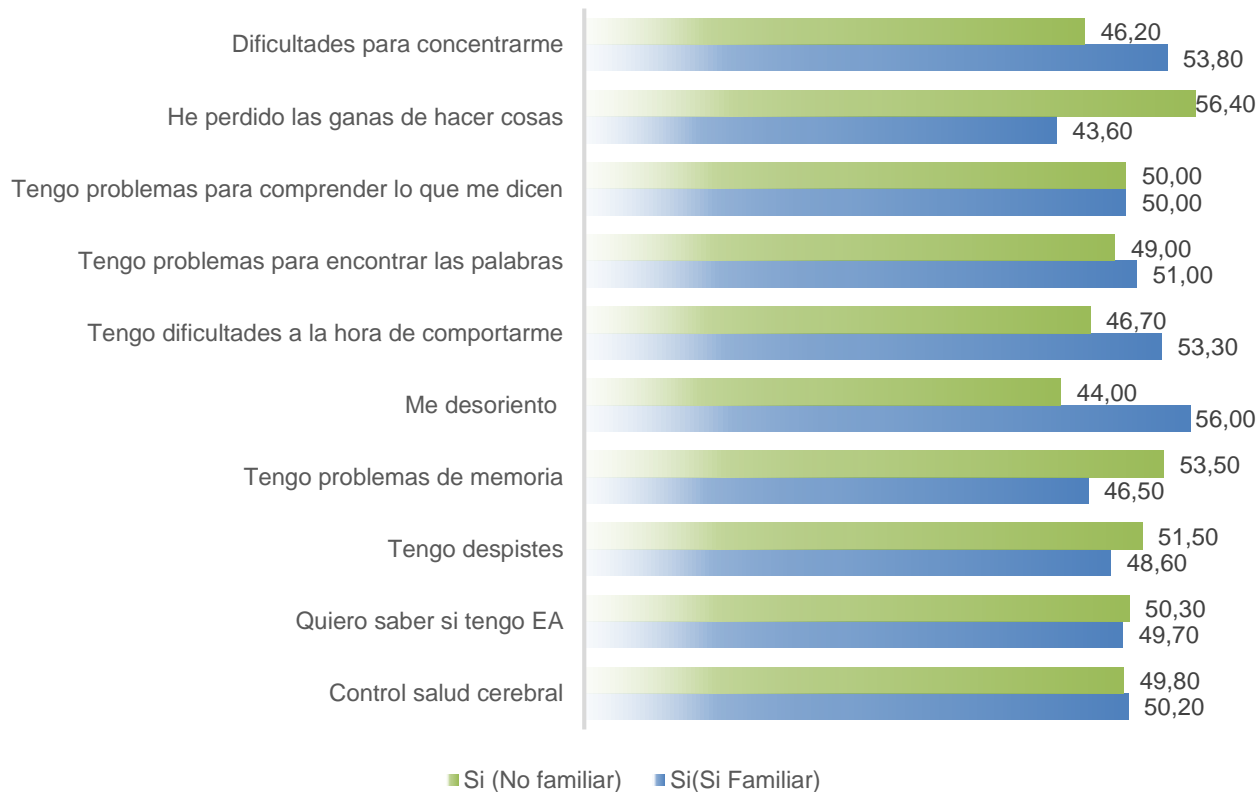


Participantes: Historia familiar

PARTICIPANTE CON FAMILIAR CON DEMENCIA



INFLUENCIA HISTORIA FAMILIAR EN MOTIVACIÓN ESTUDIO

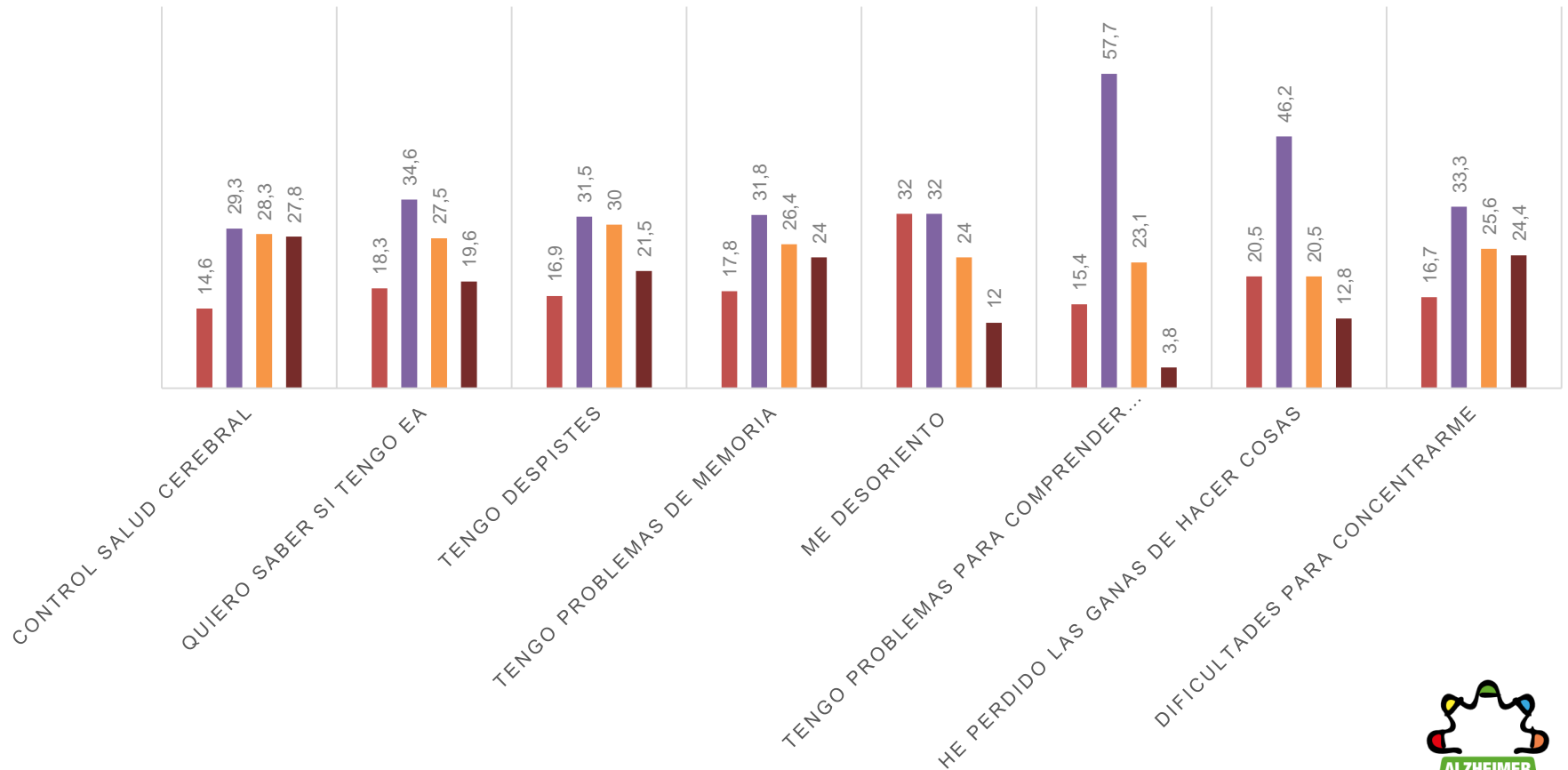


No diferencias significativas en función de su historia familiar.
Rechazo hipótesis inicial

Participantes: Nivel de estudios y Quejas/motivación

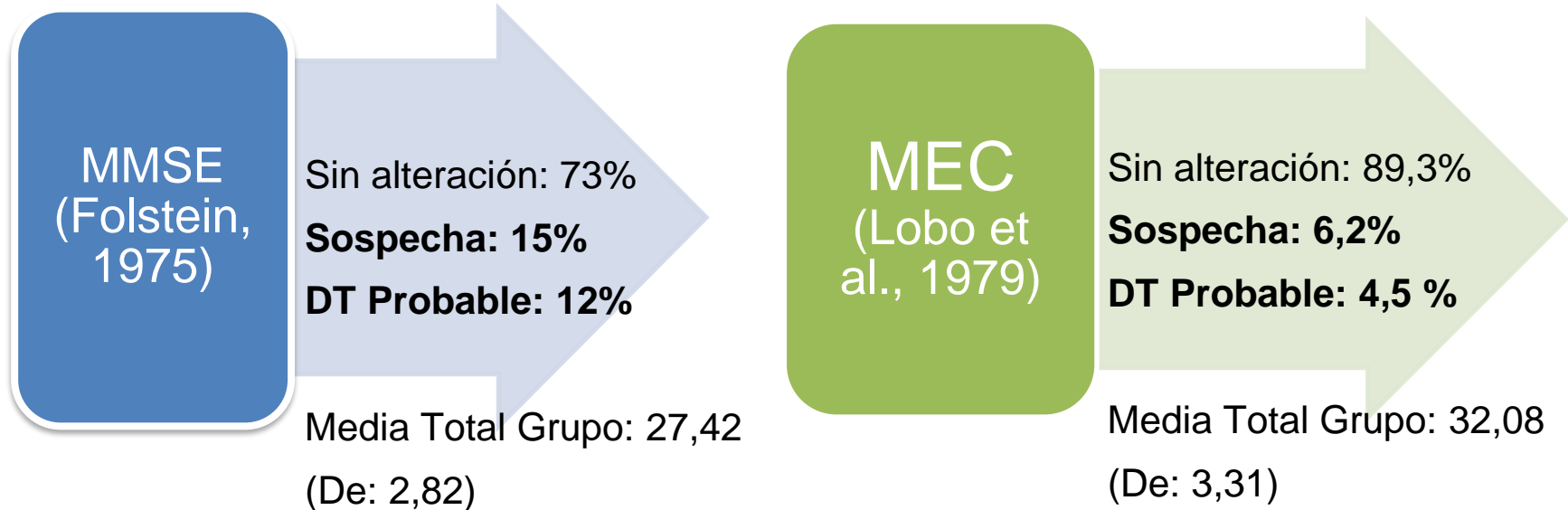
RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESTUDIOS Y QUEJAS SUBJETIVAS

■ Básicos ■ Primarios ■ Secundarios ■ Universitarios



Exploración Cognitiva

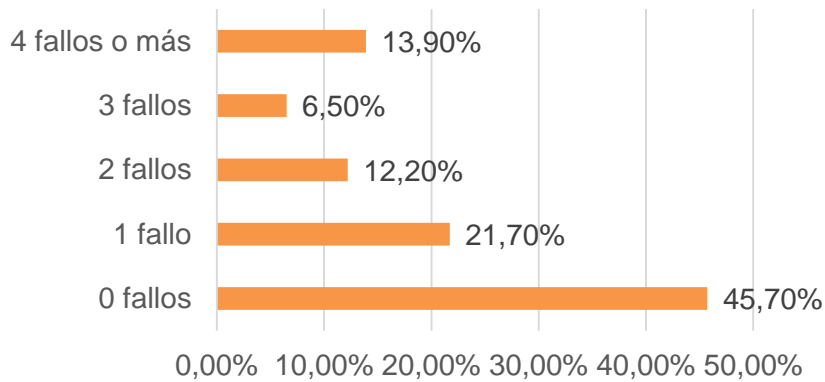
Si nos basamos en las pruebas de screening general:



El uso de una herramienta de valoración ÚNICA de Screening indica resultados dispares.

Criterio Por pruebas Alteradas

Porcentajes de rendimientos deficitarios



Categorías nº Pruebas alteradas

	0 fallos	1 fallo	2 fallos	3 fallos	4 fallos o más
GDS1	79,50%	20,50%	0,00%	0,00%	0,00%
GDS2	0,00%	57,50%	40,00%	2,50%	0,00%
GDS3	0,00%	0,00%	25,50%	27,70%	46,80%
GDS4	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%	90,90%

Criterio Nº de pruebas Alteradas

La distribución del número de fallos entre los GDS es escalonado.

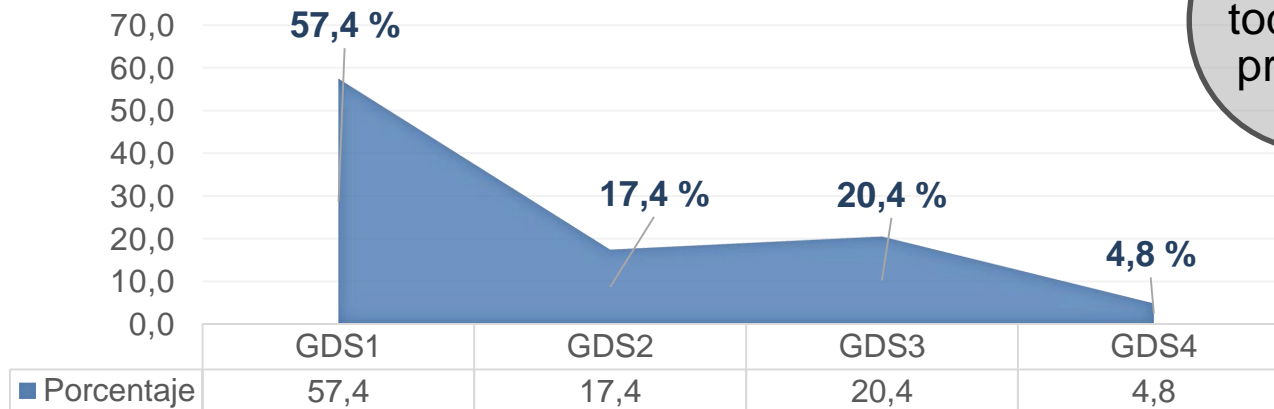
Hay diferencias significativas entre el número de rendimientos alterados entre las pruebas de la batería

El Criterio nº de pruebas alteradas no es un criterio válido de clasificación

	Categorías nº Pruebas alteradas				
	0 fallos	1 fallo	2 fallos	3 fallos	4 fallos o más
GDS1	79,50%	20,50%	0,00%	0,00%	0,00%
GDS2	0,00%	57,50%	40,00%	2,50%	0,00%
GDS3	0,00%	0,00%	25,50%	27,70%	46,80%
GDS4	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%	90,90%

Criterio Clínico Estándar (GDS)

PORCENTAJE POR GDS



Dif. en todas las pruebas

Criterio Clínico GDS

Criterio Cognitivo		MMSE	MEC	Total Palabras Lista Aprendizaje	PT BNB-D Memoria	Lista Palabras LP	PT LP	PT Reconoc
GDS1	Media	28,66	33,40	29,73	73,17	7,09	84,88	52,41
GDS2	Media	27,60	31,73	26,77	65,15	5,95	74,49	50,58
GDS3	Media	25,55	30,40	23,74	62,18	5,38	62,52	43,35
GDS4	Media	19,91	24,73	14,73	44,68	1,00	38,63	24,78

Criterio Cognitivo		TMT-A (seg)	PE TMT-A	PE TMT-B	Total FAB	D.Inversos	PT.D.I	Animales	PE Animales	Letra P	PE Letra P	Denomic I.	PT.Denom I
GDS1	Media	38,93	11,84	10,96	17,25	4,33	55,70	16,35	10,27	15,81	10,58	29,58	52,17
GDS2	Media	47,66	10,41	9,69	16,70	3,55	48,51	16,73	9,91	14,27	10,45	29,00	49,07
GDS3	Media	63,39	10,21	7,79	15,26	3,30	47,13	13,11	11,47	10,74	7,89	27,21	44,42
GDS4	Media	75,00	8,50	7,00	11,30	2,80	47,67	9,00	6,60	10,20	8,60	24,80	20,15

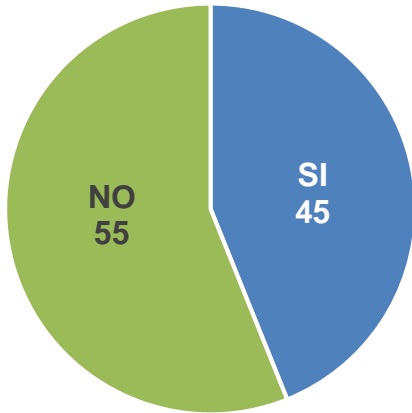
Criterio Clínico GDS

	MMSE	MEC	Puntuación Típica de la prueba BNB-D Memoria	Puntuación Típica LP	P.Típica Reconoci- ento BNB-D	PE TMT-A	PE TMT-B	TOTAL Puntuación FAB	Puntuación Típica DI	PE.Animale s	PE Letra P	Denominaci ón Imágenes Correcta	P.T Denominaci ón Imágenes.
GDS 1-2	0,012	0,001	0,001	0,035	0,876	0,025	0,018	0,006	0,000	0,031	0,132	0,074	0,877
GDS 1-3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
GDS 2-3	0,000	0,042	0,642	0,042	0,006	0,001	0,038	0,002	0,756	0,002	0,012	0,000	0,068
GDS 2-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,123	0,000	0,846	0,008	0,021	0,000	0,241
GDS 1-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,032	0,000	0,026	0,000	0,002	0,000	0,037

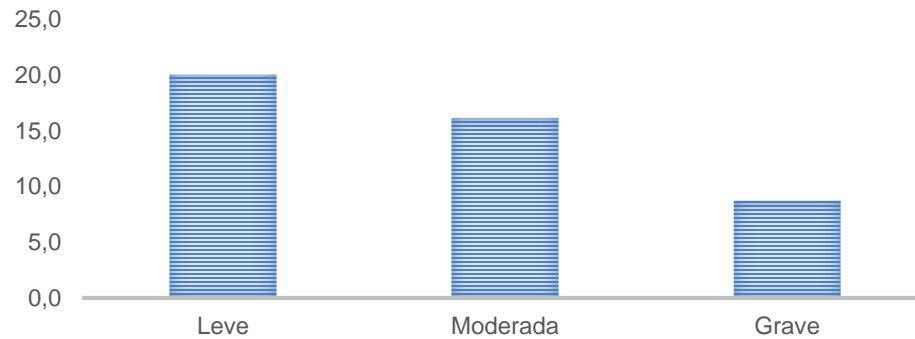
Dif. en
todas las
pruebas

Aspectos Emocionales

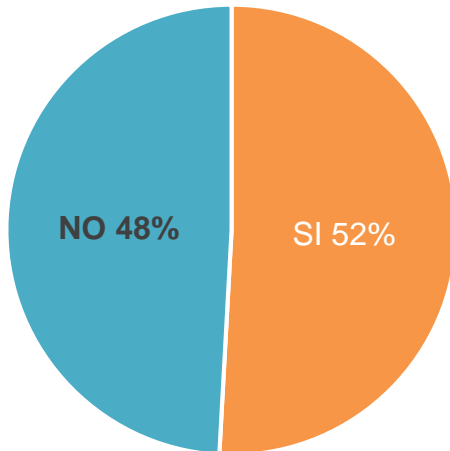
Positivos Ansiedad



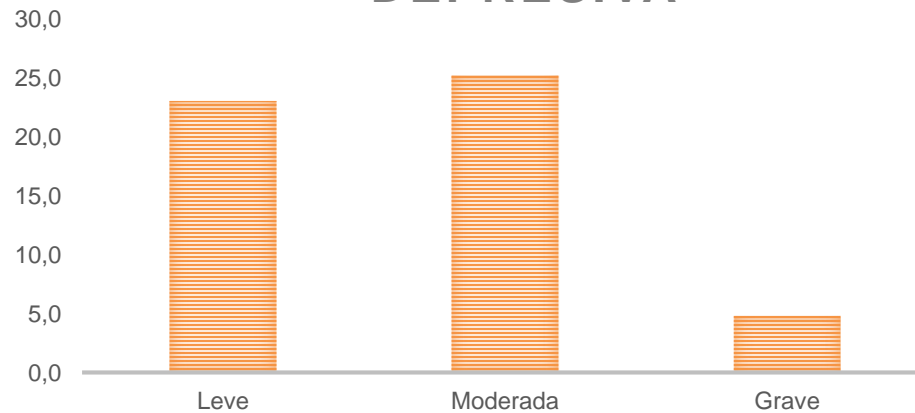
GRADO SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD



Positivos Depresión

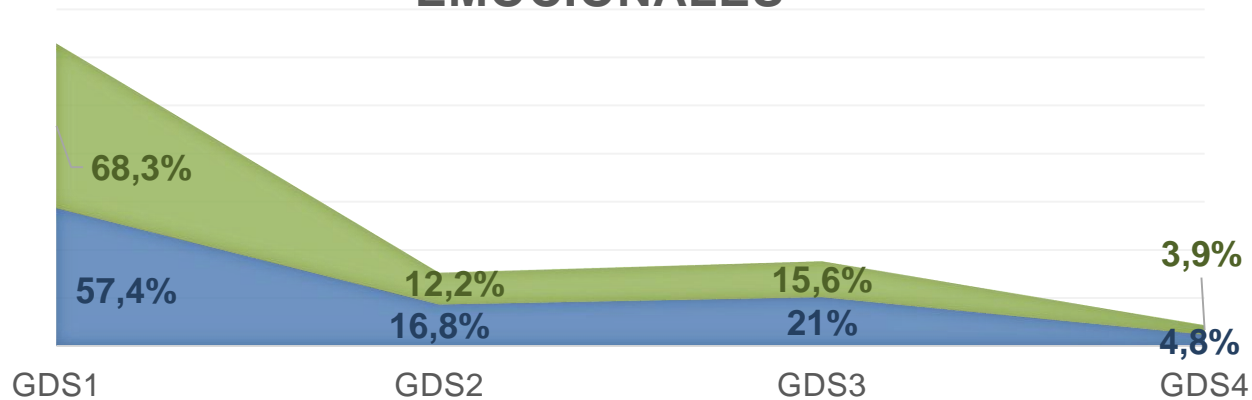


GRADO SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA



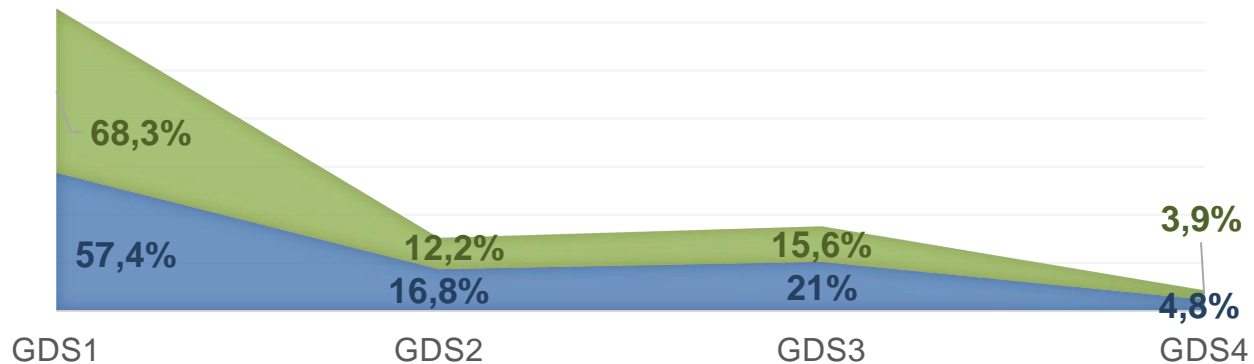
Criterio de alteración cognitiva + Emocional

PORCENTAJE GDS + ASPECTOS
EMOCIONALES



Criterio de alteración cognitiva + Emocional

PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



Criterio Cognitivo		MMSE	MEC	Total Palabras Lista Aprendizaje	PT BNB-D Memoria	Lista Palabras LP	PT LP	Reconocimiento BNB-D	PT Reconc
GDS1	Media	28,66	33,40	29,73	73,17	7,09	84,88	9,89	52,41
GDS2	Media	27,60	31,73	26,77	65,15	5,95	74,49	9,59	50,58
GDS3	Media	25,55	30,40	23,74	62,18	5,38	62,52	8,72	43,35
GDS4	Media	19,91	24,73	14,73	44,68	1,00	38,63	6,73	24,78
Criterio Emocional		MMSE	MEC	Total Palabras Lista Aprendizaje	PT BNB-D Memoria	Lista Palabras LP	PT LP	Reconocimiento BNB-D	PT Reconc
GDS1*	Media	28,53	33,29	29,45	72,27	6,95	83,40	9,85	52,11
GDS2*	Media	26,57	30,87	25,67	65,19	5,67	73,57	9,12	48,22
GDS3*	Media	25,24	29,68	22,56	59,57	5,12	57,32	8,50	42,06
GDS4*	Media	19,22	24,22	12,67	39,83	0,44	32,77	6,44	21,51

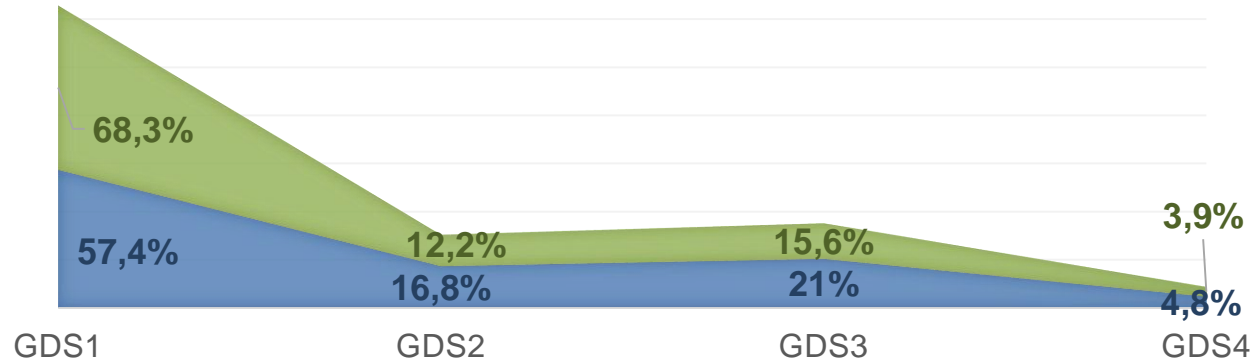
Criterio Clínico Emoción VS Cognitivo

Criterio Cognitivo		TMT-A (seg)	PE TMT-A	PE TMT-B	Total FAB	D.Inversos	PT.D.I	Animales	PE Animales	Letra P	PE Letra P	Denomic I.	PT.Denom I
GDS1	Media	38,93	11,84	10,96	17,25	4,33	55,70	16,35	10,27	15,81	10,58	29,58	52,17
GDS2	Media	47,66	10,41	9,69	16,70	3,55	48,51	16,73	9,91	14,27	10,45	29,00	49,07
GDS3	Media	63,39	10,21	7,79	15,26	3,30	47,13	13,11	11,47	10,74	7,89	27,21	44,42
GDS4	Media	75,00	8,50	7,00	11,30	2,80	47,67	9,00	6,60	10,20	8,60	24,80	20,15
Criterio Emocional		TMT-A (seg)	PE TMT-A	PE TMT-B	Total FAB	D.Inversos	PT.D.I	Animales	PE Animales	Letra P	PE Letra P	Denomic I.	PT.Denom I
GDS1*	Media	39,17	11,70	10,86	17,22	4,21	54,53	16,97	10,21	15,48	10,55	29,58	51,79
GDS2*	Media	66,82	10,59	8,50	15,77	3,40	47,43	12,29	9,14	11,71	9,00	28,29	48,47
GDS3*	Media	57,06	9,28	7,28	15,18	3,26	47,38	13,18	11,71	11,29	8,18	27,06	43,39
GDS4*	Media	NV	NV	NV	10,38	2,88	48,58	8,25	9,50	9,50	8,25	23,75	13,69

Los perfiles han cambiado al introducir el criterio emocional. Principalmente el GDS2 y GDS4

En tareas que evalúan aspectos atencionales, ejecutivos y de lenguaje.

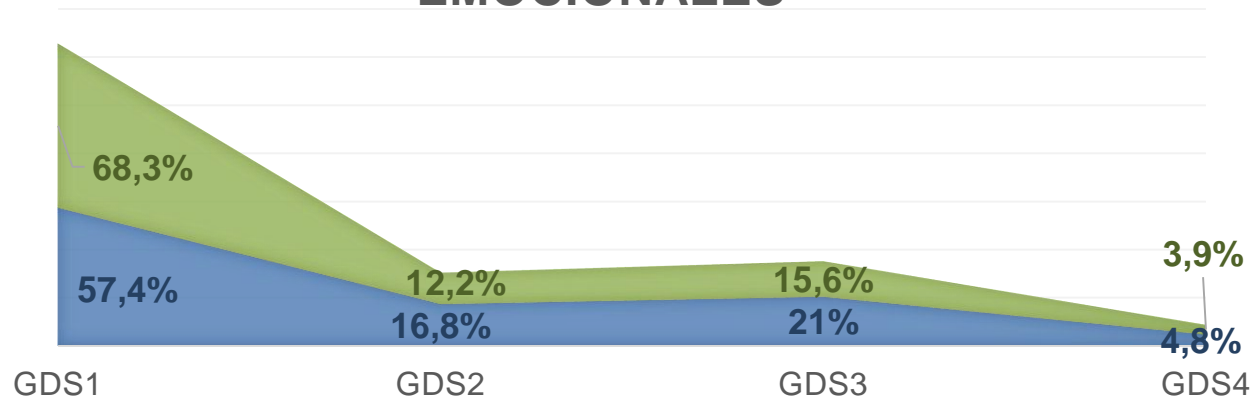
PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



19,5% casos
susceptibles de
deterioro cognitivo

Criterio Cognitivo y Emocional

PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



15,6% casos compatibles con GDS-3
NO DIAGNOSTICADO

3,9% casos con probable GDS-4
NO DIAGNOSTICADO

Crterios NIT

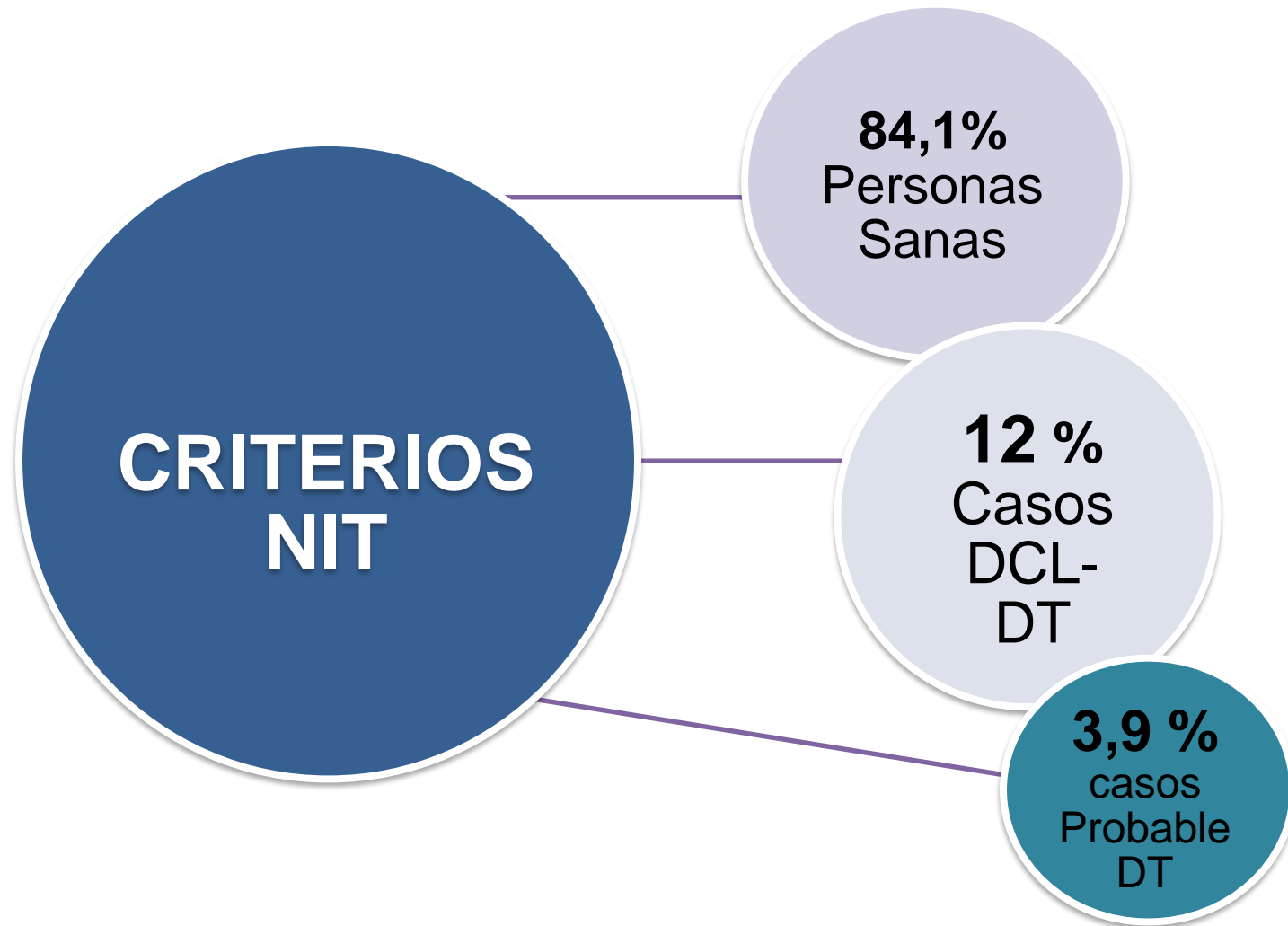
(Number of Impaired Test)

Oltra-Cucarella et al. (2018)

- Oltra-Cucarella et al. (2018), plantea que las personas sanas pueden mostrar *“dos puntuaciones iguales o mayores que 1.5 De por debajo de la media cuando se aplica 9 test de diferentes habilidades cognitivas”*.

Criterio: ***tres puntuaciones bajas como criterio diagnóstico de DCL*** -- mayor riesgo de EA (en comparación a criterios originales y otros criterios estándar para el diagnóstico del DCL).

¿Y en nuestra muestra?



¿En función de sus quejas, hay alteración?

¿He perdido
las ganas de
hacer cosas
que antes me
gustaban?
(19,35%)

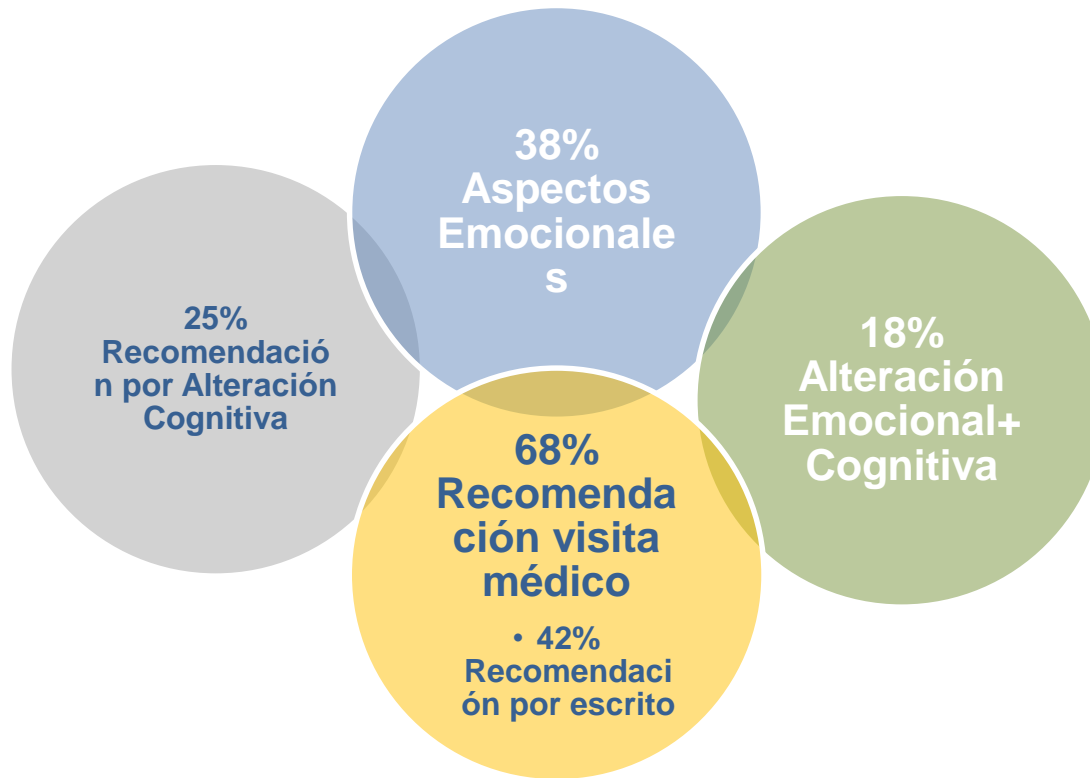
¿Tengo
problemas de
memoria?
18%
dificultades
mnésicas

¿Tengo
despistes?
6% (dificultades
mnésicas)

¿Tengo problemas
para encontrar las
palabras?
Evocación: (6,2%)
Denominación: (4,1
%)
Ambas: (2,2%)

¿Tengo problemas
para concentrarme?
32% rendimiento
bajo en el TMT-B. o
alterado

Recomendaciones realizadas



Perspectiva de las Asociaciones

¿saben lo que hacemos?

32% de los
participantes
(con familiares)
han acudido a
solicitar ayuda a
una AFA

87 % de los
participantes cree
que hacerse socio
comporta algún
beneficio

70,9 % de los
participantes cree
importante
hacerse Socio de
una AFA

74,05%
Beneficio
acceso a
Recursos

88,4%
Beneficio
Ayuda
Psicológica

Perspectiva de las Asociaciones

¿saben lo que hacemos?

El 79,52%
CREE que la
sociedad NO
conoce el
trabajo desde
las AFAs

87 % de los
participantes
hace
tempo
e

El 33,48%
Son socios
de alguna
asociación
de enfermos

Perspectiva de las Asociaciones

¿saben lo que hacemos?

El 49,31% Participantes Se hizo socio para beneficiarse de algún servicio:

- El 69,44% De información General
- El 77,77% Soporte Psicológico
- El 44,44% Asistencia a algún recurso

Perspectiva de las Asociaciones ¿saben lo que hacemos?

E

a

Valoración Beneficios de
la AFA y ser socio: 8/10

- El
- El
- El

Conclusiones

Existe una conciencia de cuidarse y conocer la salud cerebral.

Alto número casos de ansiedad/depresión que se pueden confundir con E. Neurodegenerativa

NO uso de una única prueba en la detección de posibles casos de Deterioro Cognitivo. **Uso de PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**

El estudio ha vuelto a ayudar a conocer el estado de un familiar (viniendo dos como acompañantes) – **“Primera puerta de Entrada”**

Importancia de los estudios de detección y campañas de prevención para la detección de casos susceptibles.

Este tipo de estudios ayudan en la detección de casos de alteración cognitiva y emocional

Importante el **uso de un criterio unificado para la detección de casos de posible deterioro**, ya que puede condicionar el diagnóstico de la persona, así como fomentar el **infradiagnóstico**.

El trabajo de las AFAs sigue siendo desconocido o tiene percepción de ser desconocido para la población general

Todo y que nuestra laboral puede ser apreciada no llegamos al asociacionismo a no ser que se necesite un recurso



Conclusiones (II)

Mostrando este estudio la importancia de la detección precoz y de la necesidad de favorecer/potenciar la prevención de la salud cerebral desde las AFAs, así como el soporte que desde ellas se puede realizar a las personas y sus familias tras el diagnóstico.

Alta Valoración que nos ofrecen tanto las personas que conocen nuestro trabajo, como las personas que no forman parte de nuestros socios.



**integrando la
Innovación**



Dr. Juan L. García



Associació de
Familiars de
Malalts
d'Alzheimer
Maresme

Cristina Borrás



Laia Remolà



Blanca de la Cruz

Dra. Margarita Torrente



ASSOCIACIÓ D'ALZHEIMER I ALTRES
TRANSTORNS NEUROCOGNITIVUS
REUS I BAIX CAMP



Associació de Familiars
de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències
Bages | Berguedà | Moianès | Solsonès

Dolores Capdevila

Irene Iborra

Ariadna Galán



ASSOCIACIÓ
FAMILIARS
ALZHEIMER
VALLES OCCIDENTAL

Vera Noguera



Associació de Familiars
de Persones amb Alzheimer i
altres demències del Baix Llobregat

- Álvarez-Linera Prado, J., & Jiménez-Huete, A. (2019). Neuroimaging in dementia. Clinical-radiological correlation. *Radiología*, 61(1), 66–81. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.08.004>
- Banerjee, D., Muralidharan, A., Hakim Mohammed, A. R., & Malik, B. H. (2020). Neuroimaging in Dementia: A Brief Review. *Cureus*, 12(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.8682>
- CEAFA. (2018). Avanzando en el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. In CEAFA. <https://www.ceafa.es/files/2019/03/avanzando-en-el-diagnostico-precoz-de-la-enfermedad-de-alzheimer.pdf>
- Cejudo Bolívar, J.C (2017). Creación , validación, normalización y perfiles cognitivos de una Batería Neuropsicológicas Básica para el uso clínico en demencia, versión D (BNB-D). Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Chu, L. (2012). *Alzheimer's disease: early diagnosis and treatment*. www.hkmj.org
- Clare, L., Bayer, A., Burns, A., Corbett, A., Jones, R., Knapp, M., Kopelman, M., Kudlicka, A., Leroi, I., Oyebode, J., Pool, J., Woods, B., & Whitaker, R. (2013). Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: Study protocol for a multi-centre single-blind randomised controlled trial (GREAT). *Trials*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-152>
- Fernández-Viadero, C., Rodríguez Rodríguez, E., Combarros Pascual, O., & Crespo Santiago, D. (2013). Genética y enfermedad de Alzheimer: Población en riesgo. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 48(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.03.004>
- García Ribas, G., López-Sendón Moreno, J. L., & García Caldentey, J. (2014). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 58(07), 308. <https://doi.org/10.33588/rn.5807.2013394>
- Kim, K., Han, J. W., So, Y., Seo, J., Kim, Y. J., Park, J. H., Lee, S. B., Lee, J. J., Jeong, H.-G., Kim, T. H., & Kim, K. W. (2017). Cognitive Stimulation as a Therapeutic Modality for Dementia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 626. <https://doi.org/10.4306/PI.2017.14.5.626>
- Kongpakwattana, K., Sawangjit, R., Tawankanjanachot, I., Bell, J. S., Hilmer, S. N., & Chaiyakunapruk, N. (2018). Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(7), 1445–1456. <https://doi.org/10.1111/BCP.13604>
- Leifer, B. P. (2003). Early Diagnosis of Alzheimer's Disease: Clinical and Economic Benefits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5s2), S281–S288. <https://doi.org/10.1046/J.1532-5415.5153.X>
- López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Evolución histórica Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3–14. www.viguera.com/sepg
- Oltra-Cucarella, J., Sánchez-Sansegundo, M., Lipnicki, D.M., Sachdev, P.S., Crawford, J.D., Pérez-Vicente, J.A., ...Ferrer-Cascales, R. (2018). Using the base rate of low scores help to identify progression from amnesic MCI to AD. *Journal of the American Society*, 66 (7), 1360-1366.
- Oltra-Cucarella, J. (2018). Revisión de los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve: Nuevos marcadores predictivos de la Enfermedad de Alzheimer. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Pierce, A. L., Bullain, S. S., & Kawas, C. H. (2017). Late-Onset Alzheimer Disease. *Neurologic Clinics*, 35(2), 283–293. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.01.006>
- Rasmussen, J., & Langerman, H. (2019). Alzheimer's Disease – Why We Need Early Diagnosis. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*, 9, 123. <https://doi.org/10.2147/DNND.S228939>
- Serrano, C., Dillon, C., Leis, A., Taragano, F. E., & Allegri, R. F. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos Mild cognitive Impairment: Risk of Dementia according to Subtypes. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(6), 330–339.
- Vilela, V. C., Pacheco, R. L., Latorraca, C. O. C., Pachito, D. V., & Riera, R. (2017). What do Cochrane systematic reviews say about non-pharmacological interventions for treating cognitive decline and dementia? *Sao Paulo Medical Journal*, 135(3), 309–320. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0092060617>
- Viloria, A. (2011). La enfermedad de Alzheimer antes de la demencia. Beneficios del diagnóstico precoz. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 46(SUPPL. 1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.10.010>

“Tengo miedo a tenerlo, pero si lo tengo, no quiero perder más tiempo”

Gracias

Federación de Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer de Cataluña (FAFAC)

Dr. Juan L. García Fernández

Neuropsicólogo Clínico

spsicologic@afab-bcn.org