



ENVEJECER: UN DESAFÍO  
22 al 24 de junio  
Madrid 2022  
www.geriatria2022.com  
Hotel Meliá Castilla

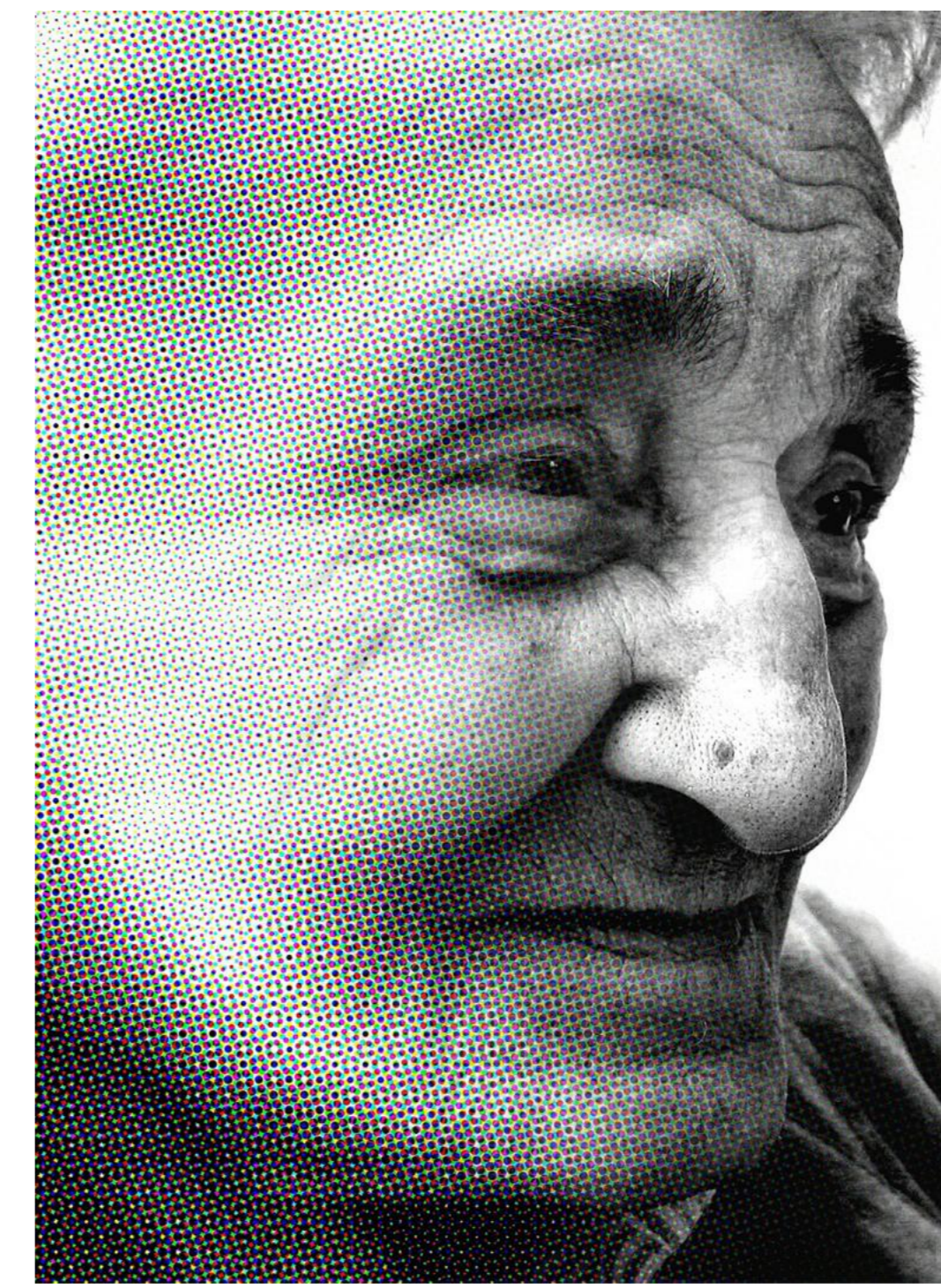


## PROYECTO EDADES: PROTOCOLOS, PROCESO DE CAPTACIÓN Y MUESTRA EN INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL EN DETERIORO COGNITIVO LEVE

Autores: José Antonio Sánchez Martín 1, Sarah Rebeca Teixeira De Sousa 1, Fermín Salvador Martín 1, Alba Robles Díez 1, Bárbara Buch Vicente 2, Ángel L. Montejo González 3

1Universidad de Salamanca, Proyecto Edades  
2Unidad de Investigación Neurociencias, Instituto Investigación Biomédica de Salamanca (Ibsal)  
3Universidad de Salamanca, Prof. Titular Psiquiatría, Jefe Unidad Psiquiatría Comunitaria

✉ Correspondencia:  
José Antonio Sánchez Martín  
[jasanchez@usal.es](mailto:jasanchez@usal.es)  
[proyectoedades@usal.es](mailto:proyectoedades@usal.es)



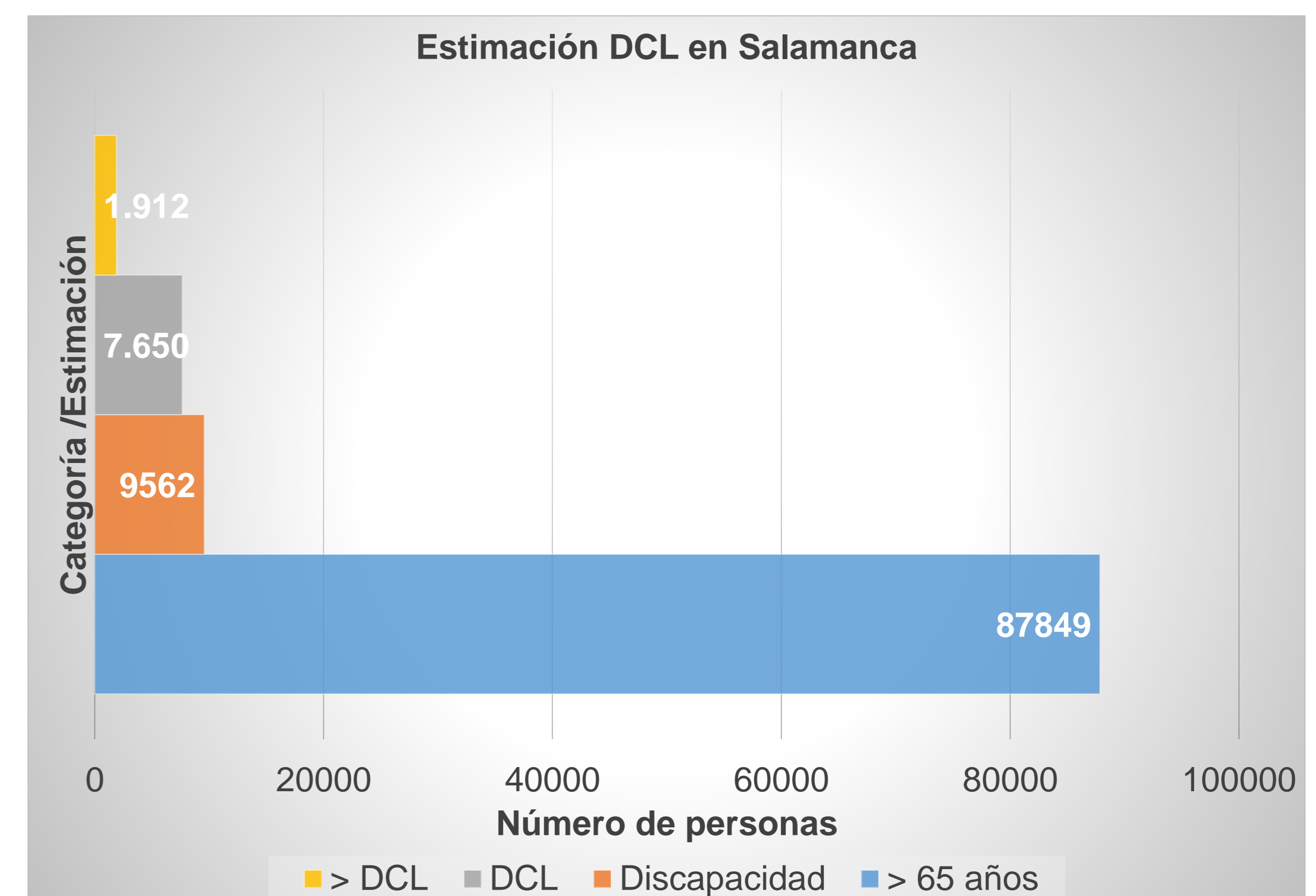
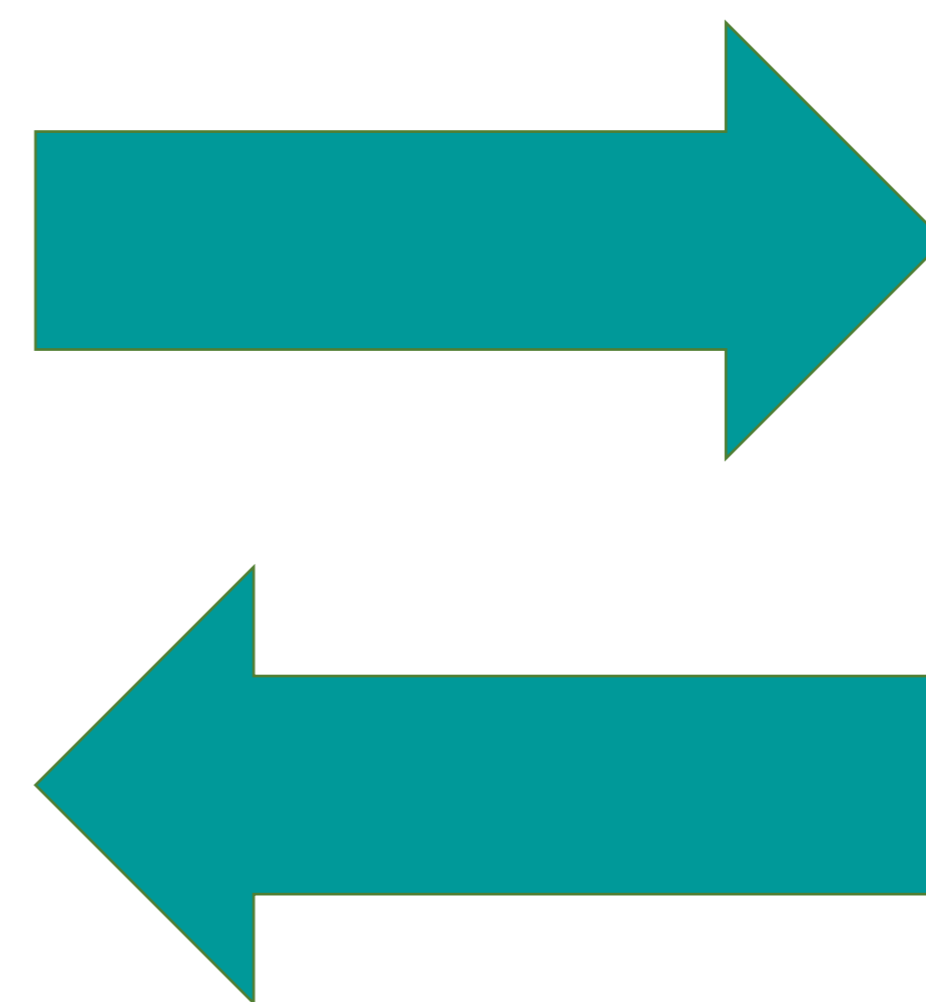
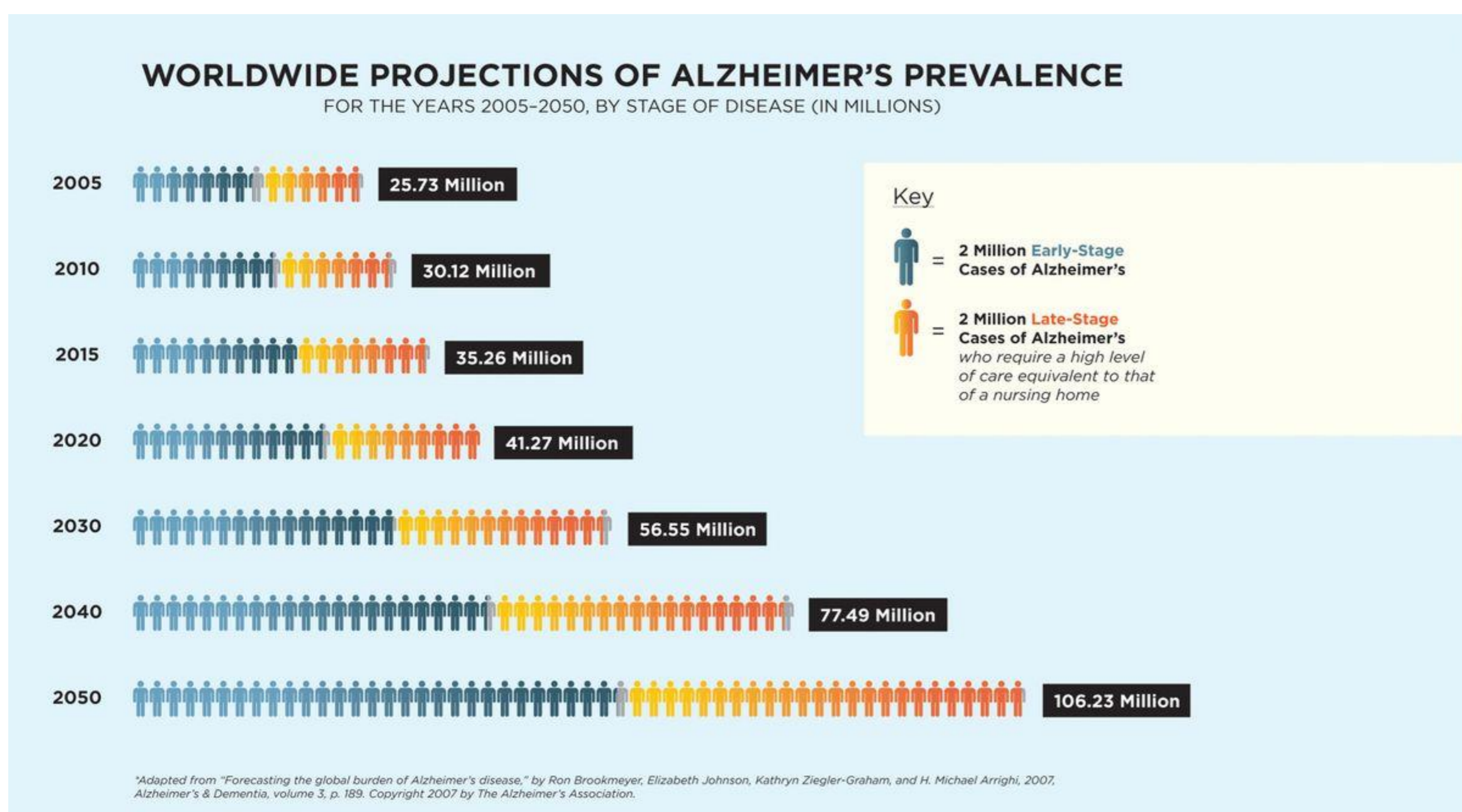
PROYECTO  
**edades**

Programa para la detección y estimulación cognitiva de pacientes con deterioro leve y Alzheimer precoz.



### Introducción

Proyecto Edades es un conjunto de acciones enmarcadas en la investigación e intervención, de carácter integral, en el ámbito del deterioro cognitivo leve y fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Es un proyecto financiado por el Exmo. Ayto. de Salamanca dentro del marco de un acuerdo de colaboración del ayuntamiento y la Universidad de Salamanca. Es pionero en cuanto a la apuesta de una entidad local por la atención a sus mayores.



“La prevalencia del DCL se ha situado entre el 3 y el 53%, con una tendencia a un aumento progresivo a partir de los 65 años y a un estancamiento de esta a partir de los 85 años.

En 2004 y 2006, Ritchie y Gauthier, ... informan sobre una prevalencia de DCL del 3-19% en población general de mayores y una incidencia del 8-58 por 1.000 personas-año.

Hasta el 44% de los pacientes que son diagnosticados de DCL en la primera visita son catalogados como normales al año de seguimiento.

En una revisión de 2012, Ward et al, ... Observan una prevalencia de entre el 3 y el 42% (0,5-31,9% para el tipo amnésico) y una incidencia de entre 21,5 y el 71,3 por 1.000 personas-año (8,5-25,9 por 1.000 personas-año para el tipo amnésico).

Petersen (2014) estiman una prevalencia de DCL del 18,9% y una incidencia de 47,9 por 1.000 personas-año.

En el ámbito clínico español cabe destacar la escasa existencia de estudios poblacionales extensos.

Meléndez et al describen una prevalencia de DCL del 43,6% (20,5% amnésico y 23,1% amnésico multidominio) y una población de 144 mayores de 58 años en los que Díaz y Peraita objetivan una prevalencia de DCL del 54,27% (6,42% amnésico, 22,14% mixto y 25,71% no amnésico).

El pronóstico evolutivo del DCL también es incierto.

Gauthier, estiman un riesgo de conversión a demencia en 2 años del 11-33%.

Hansson, establecen que entre el 40-60% de los pacientes que son diagnosticados de DCL pueden evolucionar y desarrollar una EA en los siguientes 5 años.

Las diferencias en la prevalencia, la incidencia y el pronóstico evolutivo nos brindan un reto importante de futuro, en el que estamos obligados a profundizar en el impacto del DCL en una sociedad envejecida, mejorar y estandarizar su definición y subtipos, analizar y perfeccionar los instrumentos neuropsicológicos de detección e identificar a los individuos en riesgo de conversión a demencia; todo ello, con el fin de implementar estrategias de intervención precoz dirigidas a mejorar la salud mental de nuestros mayores.” (Rodríguez, J. G., & Gutiérrez, G. G., 2017).



### Objetivos

#### Objetivo general:

- > Detección precoz del deterioro cognitivo leve (DCL) y las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer.

#### Objetivos específicos:

- > Analizan las variables implicadas en la aparición del DCL.
- > Estudian las variables responsables del factor de conversión de DCL a demencia.
- > Implementar y examinar la eficacia de un programa de psicoestimulación integral (PPI) que comprende la intervención en los factores protectores ante los procesos degenerativos.



Equipo de Proyecto Edades





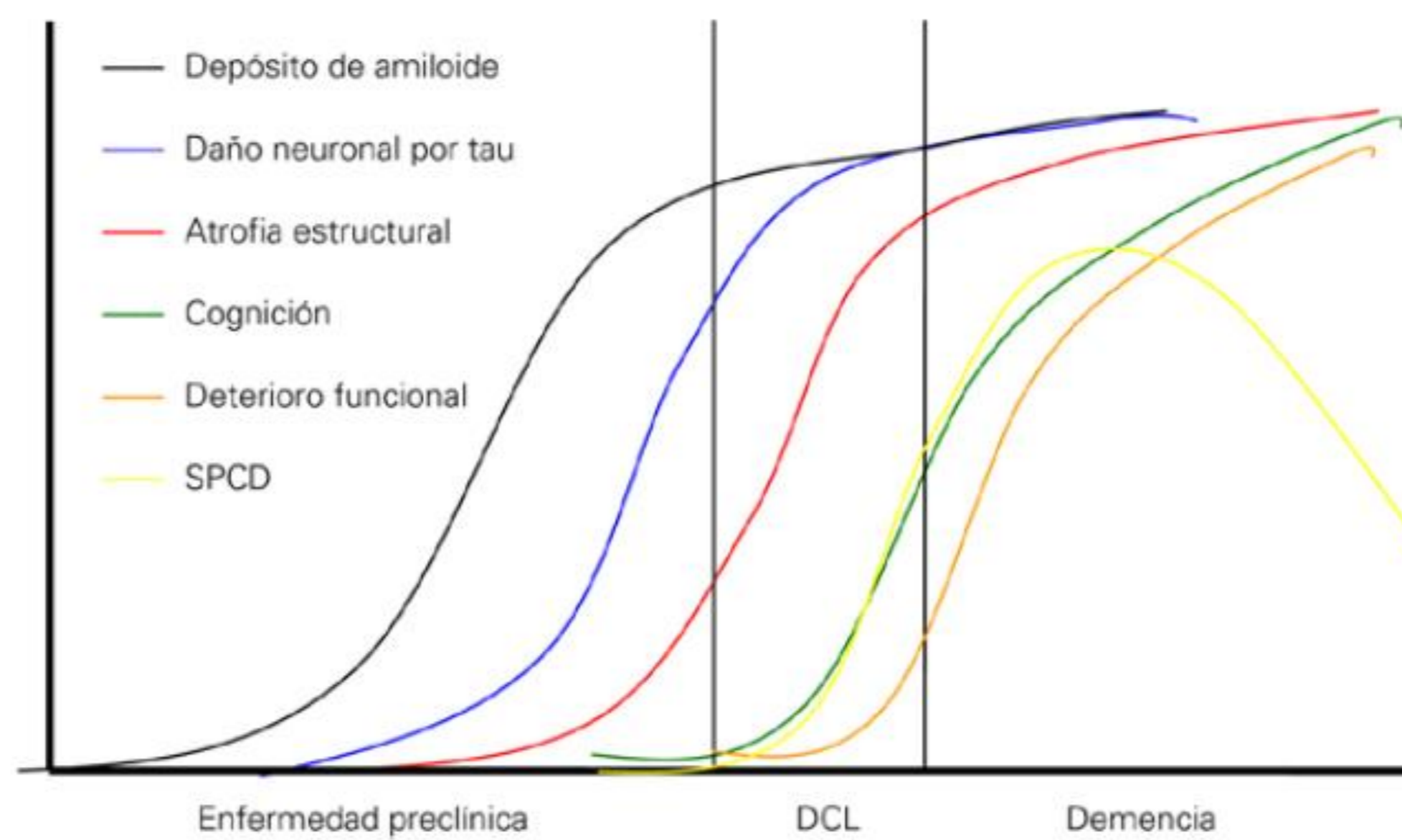
# Material y métodos

Para la consecución de los objetivos propuestos ha sido necesario contar con protocolos basados en la investigación sobre el diagnóstico del DCL (Petersen (2011), criterios IWG-1 (2007) e IWG-2 (2014) NIA-AA (2011)); sobre valoración específica en este tipo de trastorno neurocognitivo (pruebas de screening, NEURONORMA (NN)); y la recogida de todas aquellas variables que han mostrado interés en la aparición y evolución del DCL (desde socioculturales a biomarcadores o neuroimagen). Se establece en base a esta información un proceso de decisión diagnóstica y de propuesta de intervención y seguimiento durante 4 años. La captación de los usuarios del programa se realiza en coordinación con unidades de investigación, atención primaria y especializada, recursos y actividades socioculturales de la entidad local para personas mayores, asociaciones vecinales y de mayores y redes sociales o mass media.

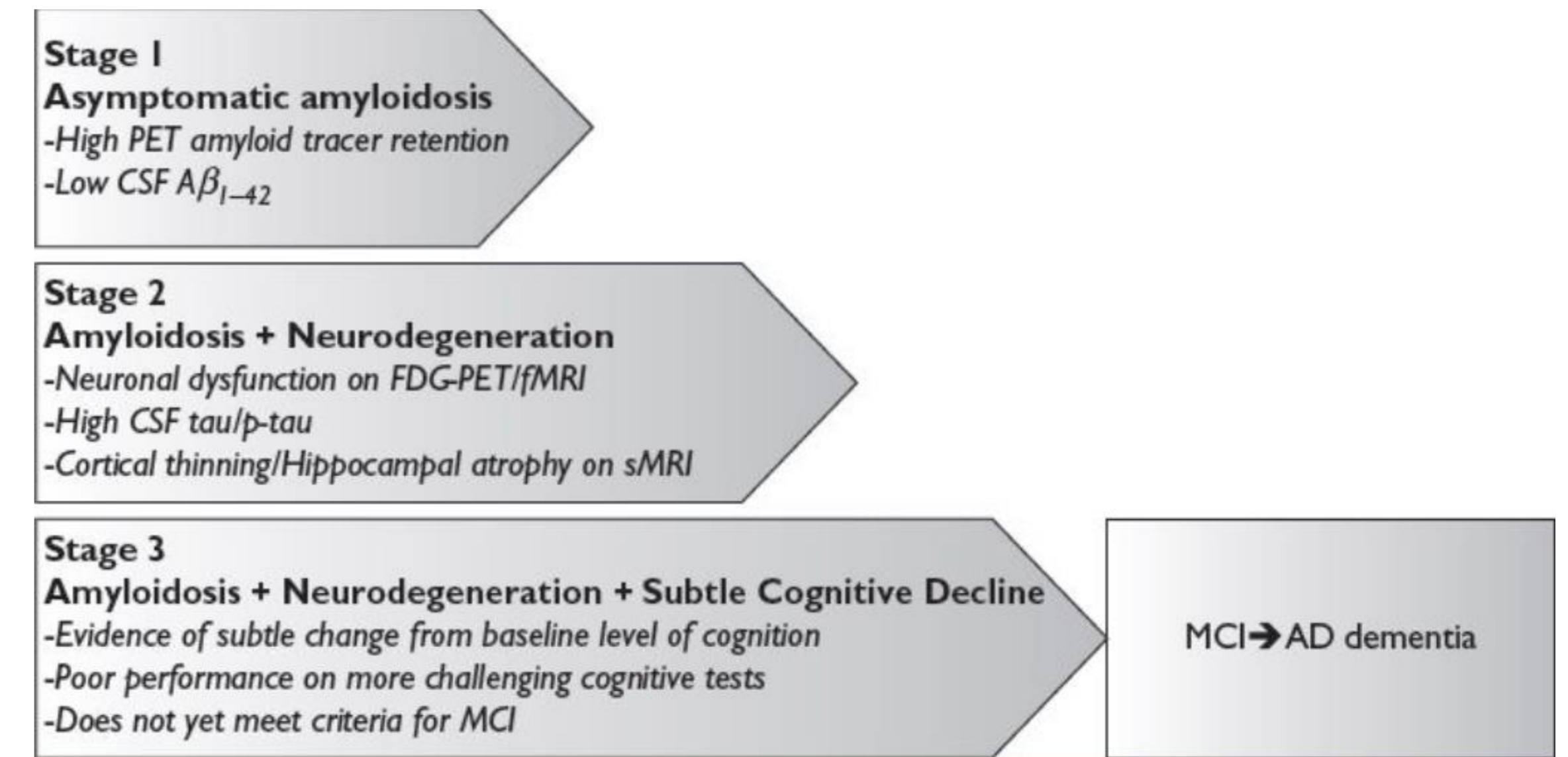
## Criterios diagnósticos DCL

Petersen (1999):

- Quejas de memoria, referidas por el paciente y corroboradas por un informante del entorno.
- Disminución de rendimiento en test de memoria, en relación con la edad y nivel cultural previo del sujeto. (1,5 DT)
- Mantenimiento de una función cognitiva global normal.
- Independencia para Actividades de la Vida Diaria.



Sucesión de parámetros biológicos y clínicos en la enfermedad de Alzheimer. DCL: deterioro cognitivo leve; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de demencia. (López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F., 2015)



Hipótesis de la cascada amiloide. Fuente: O'Brian JT, Gryson L. Mild Cognitive Impairment and predementia syndromes. En: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry, 2ed, 2013.

Se toman en cuenta los criterios de Petersen (1999) como criterios clínicos, aunque la posibilidad de la obtención en la muestra de datos sobre pruebas de neuroimagen y biomarcadores de tau o depósito amiloide, permiten un análisis de refutación de la hipótesis de la cascada amiloide en la muestra.

## Protocolos de valoración

### Valoración inicial

Datos Previos:

- Sociodemográficos
- Antecedentes
- Factores relacionados con el deterioro cognitivo
- Reserva Cognitiva
- Historia médica y farmacológica
- MMSE (Folstein, 1975)
- Clinical Dementia Rating (CDR®)

Neuronorma (Selección):

- Span Visuo-espacial (Test de los cubos Corsi)
- Trail Making Test (Partington 1949, Reitan 1993)
- Symbol Digit Modalities Test (Smith, 1973)
- Boston Naming Test (BNT15) (Kaplan et al, 2001)
- Token Test (De Renzi y Faglioni, 1978)
- Test de la Figura Compleja de Rey (Rey 1941, Osterrieth 1944)
- Free and Cued Selective Reminding Test (Buschke, 1973. 1984)
- Fluencia verbal (Ramier and Hécaen, 1970)
- Test de Stroop de interferencia palabra-color (versión de Golden, 1975)
- Test de la Torre de Londres-versión Drexel University (Culbertson and Zillmer, 2000).

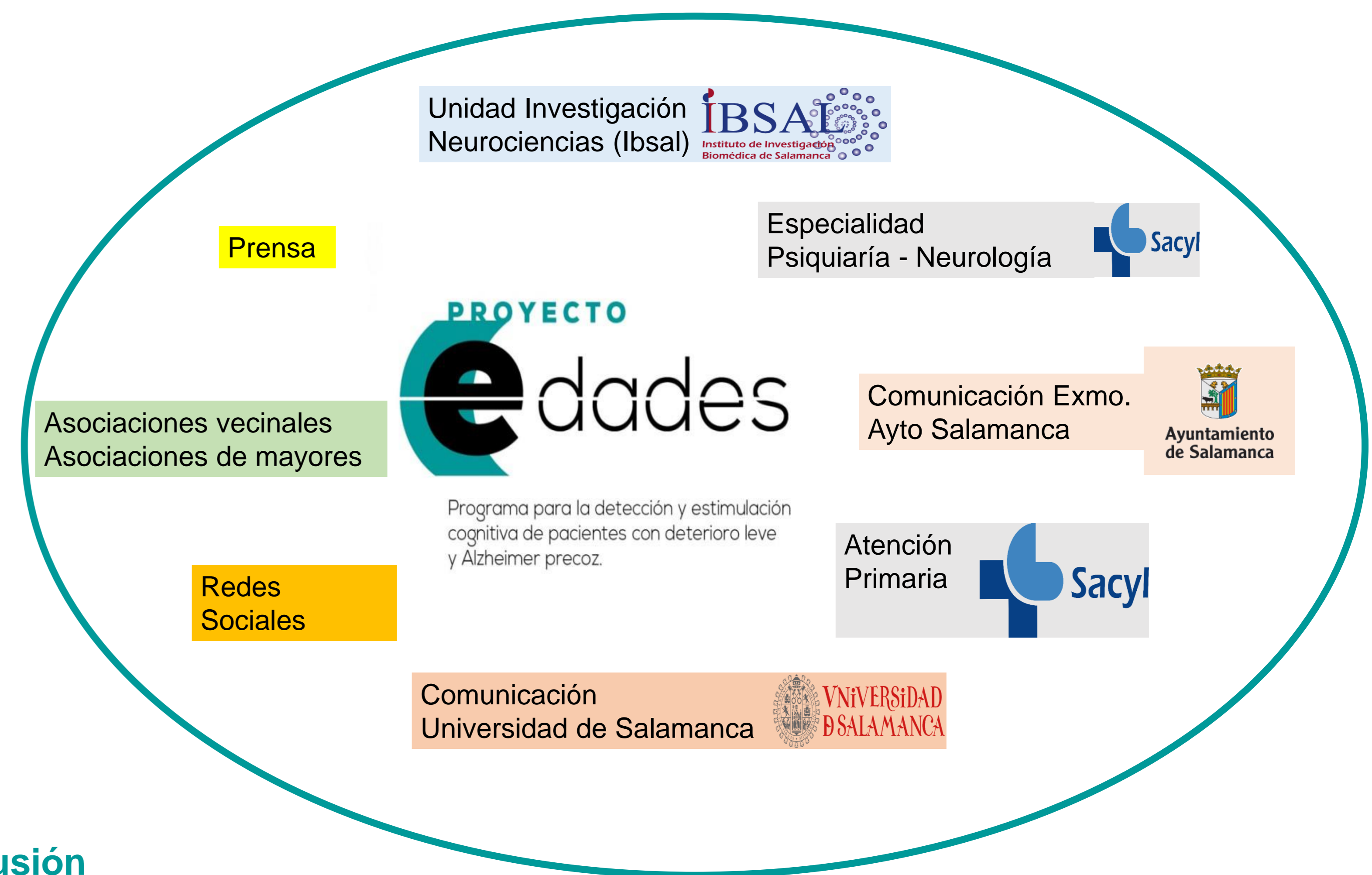
Rastreo Memoria:

- Wechsler Memory Scales IV
- Escalas subjetivas y de calidad de vida:
  - Escala de demencia de Blessed
  - ADFACS (actividades de la vida diaria)
  - S – IQCODE (declive cognitivo)
  - QoL-AD
  - EQ-5D / EQ-5D (Familiar) / EQ-5D (Proxy)

Área emocional y psicopatología:

- Escala Geriátrica de depresión (GDS30)
- Ansiedad y depresión de Goldberg
- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings

## Proceso de captación



### Valoración concurrente / Seguimiento

- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS- Cog) QoL
- EQ-5D / EQ-5D (Familiar) / EQ-5D (Proxy)
- Escala Geriátrica de depresión (GDS30)
- Ansiedad y depresión de Goldberg
- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings
- Escala de demencia de Blessed
- ADFACS (actividades de la vida diaria)
- S – IQCODE (declive cognitivo)
- QoL-AD
- EQ-5D / EQ-5D (Familiar) / EQ-5D (Proxy)

### Valoración Final

- MMSE (Folstein, 1975)
- Clinical Dementia Rating (CDR®)
- Neuronorma
- Wechsler Memory Scales IV
- Escalas subjetivas y de calidad de vida
- Área emocional y psicopatología

### Criterios Inclusión/Exclusión

Criterios de inclusión:

- Mayores de **55 años y menores de 85 años**.
- **MMSE ≥ 21**.
- **CDR < 1**.
- Quejas subjetivas de memoria.
- **Alteración de la memoria y/o al menos 2 áreas cognitivas**, objetivada mediante tests con datos normativos de personas de hasta la misma edad y nivel de escolaridad (entre 1 y 2 DT).
- Ausencia de demencia.
- Autonomía preservada para ABVD y hasta con afectación leve en AIVD.
- Disponibilidad de un familiar o conviviente, cuidador o persona cercana con disposición a la recogida de datos.
- Firma de consentimiento informado para la evaluación – intervención.
- Firma del compromiso de cumplimiento terapéutico: Presencia, implicación activa, temporalidad, etc. (seguimiento del protocolo de la intervención y la evaluación).

Criterios de exclusión:

- Menores de 55 años y mayores de 85 años.
- **Diagnóstico de trastornos neurocognitivos**. Diagnóstico y/o tratamiento para enfermedades del Eje I y II del DSM-IV.
- **Cardiopatías** crónicas o ACV.
- Prescripción e indicación crónica con inicio desde hace más de 6 meses de **benzodiazepinas, opioides o somníferos**.
- Dependencia para ABVD o AIVD.
- Puntuación **GDS Yesavage (30) ≥ 15**.
- Imposibilidad o no compromiso con el protocolo tanto de intervención como de evaluación.
- Analfabetismo
- Tratamiento previo o concurrente a través de programas estructurados de estimulación, entrenamiento o rehabilitación cognitiva.

### Valoración inicial

DATOS PREVIOS  
+ Biomarcadores  
+ Historia médica  
+ Farmacología

- Neuronorma
- Rastreo Memoria
- Escalas subjetivas y calidad de vida
- Escalas emocional y psicopatología

### Informe Inicial / Resultado Exploración

No DCL

Seguimiento  
Valoración Inicial – 1 año

DCM / OTROS DG  
NEUROCOGNITIVOS

Derivación Recursos  
Sociosanitarios  
especializados

DCL / PRECLÍNICOS

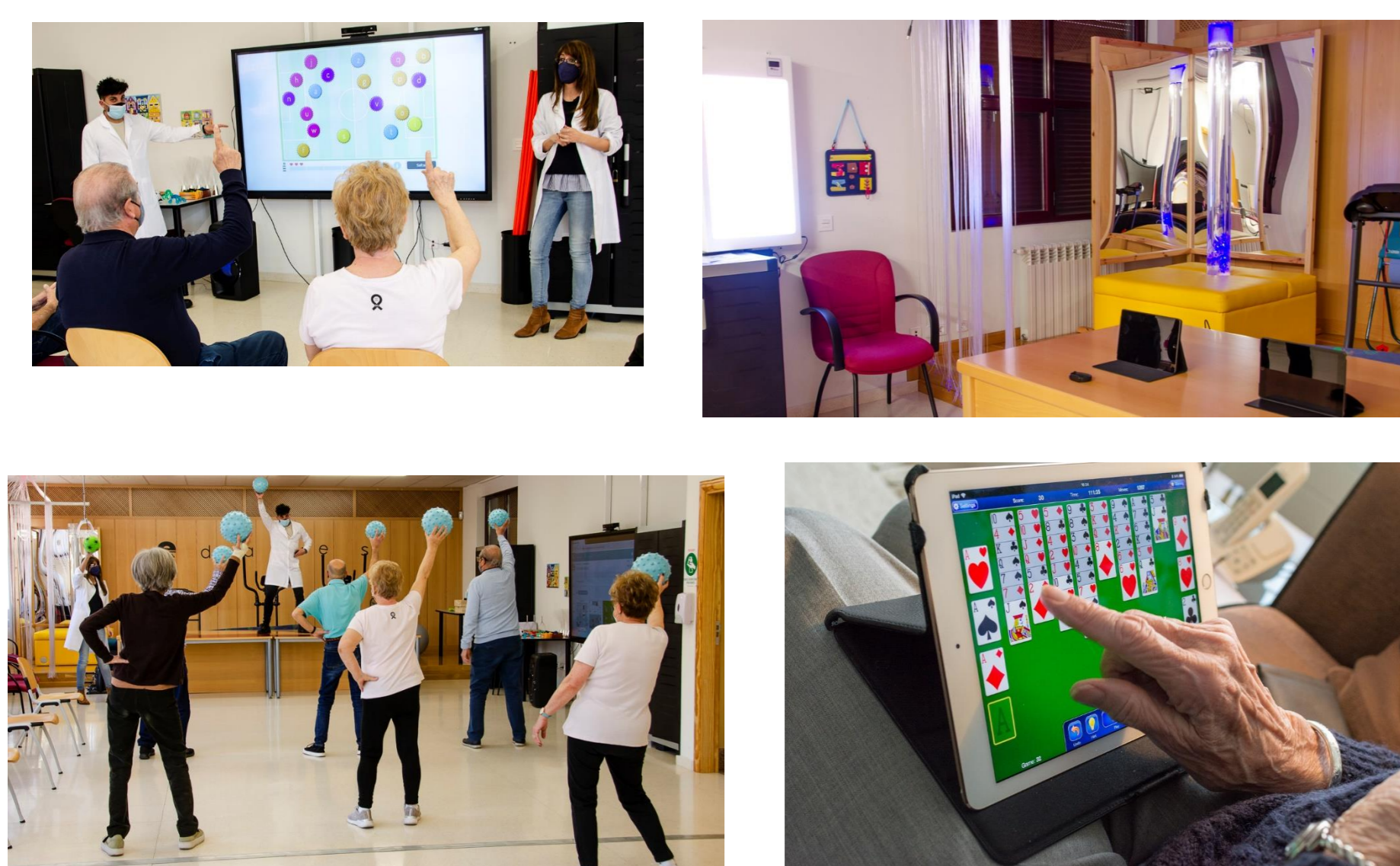
### Grupo Control

- Valoración concurrente / Seguimiento – 3 meses
- Valoración final – 1 año
- Seguimiento Valoración Inicial 1 año

### Grupo Intervención

- Valoración concurrente / Seguimiento – 3 meses
- Valoración final – 1 año
- Seguimiento Valoración Inicial 1 año

## Programa Psicoestimulación Integral (PPI)





# Resultados

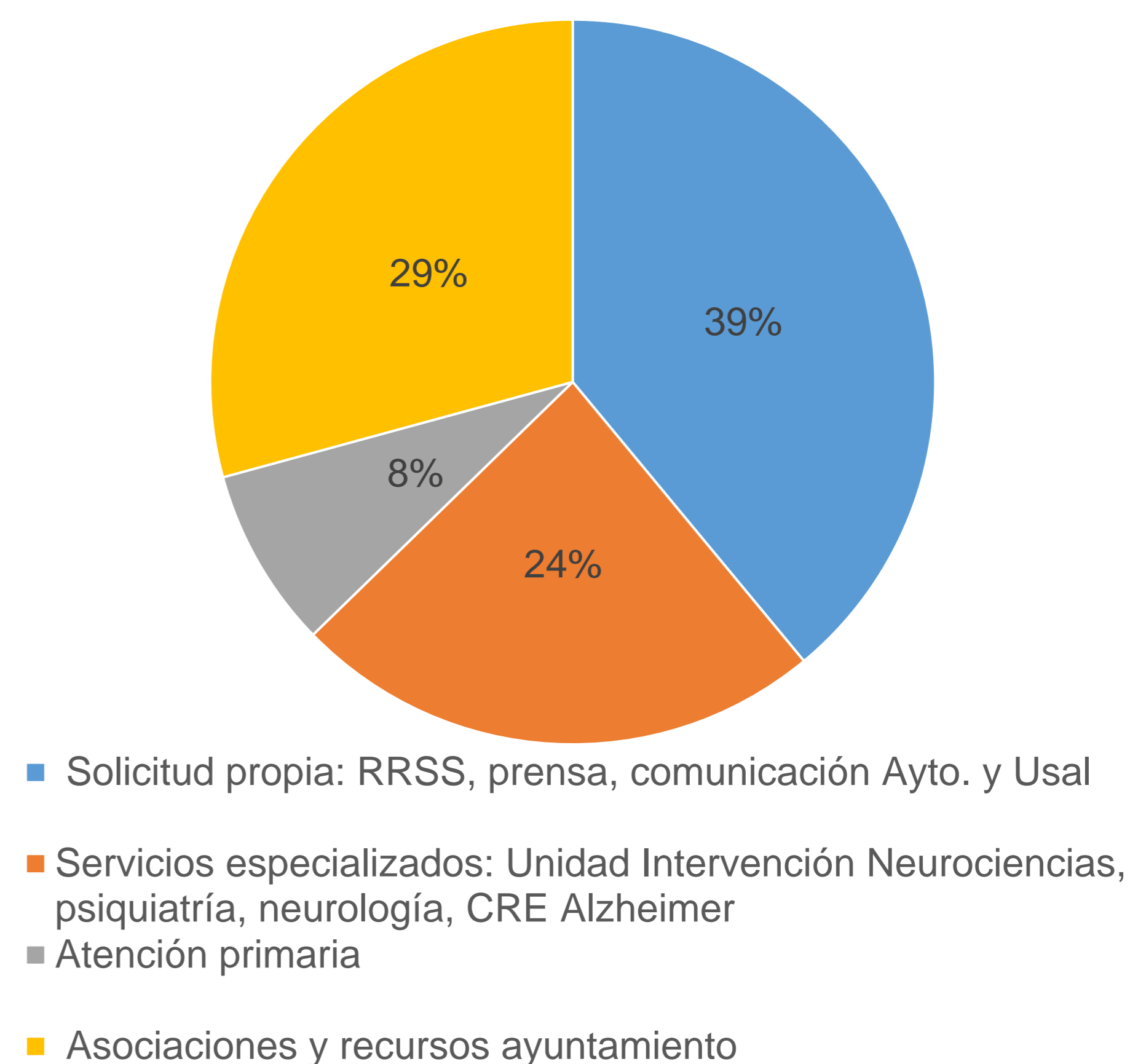
En la actualidad el proyecto cuenta con 236 solicitudes, de las que se han realizado 151 valoraciones iniciales y han completado el proceso inicial 71 usuarios. Cada uno de estos grupos cuentan con los descriptivos correspondientes en cuanto a variables sociodemográficas, valoración neuropsicológica otras definidas en el protocolo. Se han encontrado 64 usuarios con un juicio clínico de DCL y se encuentran en el programa de intervención 28 (10 usuarios en espera de incorporación al programa en este momento).

- Nº solicitudes 236
- Nº evaluaciones iniciales (Hª CDR y MMSE): 151
- Nº evaluaciones completas: 71
- Nº Participantes en grupos: 38
- DCL detectados: 64 (**91,14% de los valorados**)
- Nº Seguimiento: 31 (No DCL)
- Nº Control: 6 (DCL no participantes en intervención)
- DCM o demencia: 18 (DCM o demencia). (7,63% de solicitudes)

- Procedencia:**
- o 92 Solicitud propia: RRSS, prensa, comunicación Ayto. y Usal (38,98%)
  - o 56 UIN / Especialidad (23,72%)
  - o 19 MAP (8,05%)
  - o 69 Asoc y recursos Ayto. (29,23%)

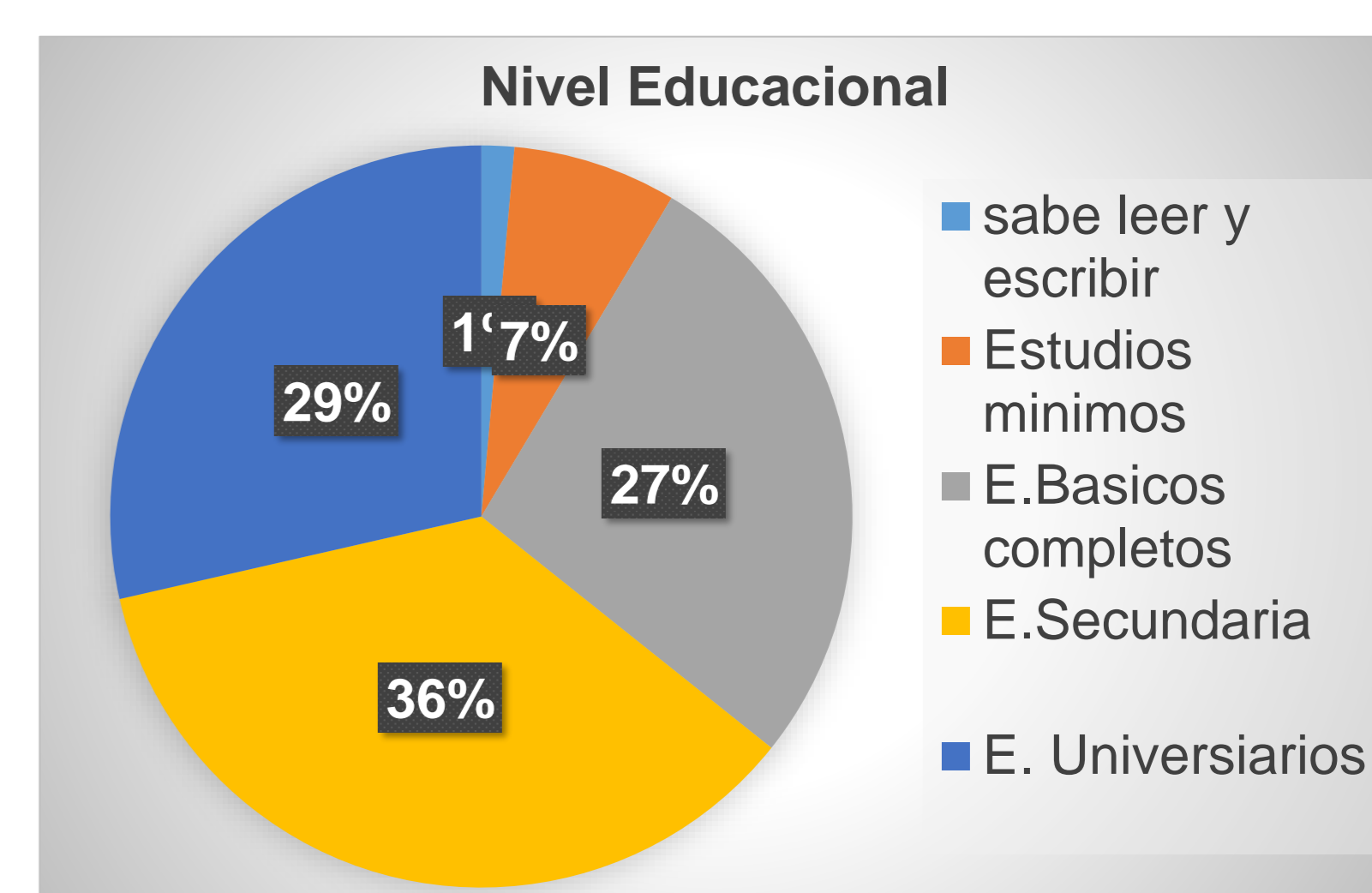
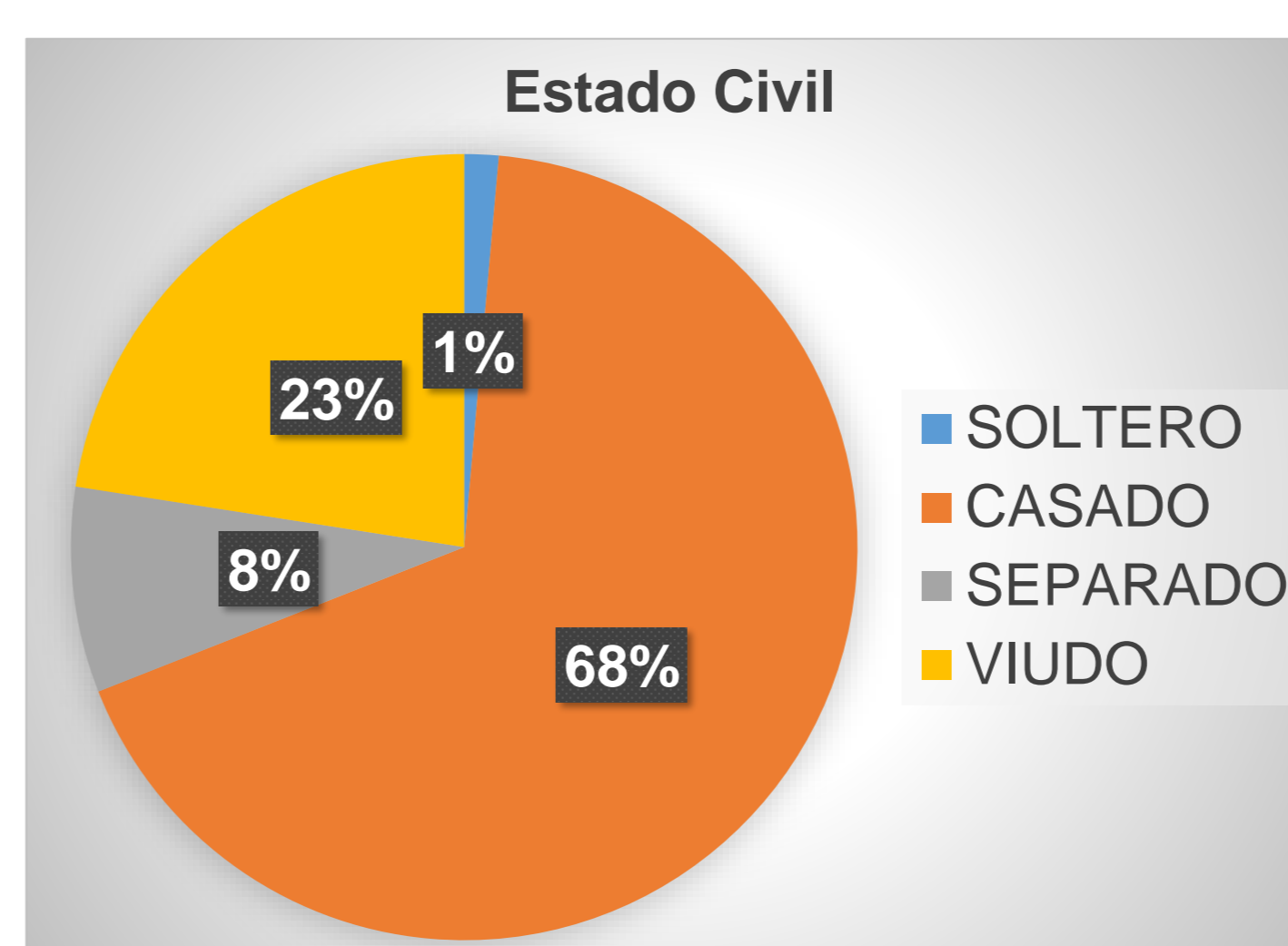
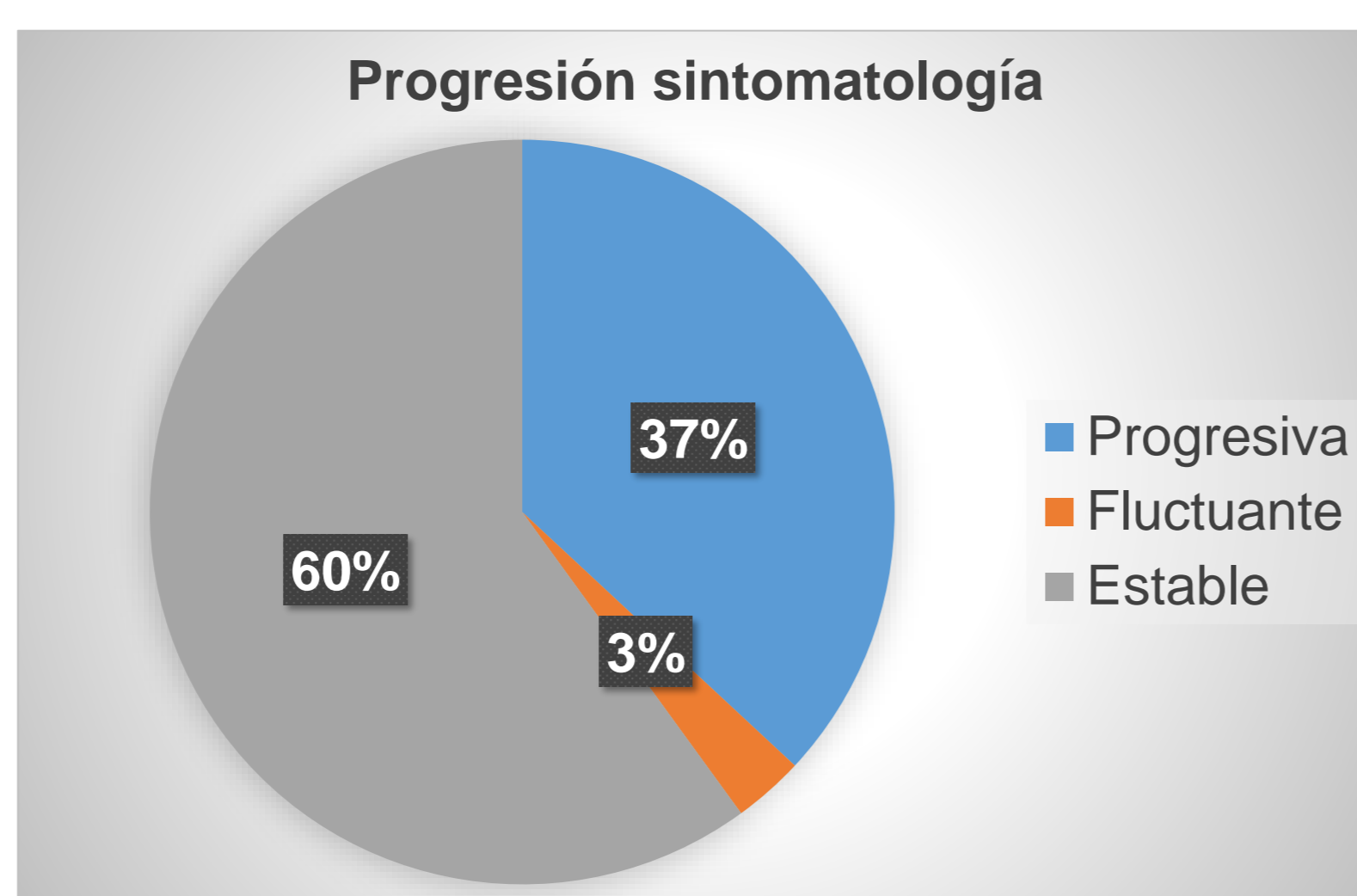
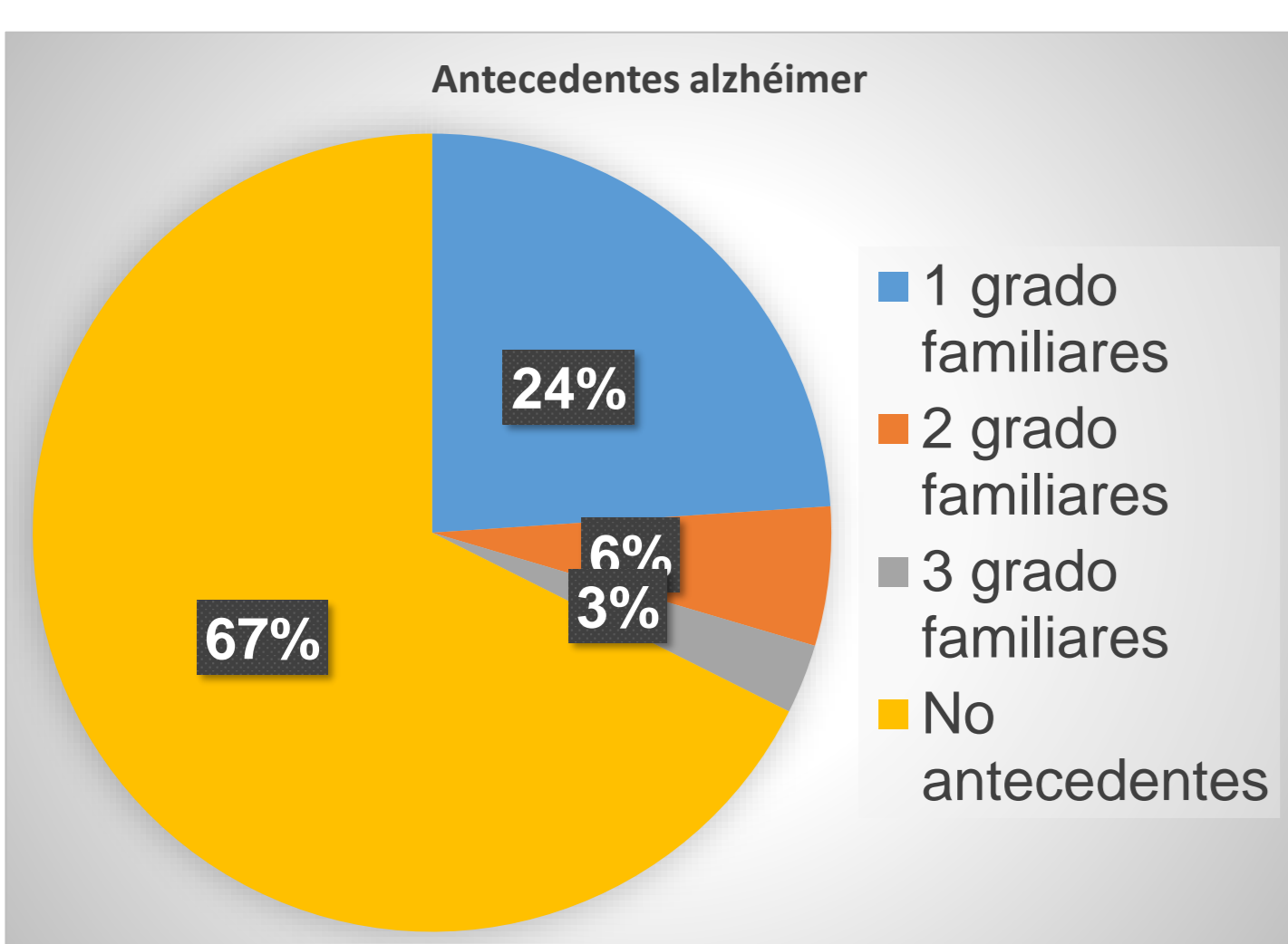
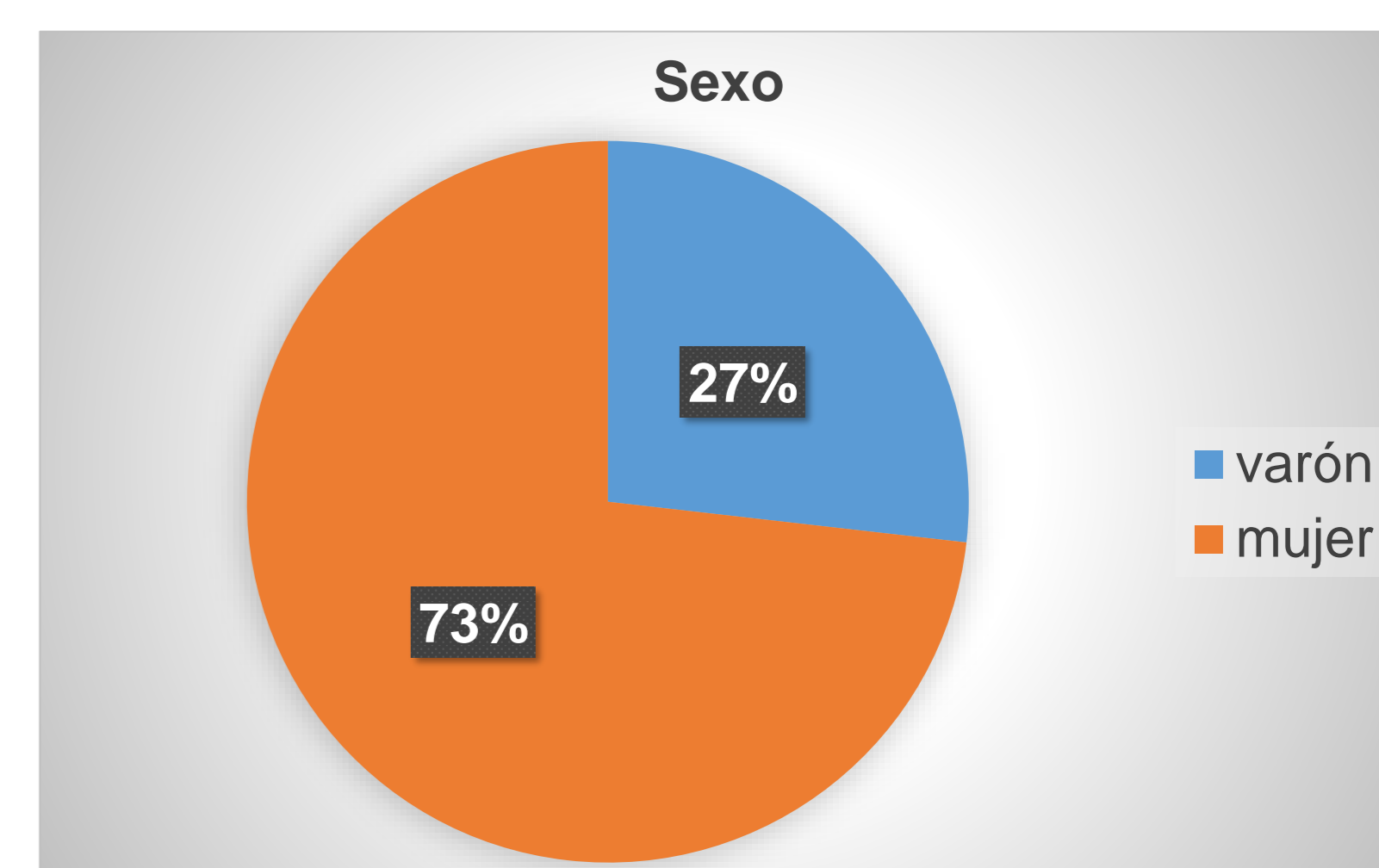
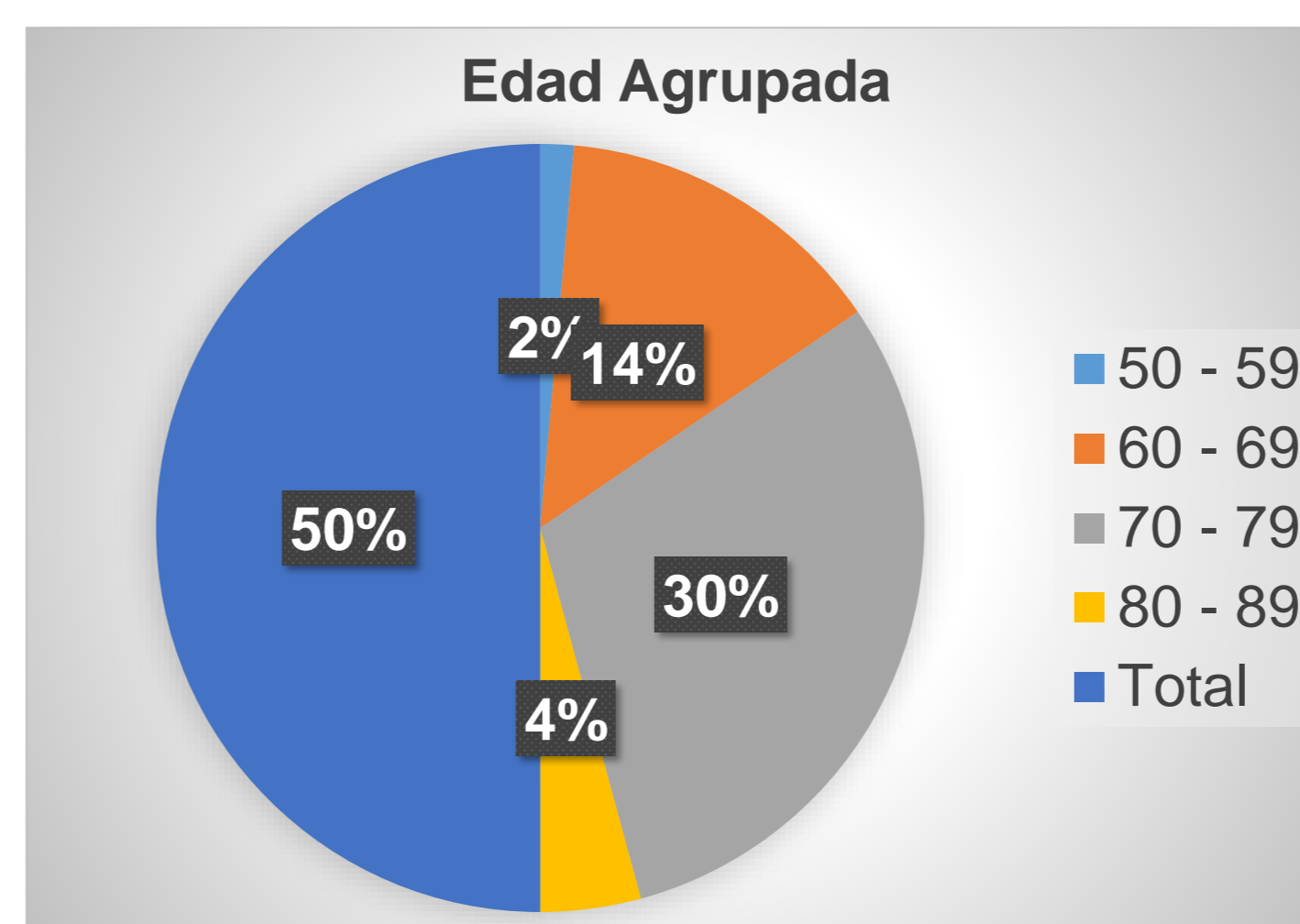
Datos muestra				
	Estadístico	Grupo Ev. Inicial (N=138)	Grupo valoración completa (N=71)	Grupo intervención (N=28)
<b>Edad</b>	Media	72,7	71,79	72,96
<b>Sexo</b>	Moda	Mujer	Mujer	Mujer
<b>Estado civil</b>	Moda	Casada	Casada	Casada
<b>Nivel educacional</b>	Moda	Estudios Secundarios	Estudios Secundarios	Estudios Secundarios
<b>Años escolarización</b>	Media	14,99	15,56	15,44
<b>Hábito lector</b>	Moda	Lee algo	Lee algo	Lee casi todos los días
<b>Dominancia manual</b>	Moda	Diestra	Diestra	Diestra
<b>Forma inicio sintomatología</b>	Moda	Aguda	Aguda	Insidiosa
<b>Tipo progresión sintomatología</b>	Moda	Estable	Estable	Estable
<b>Antecedentes familiares alzhéimer</b>	Porcentaje	28,20%	32,40%	35,70%

Porcentaje de medios de acceso a Proyecto Edades



## Datos screening cognitivo

	MMSE TOTAL	CDR ALG.	ADAS COG	CDR TOTAL
N	69	68	13	67
Media	25,01		11,2562	
Moda		,50		1,00
Desv. Desviación	3,256		3,77835	
Mínimo	15	,00	6,00	,00
Máximo	30	1,00	17,00	7,00

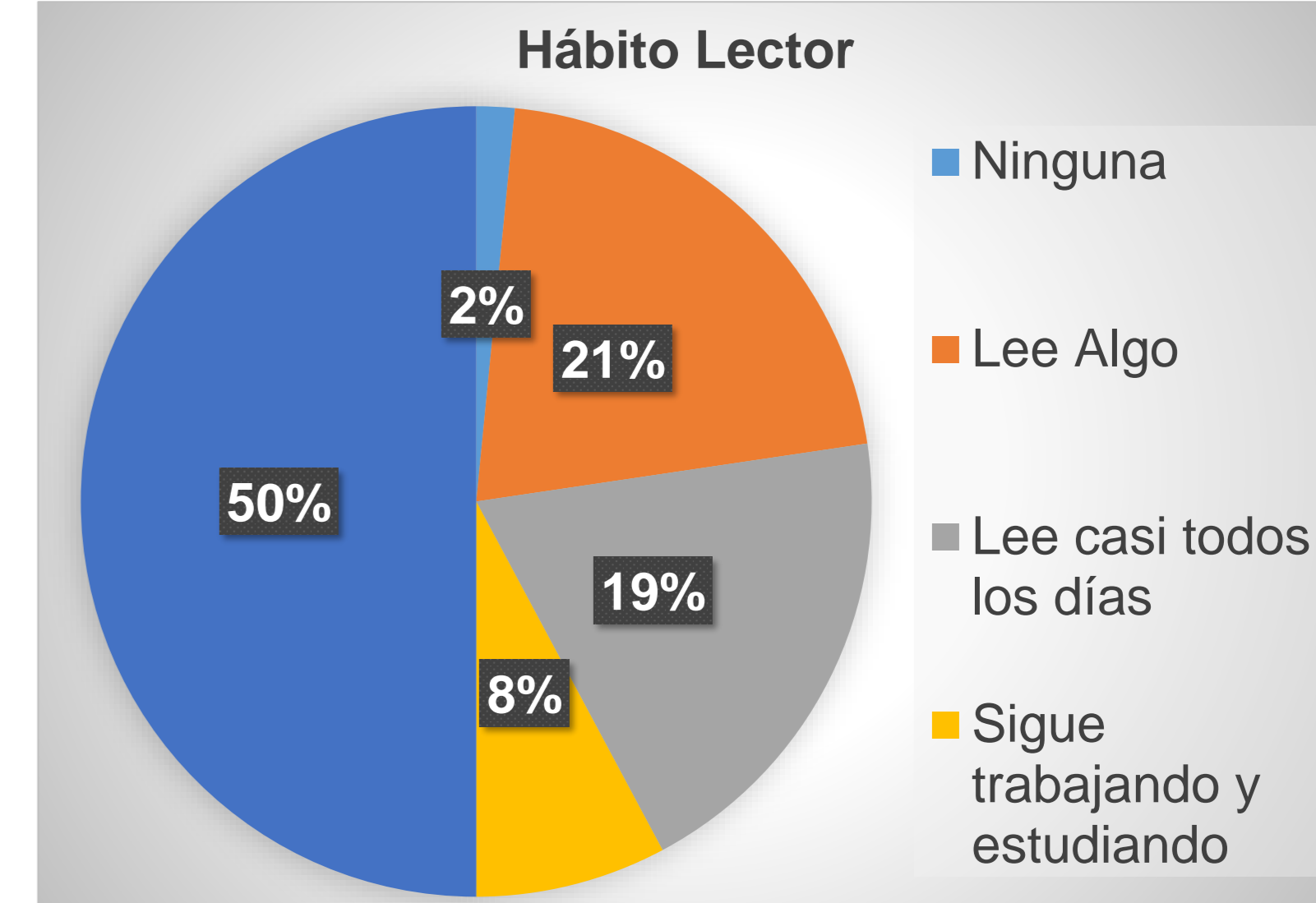
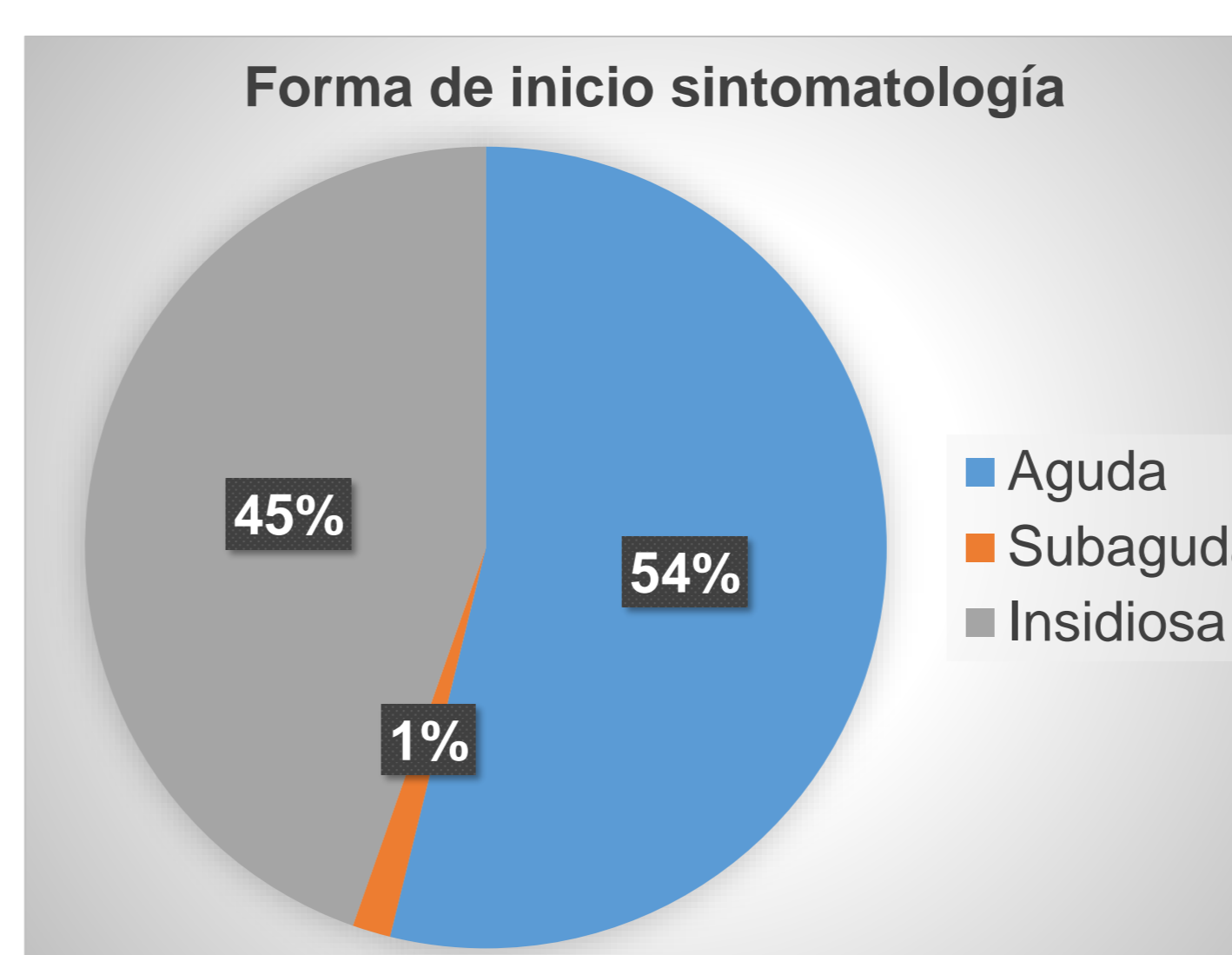


## Conclusiones

Proyecto Edades define una metodología de valoración e intervención novedosa en la que se integra la investigación, la valoración exhaustiva y la intervención. Resultados destacados:

- Distribución de los recursos de procedencia: Aumentar la coordinación con atención primaria.
- Homogeneidad aparente en los datos descriptivos muestrales en todo el proceso de captación.
- Datos del screening cognitivo confirman que la población susceptible de atención es la que llega a Proyecto Edades.

Los resultados muestran la importancia de la coordinación sociosanitaria en la prevención y la necesidad de recursos preventivos en el DCL.



## Bibliografía

- Rodríguez, J. G., & Gutiérrez, G. G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. Revista española de Geriátria y gerontología, 52, 3-6.
- Röhr, S., Zülke, A., Lippa, M., Brettschneider, C., Weißenborn, M., Kühne, F., ... & Riedel-Heller, S. G. (2021). Recruitment and Baseline Characteristics of Participants in the AgeWell. de Study—A Pragmatic Cluster-Randomized Controlled Lifestyle Trial against Cognitive Decline. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(2), 408.
- Quintana, M., Pena-Casanova, J., Sánchez-Benavides, G., Langohr, K., Manero, R. M., Aguilar, M., ... & Lonsdale, S. (2011). Spanish multicenter normative studies (neuronorma project): norms for the abbreviated barcelona test. Archives of clinical neuropsychology, 26(2), 144-157.
- Farrand, P., Matthews, J., Dickens, C., Anderson, M., & Woodford, J. (2016). Psychological interventions to improve psychological well-being in people with dementia or mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis protocol. BMJ open, 6(1), e009713.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia, 7(3), 270-279.



UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA



Ayuntamiento  
de Salamanca