

## Instrumento de exploración de las capacidades cognitivas: resultados en población normal, Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer

Edith Labos<sup>1,2</sup>, Sofía Trojanowski<sup>1</sup>, Karina Zabala<sup>1</sup>, Miriam Del Rio<sup>1</sup>, Alejandro Renato<sup>1,2</sup>, Daniel Seinhart<sup>2</sup>, Marcelo Schapira<sup>2</sup> y Alberto Mauriño<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Argentina

<sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

<sup>3</sup>Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Ángel Posse". Buenos Aires, Argentina

### Resumen

*Introducción: El aumento de las consultas por cambios y/o queja cognitiva en el adulto mayor y el interés actual de las investigaciones epidemiológicas en esa línea, crean la necesidad de contar con herramientas de screening que posibiliten la detección de déficit temprano. Los objetivos de este estudio son mostrar los resultados de un Cuestionario de Capacidades Cognitivas de la vida diaria (CCC) en un grupo control sin déficit cognitivo, en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y con Enfermedad de Alzheimer (EA) y verificar su sensibilidad y especificidad para identificar pacientes de riesgo y con deterioro cognitivo. Participantes y métodos: Fueron evaluados 208 participantes: 60 con diagnóstico de DCL, 46 con EA y un grupo control de 102 sujetos sin déficit cognitivo. Se administró el CCC y una batería de pruebas neuropsicológicas al total de los participantes. Se utilizaron Anova, t de Student, test de Tuckey, curva ROC y Análisis de Componentes Principales. Se realizó un análisis de regresión múltiple con el fin de aislar las preguntas que mejor diferencian los grupos estudiados. Resultados: El CCC mostró diferencias significativas entre el GC y ambos grupos de pacientes (EA  $p > 0,01$  y DCL  $p > 0,05$ ). Se estableció un punto de corte de 17.5 en el puntaje total con una sensibilidad de 93.1 % y una especificidad de 91.3 %. Conclusión: El CCC*

---

Correspondencia con los autores: [strojano2001@yahoo.com.ar](mailto:strojano2001@yahoo.com.ar)

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado por la Universidad de Buenos Aires Proyecto UBACyT Cód. 2072015010003BA: "Valor predictivo y preventivo de la correlación cognitivo-funcional en el deterioro cerebrovascular"

Artículo recibido: 15 de octubre de 2020

Artículo aceptado: 1 de diciembre de 2020

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

*permitiría identificar pacientes con deterioro cognitivo y aquellos con una queja cognitiva mayor a lo esperable constituyendo un instrumento útil de despistaje y orientación en Atención Primaria de la Salud.*

*Palabras clave:* Cuestionario - Capacidades cognitivas - Pacientes de riesgo - Deterioro cognitivo leve - Enfermedad de Alzheimer

## **Abstract**

*Introduction:*The increase in consultations for changes and / or cognitive complaints in the elderly and also the current interest of epidemiological investigations in this line create the need for screening tools for cognitive evaluation that enable the detection of early deficits. Evidence shows its predictive value in the development of dementia disease. This study aims at displaying the results of a Cognitive Skills Questionnaire (CSQ) in a patient population with mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer Disease (AD), both compared with a control group (CG) with no cognitive disorder, and verifying its sensitivity and specificity in order to identify risk patients with cognitive disorder. *Participants and Methods:* A total of 208 participants were evaluated out of which 60 had MCI, 46 had AD and a remaining group of 102 subjects who had no cognitive disorder. All participants were administered the CSQ and a battery of neuropsychological proofs comprising ANOVA, t-student, Tuckey test, ROC curve and Principal Components Analysis. A multiple regression analysis was carried out so as to single out those questions which better differentiated the studied groups. *Results:*The CSQ showed significant differences between the CG and both groups of patients (AD  $p > 0.01$  and MCI  $p > 0.05$ ). It was established a cut-off point of 17.5 in the SCQs total score with a sensitivity of 93% and a specificity of 91.3%.

*Keywords:* Questionnaire - Cognitive skills - Risk patients - Memory cognitive impairment - Alzheimer Disease

## **1. Introducción**

Las consultas por cambios y/o quejas cognitivas en los adultos mayores se han ido incrementando en los últimos años. Factores como el aumento en la expectativa de vida, las exigencias de la vida actual y la extensión del periodo laboral en la población influyen considerablemente en la autopercepción del déficit.

Si bien la variabilidad individual es un factor a tener en cuenta, los estudios sobre envejecimiento muestran el impacto de la declinación del sistema mnésico en esta etapa de la vida.

Ahora bien, ¿Cómo evaluar la significación clínica de los cambios cognitivos considerando las modificaciones propias del envejecimiento en el sistema cognitivo?

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

Los estudios sobre envejecimiento muestran una declinación del sistema mnésico con el aumento de la edad. La mayoría de los autores describen una disminución del rendimiento mnésico en más del 40% de las personas mayores de 60 años que impacta en los procesos involucrados en la memoria declarativa, en el recuerdo consciente de episodios y eventos y, en menor medida, en la información semántica como el recuerdo de nombres e información almacenada en la memoria de largo plazo. Harada y colaboradores (2013), por su parte, observan que el envejecimiento traería aparejado fallas de atención y multitarea o capacidad de memoria de trabajo, fallas en la capacidad de recordar nueva información, resolver problemas, lentitud general de procesamiento y una mayor rigidez cognitiva. Si bien se producen compensaciones tanto cerebrales como cognitivas a estos cambios, los mismos impactan en el quehacer cotidiano, y se acentúan con el paso del tiempo. Estas variables hacen generalmente difícil distinguir las manifestaciones propias del envejecimiento y otros factores asociados de aquellas con valor marcador de progresión o riesgo de enfermedad demencial.

Según Montejo y colaboradores (2016) las personas conocen su memoria y la capacidad de la misma, por eso logran percibir fácilmente un descenso en el rendimiento de esta función propiciando una consulta especializada.

El término “Quejas Cognitivas Subjetivas” (QCS) que se ha acuñado para la consulta espontánea, indicaría tanto una autopercepción del problema en relación a los trastornos de la memoria en la vida cotidiana como la presencia de otras dificultades cognitivas (falta de atención, lentitud de acción y/o dificultad de nuevos aprendizajes) (Reisberg et al., 2008). Asimismo, el término puede referir a los hallazgos en la respuesta a cuestionarios en el contexto de estudios clínicos sobre el tema en población normal o con déficit cognitivo. Stewart(2012) refiere que la mayoría de los estudios clínicos investigan “quejas subjetivas”, pacientes que acuden a la consulta clínica debido a una queja de mala memoria, en tanto que los estudios epidemiológicos tienen más probabilidades de investigar “deterioro”, es decir, casos identificados sobre la base de la respuesta a un cuestionario sobre dificultades cognitivas autopercebidas.

En la actualidad hay diversos estudios que relacionan las quejas subjetivas de memoria (QSM) y el deterioro cognitivo; algunos de ellos sugieren que las personas que refieren QSM albergan en su cerebro neuropatología propia de la Enfermedad de Alzheimer (EA), incluso antes de que se hayan podido constatar síntomas de deterioro cognitivo (Kryscio et al., 2014).

El concepto de un *continuum* cognitivo en el desarrollo de la EA es una hipótesis fuerte que marca una progresión lenta pero progresiva de fallas cognitivas muchos años antes de pasar a una fase de demencia (Allegri et al., 2012; Albert et al., 2011). En este contexto cobra relevancia el valor de las dificultades de la memoria y la cognición como posibles marcadores de deterioro. Las mismas pueden explicitarse tanto en el marco de un *screening* cognitivo de rutina como frente a la consulta específica del mismo paciente o un familiar. En una fase temprana el paciente puede

presentar fallas cognitivas sutiles en la vida cotidiana que generalmente no se comprueban en la exploración cognitiva a través de pruebas formales.

En esta línea varios estudios de investigación informados en la Alzheimer's Association International Conference de 2013 (AAIC 2013) en Boston, señalan que la percepción autoinformada de problemas de memoria o cognición constituiría un marcador clínico temprano potencialmente válido, de cambios cerebrales y cognitivos que pueden indicar la presencia de enfermedad de Alzheimer. Anualmente entre el 2.3% y 6,6% de las personas mayores con QSM desarrollarían DCL o demencia (Jessen et al., 2014b; Mitchell et al., 2014, Amariglio et al., 2015; St Jhon et al., 2002; Wang et al., 2014).

Los pacientes rendirían peor en los test neuropsicológicos de rastreo que la población general mostrando una mayor incidencia de declive cognitivo futuro. Estudios con resonancia magnética muestran un patrón de atrofia hipocampal similar al del deterioro cognitivo leve amnésico (García-Ptacek et al., 2016) señalando el valor predictivo de las QSM asociado a enfermedad demencial (Yim et al., 2017).

En sujetos con QSM variables como la una salud deficitaria, aspectos socio culturales adversos, la edad avanzada, bajo puntaje en el MMSE y la presencia de APOE  $\epsilon 4$ , aumentarían aún más el riesgo de progresión a demencia (Slot et al., 2019; Montejo et al., 2019; Moreno-Grau et al., 2018).

Los instrumentos más utilizados para evaluar las fallas cognitivas y los olvidos cotidianos son los cuestionarios (Hill et al., 2018). Valoran el tipo de problema, su gravedad, la autopercepción del individuo y las estrategias utilizadas para solucionarlos.

Para evaluar las fallas mnésicas se encuentran: el Metamemory Questionnaire (Zelinski, Gilewskiy Thompson, 1980), el Meta memory in Adult Hood Questionnaire (MIA) (Dixon y Hultsch, 1983), el Autoinforme de Memoria para Ancianos (AMA) (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992), el Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC) (Benedett y Seisedos, 1996) y el Questionnaire d'auto-évaluation de la Mémoire (QAM) (Van Der Linden, Wijns, Von Frenkell, Coyette y Seron, 1989).

En lengua hispana, uno de los instrumentos más utilizados para valorar los cambios cognitivos cotidianos, adaptado y validado en España (Montejo et al., 2014), es el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (Memory Failures of Everyday - MFE) de Sunderland y colaboradores (1983), que consta de 28 ítems sobre situaciones y actividades de la vida diaria. Los autores han verificado que el olvido de la información inmediata, las fallas en las funciones ejecutivas y la memoria prospectiva, demostraron ser efectivas para distinguir entre individuos cognitivamente sanos y deterioro cognitivo leve (DCL). Considerando estos hallazgos Avila Villanueva y colaboradores (2016) elaboraron una versión abreviada de 10 ítems que incluye preguntas acerca de varios dominios cognitivos (EMQ10). Los autores de este estudio incluyeron a 844 personas de 70 años o más que vivían en la comunidad. Concluyen que no todos los trastornos cognitivos tienen la misma relevancia clínica. Otros cuestionarios de quejas cognitivas son los elaborados por

Eckerstrom y colaboradores (2013) y Rami y colaboradores (2014) especialmente diseñados para ser administrados en pacientes con quejas cognitivas. Incluyen preguntas fuertemente dirigidas a quejas de memoria.

Mias (2015), por su parte, utiliza una versión revisada y ampliada del Cuestionario de quejas de memoria elaborado por Marotto (2003). Esta adaptación consta de 20 ítems que miden las quejas de memoria y valoran la frecuencia de los olvidos.

El cuestionario AD8 (Galvin et al., 2005) para detección de demencia consta de 8 preguntas relacionadas con las funciones ejecutivas y la memoria episódica, fue adaptado al español rioplatense y validado como AD8-arg por Blanco y colaboradores (2016) resultando con buena sensibilidad y especificidad para detectar sujetos con demencia y sensibilidad para detectar DCL, por lo que se orienta para ser utilizado en Atención Primaria.

Dada la relevancia clínica del tema, hemos adaptado y administrado un Cuestionario de Capacidades Cognitivas (CCC. Ver Anexo) basado en Q.A.M. (Questionnaire D auto-evaluation de la mémoire) de Van Der Linden y colaboradores (1989). El CCC se compone de 15 preguntas sobre las quejas más frecuentes que se presentan en situaciones de la vida cotidiana en el contexto de las quejas cognitivas subjetivas. El 60% de las preguntas se refieren específicamente a la memoria y el resto a otros dominios como la atención, orientación y función ejecutiva.

Los objetivos de este trabajo son mostrar los resultados comparativos de la implementación del CCC en una población hispano hablante de participantes sin déficit cognitivo y pacientes con DCL y EA, a fin de obtener datos sobre su sensibilidad y especificidad para la identificación de sujetos con deterioro cognitivo.

## **2. Método**

### *Población*

Participaron del estudio 208 sujetos con un rango etario entre 50 y más de 80 años: 60 con diagnóstico de DCL (Petersen, 2011) con una media de edad de 70.48±8.01, 46 con EA en estadio leve a moderado (McKhann et al., 1984) con una media de 72.17±4.87 años y un grupo control de 102 sujetos sin déficit cognitivo (media de edad de 63.71±14.28 años). Los pacientes concurrían al servicio de Neurología del Hospital Central de San Isidro. El Grupo control (GC) estuvo conformado por voluntarios sin déficit cognitivo que cumplían criterios de inclusión preestablecidos, provenientes del personal administrativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de los acompañantes de los pacientes del Hospital Central de San Isidro. Todos los participantes dieron en forma oral su consentimiento informado.

### *Materiales y procedimiento*

Al total de los participantes se les administró el CCC y una batería de pruebas neuropsicológicas: Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975; Butman et al., 2001), ADAS Cog (Labos et al., 1997), Fluencia verbal semántica y fonológica (Labos et al., 2013), Trail Making Test A y B (Fernández et al., 2002), Actividades de la vida diaria (Katz et al., 1963) y Actividades Instrumentales de la vida diaria (Lawton et al., 1969). En el grupo de pacientes con EA, el CCC fue corroborado por un familiar o acompañante.

El CCC incluye 15 preguntas que se contestan en una escala de tipo Likert de 4 niveles de respuesta, donde los mayores números representan una mayor frecuencia de la dificultad (0= nunca, 1= rara vez; 2= con frecuencia, 3= siempre) con un puntaje máximo de 45 puntos (ver Anexo).

Las preguntas indagan sobre distintas situaciones de la vida diaria que se manifiestan en el contexto de las quejas subjetivas. El 60% de las mismas se relacionan con el sistema mnésico y el resto recaba datos de otros dominios cognitivos. Evalúan distintos subsistemas de memoria; retrospectiva, semántica, episódica, prospectiva, de corto plazo y de trabajo y otras funciones cognitivas tales como atención, capacidad de nuevos aprendizajes, orientación espacial y función ejecutiva.

#### *Análisis de datos*

Con el fin de verificar una correlación entre grupos se realizó un análisis comparativo entre el GC y cada una de las poblaciones de pacientes (DCL y EA) y entre ambos grupos de pacientes. Se utilizaron Anova, t de Student, test de Tuckey, curva ROC y Análisis de Componentes Principales.

Se compararon las medias (ANOVA y post hoc de Bonferroni) entre los 3 grupos. Se calculó la sensibilidad y la especificidad y se construyó la curva ROC.

Con el propósito de establecer cuáles preguntas discriminaron mejor entre GC vs. DCL, y DCL vs. EA, se efectuó un análisis de correlación entre el puntaje de cada pregunta y el indicador de cada grupo estudiado. Asimismo, se realizó un análisis de regresión múltiple (*forward* y *backward*) con el fin de aislar las preguntas que mejor diferencian los grupos de a pares (GC con DCL, DCL con EA).

### **3. Resultados**

Los valores del MMSE fueron de 28.82±1.27 para el GC, 27.05±1.10 para el grupo con DCL y 19.96±5.43 para los pacientes con EA.

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en el CCC en las tres poblaciones estudiadas.

**Tabla 1.** Medias y Desvío estándar (DS) del CCC en GC, DCL y EA

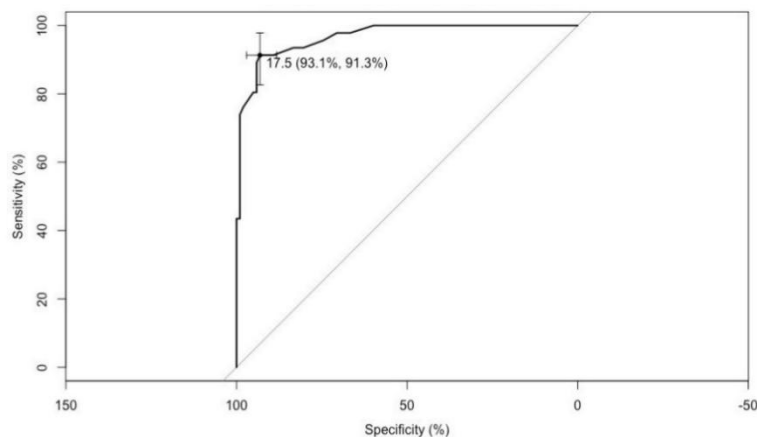
VARIABLES	SUJETOS	N	MEDIA	DS	MEDIANA	MIN	MAX	RANGO
CCC_TOTAL	GC	102	<b>10.21</b>	5.53	10	0	30	30
	DCL	60	<b>21.10</b>	8.11	20	6	40	34
	EA	46	<b>29.17</b>	8.49	29	11	44	33

En el GC no se encontraron diferencias significativas en relación a las variables edad, instrucción y género.

Los resultados de la curva ROC se establecieron comparando 1) el GC vs DCL, y EA (es decir normales vs. todos los pacientes); 2) el GC vs. DCL y 3) DCL vs EA.

El CCC mostró diferencias significativas entre el GC y ambos grupos de pacientes (EA  $p > 0,01$  y DCL  $p > 0,05$ ).

Se estableció un punto de corte de 17.5 en el puntaje total del CCC entre el GC y ambas poblaciones de pacientes (DCL y EA), con una sensibilidad de 93.1 % y una especificidad de 91.3% (Figura 1).

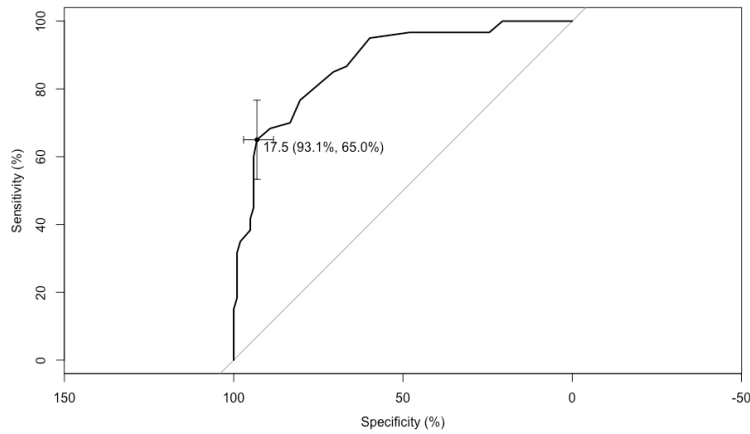


**Figura 1.** Punto de corte y Curva ROC de GC vs Pacientes

No se registraron diferencias significativas entre los pacientes con DCL y la población con EA.

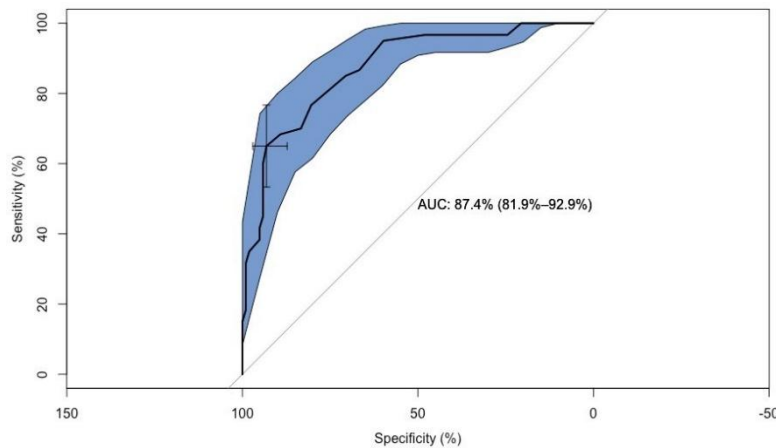
Asimismo, el punto de corte de 17.5 permite diferenciar al GC de los pacientes con DCL, con una sensibilidad de 93.1% y una especificidad de 65.0% (Figura 2).





**Figura 2.** Punto de Corte y Curva ROC de GC vs. DCL

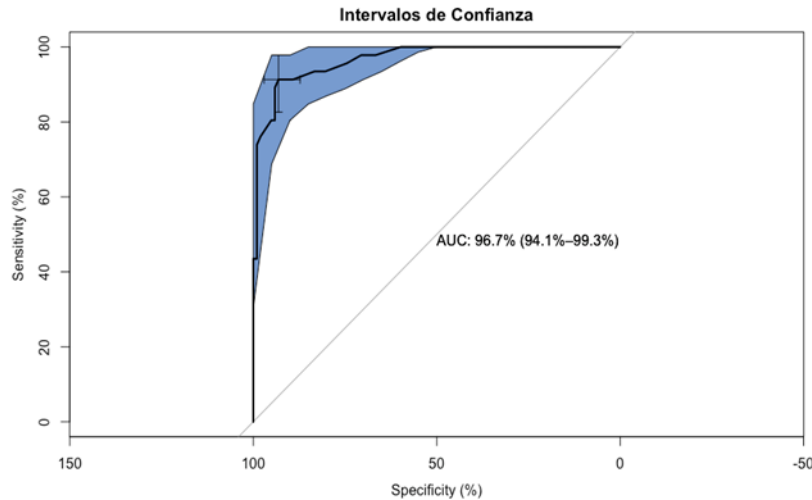
La Figura3 muestra el Área bajo la curva (AUC), con un valor de 87,4 % (81.9 % de sensibilidad y 92.9% de especificidad) para diferenciar GC vs DCL. El área en azul señala los intervalos de confianza.



**Figura 3.** Intervalos de Confianza entre GC y DCL

La Figura 4 muestra AUC con un valor de 96.7 % (94.1 % de especificidad y 99.3% de sensibilidad) para GC vs. EA. El área en azul señala los intervalos de confianza.





**Figura 4.** Intervalos de Confianza entre GC y EA

## 4. Discusión

Los resultados de la curva ROC para especificidad, sensibilidad y AUC (Área bajo la Curva) del CCC muestran que el cuestionario permite distinguir los sujetos normales de la población de pacientes con deterioro cognitivo.

En el caso de una consulta inicial por quejas cognitivas, el CCC nos permitiría discriminar si estamos o no frente a un paciente que amerite una evaluación especializada y su seguimiento. Los datos clínicos complementarán las posibles hipótesis causales.

Sin embargo, el CCC no resultó sensible para diferenciar la población de pacientes con DCL de aquellos con EA ya que se obtuvo una baja significación estadística. No obstante, consideramos que tiene un buen valor clínico ya que los pacientes con DCL tuvieron una media de 21.10 en el puntaje total en tanto para la EA esta media aumentó a 29.17.

Estos resultados mostrarían asimismo que los pacientes con DCL presentan fallas de memoria cotidianas muy similares a aquellos pacientes con EA en estadios tempranos.

El punto de corte de 17.5 muestra una muy buena sensibilidad (93.1 %) y una muy buena especificidad (91.3%). ¿Qué nos dice este punto de corte? Nos muestra el grado de olvidos cotidianos que presenta la mayoría de los participantes controles. Por lo tanto, si un sujeto q consulta obtiene un puntaje total de 1 desvío y medio o 2 desvíos estándar por encima de la media (10.21 DS 5.53) marcará un alerta que orientará nuestra intervención clínica tendiente a indagar las causas posibles del trastorno. Otro resultado interesante es que este punto de corte de 17.5 permite discriminar a los pacientes con DCL con una sensibilidad del 93.1%, pero con baja

especificidad (65.0%). Es decir que dará un 35% de falsos positivos identificando DCL en sujetos sanos, pero detectará la mayoría de los pacientes. A los sujetos que se identifiquen como población de riesgo, se les podrá indicar una evaluación neuropsicológica extendida a fin de objetivar el déficit cognitivo. Consideramos entonces que el CCC asociado a otras tareas cognitivas habitualmente administradas en un *screening* cognitivo breve, constituirá un útil complemento de orientación clínica.

El CCC no mostró diferencias significativas en relación a las variables edad instrucción y género. Estos resultados tienen un interesante valor clínico ya que son indicadores de la buena selección de las preguntas, que no sufren el impacto de dichas variables.

En relación a las preguntas que lo conforman, cumple con el criterio de explorar no solamente quejas referidas a la memoria, sino también a otros dominios como la atención, orientación y lenguaje. La función ejecutiva intervendrá en muchas de las acciones indagadas, ya que es requerida en diversas tareas vinculadas a la memoria y la capacidad atencional. Jessen (2014) reporta que tareas tales como seguir una conversación grupal o encontrar el camino en calles familiares, estaban más altamente asociadas con el riesgo de deterioro cognitivo que las quejas de memoria como olvidar cosas de un momento a otro.

Si bien el CCC permite una autoadministración, consideramos de gran utilidad su administración al acompañante para comparar ambos puntajes y constatar la presencia de anosognosia.

A fin de obtener el valor predictivo de cada una de las preguntas del CCC (ver Anexo A) se realizó un análisis estadístico de correlación, que muestra que el orden de importancia de las preguntas para diferenciar DCL vs. GC y DCL vs. EA no son los mismos.

La pregunta inicial (0) - *¿Ud. tiene dificultades de memoria?* - es la que mejor poder predictivo tiene para ambos grupos GC vs. DCL y DCL vs. EA. Es decir, discrimina el GC de los pacientes y entre el grupo de pacientes. Esta predicción es esperable ya que tanto los pacientes con DCL como los que tienen EA acusarán mayores problemas de memoria que el resto de la población. Estos resultados corroboran el valor predictor de las quejas subjetivas de memoria reportados en la literatura (Jessen, 2014 a)

La pregunta 11 - *¿Tiene dificultad para recordar nombres de personas y de lugares?* - permite predecir mejor DCL vs. EA (2º lugar en orden de predicción) en tanto que para GC y DCL está en 9º lugar. La predicción es esperable ya que la dificultad para ubicar nombres es altamente frecuente en EA con una diferencia significativa en relación al grupo de pacientes con DCL. Sin embargo, no resultó de alta predicción para discriminar al GC de la población con DCL, ya que las diferencias no son tan evidentes, y resulta una manifestación propia del envejecimiento.

En tanto la pregunta 15 - *¿Olvida inmediatamente lo que la gente le acaba de decir?* - está en 2º lugar de poder predictivo entre DCL vs. EA y en 3º lugar entre GC y DCL.

Las preguntas de mayor predicción para discriminar DCL de GC fueron 0-7-14-15.

La pregunta 0 daría cuenta como vimos, de la autoconciencia que el individuo tiene de sus problemas de memoria, dato importante ya que permite discriminar la presencia de anosognosia, manifestación frecuente en las demencias.

La pregunta 7 tiene una importante significación ya que las fallas de orientación se presentan en estadios muy tempranos de deterioro cognitivo.

La pregunta 14 puede indicar asimismo una disminución en la capacidad atencional corroborando el déficit de la función ejecutiva. La pregunta 15 estaría relacionada con la memoria de corto plazo y los procesos atencionales vinculados al input auditivo verbal, manifestación esperable en individuos con DCL.

El tipo de queja y su mayor frecuencia de aparición en DCL, parecieran ser consecuencia de una posible falla en la memoria de trabajo y en las habilidades visuoespaciales dependientes de la función ejecutiva, que participa de tareas múltiples implicando procesos atencionales y de supervisión.

Dado que la mayor dificultad en la clínica cotidiana es discriminar aquellas quejas subjetivas de memoria que permitan identificar a la población de riesgo de DCL, estos hallazgos permiten considerar la posible elaboración de un 2º cuestionario que incluya en primer lugar las preguntas de mayor predicción y quizás agregar otras que respondan a los posibles dominios cognitivos subyacentes a estas quejas específicas.

Aunque nuestros resultados sugieren que las quejas cognitivas específicas discriminan entre controles y DCL, no está claro si esas quejas específicas pueden usarse para detectar individuos con alto riesgo de conversión a DCL en el futuro.

En este sentido, nuestras investigaciones en curso están dirigidas al seguimiento longitudinal de la población que consulta por queja cognitiva a la que se administró el CCC; y a verificar el valor predictivo de deterioro cognitivo de las preguntas de mayor significación a fin de elaborar un nuevo cuestionario abreviado e incluirlo en la entrevista clínica inicial, a modo de una primera orientación.

Sería de utilidad aumentar no sólo el número de participantes sin déficit cognitivo a fin de establecer valores normativos del CCC para nuestra población sino también el número de pacientes, especialmente con DCL diferenciando el tipo clínico (amnésico vs. multidominio) y considerar otras variables clínicas de impacto cognitivo como los trastornos del ánimo, del sueño entre otras.

Concluyendo, el CCC mostraría un buen valor clínico como instrumento útil de despistaje en Atención Primaria de la Salud, posible de utilizar en aquellos sujetos que consulten por queja cognitiva. El CQC permitiría identificar a pacientes con distinto grado de deterioro cognitivo y a aquellos sujetos que presenten una queja cognitiva mayor a lo esperable para su edad y condición. Asociado a otras tareas cognitivas constituiría un útil complemento de orientación clínica.

Asimismo, los hallazgos encontrados abren una interesante proyección para la elaboración de instrumentos con valor marcador en la identificación de población de riesgo de deterioro cognitivo.

## Bibliografía

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. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008

Allegri, R.F.; Russo, M.J.; Kremer, J.; Taragano, F.E.; Brusco, I.; Ollari, J.A.; Bagnati, P. (2012) Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, 23(101), 5–15. PMID: 22880190

Amariglio, R.E.; Donohue, M.C.; Marshall, G.A.; Rentz, D.M.; Salmon, D.P.; Ferris, S. H.; Sperling, R.A. (2015). Tracking Early Decline in Cognitive Function in Older Individuals at Risk for Alzheimer Disease Dementia. *JAMA Neurology*, 72(4), 446. doi:10.1001/jamaneurol.2014.3375

Ávila-Villanueva, M.; Rebollo-Vázquez, A.; Ruiz-Sánchez de León, J.; Valentí, M.; Medina, M.; Fernández-Blázquez, M. (2016). Clinical Relevance of Specific Cognitive Complaints in Determining Mild Cognitive Impairment from Cognitively Normal States in a Study of Healthy Elderly Controls. *Frontiers in aging neuroscience*, 8, 233. Doi: 10.3389/fnagi.2016.00233

Benedett, M.J. & Seisedos, N. (1996) *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Blanco, R.; Roman, F.; Iturry, M.; Leis, A.; Russo, M.; Bartoloni, L.; Barcelo, E.; Allegri, R. (2016). Cuestionario de detección de deterioro cognitivo AD8-arg para su uso Atención Primaria de la salud en Argentina. *Neurología Argentina*. doi.org/10.1016/j.neuarg.2016

Butman, J.; Arizaga, R.L.; Harris, P.; Drake, M.; Baumann, D. et al. (2001) El "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg*, 26: 11-15.

Dixon, R.A. & Hultsch, D.F. (1983). Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study. *Journal of Gerontology*, 38: 682-688. DOI: 10.1093/geronj/38.6.689

Eckerstrom, M.; Skoogh, J.; Rolstad, S.; Göthlin, M.; Steineck, G.; Johansson, B. et al. (2013). Sahlgrenska Academy Self-reported Cognitive Impairment Questionnaire (SASCI-Q)-a research tool discriminating between subjectively cognitively impaired patients and healthy controls. *Int Psychogeriatr*, 25:420–30. [PubMed] [Google Scholar]

Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J.L. & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona, Ed. Martínez Roca, 75-108.

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

Fernández, A.; Marino, J. & Alderete, A.M. (2002). Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Rev Neurol Arg*, 27: 83-88.

Folstein, M.; Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12: 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

Galvin, J.E.; Roe, C.M.; Powlishta, K.K.; Coats, M.A.; Muich, S.J.; Grant, E.; Miller, J.P.; Storandt, M.; Morris, J.C. (2005) The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology*, 65(4):559-64. doi: 10.1212/01

García-Ptacek, S.; Eriksdotter, M.; Jelic, V.; Porta-Etessam, J.; Kåreholt, I. & Manzano Palomo, S. (2016). Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 31(8), 562–571. doi:10.1016/j.nrl.2013.02.007

Harada, C.N.; Natelson Love, M.C. & Triebel, K.L. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737–752. doi:10.1016/j.cger.2013.07.00

Hill, N.L.; & Mogle, J. (2018). Alzheimer's disease risk factors as mediators of subjective memory impairment and objective memory decline: protocol for a construct-level replication analysis. *BMC Geriatr* 18, 260 <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0954-5>

Jessen, F. (2014a). Subjective and objective cognitive decline at the pre-dementia stage of Alzheimer's disease. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264 (1): 53-57. DOI: [10.1007/s00406-014-0539-z](https://doi.org/10.1007/s00406-014-0539-z)

Jessen, F.; Amariglio, R.E.; Van Boxtel, M.; Breteler, M.; Ceccaldi, M.; Chetelat, G. et al. (2014b). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers & Dementia*, 10 (6):844-52.

Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A.; Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness on the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 185: 914-919. doi: 10.1001 / jama.1963.03060120024016

Kryscio, R.J.; Abner, E.L.; Cooper, G.E.; Fardo, D.W.; Jicha, G.A.; Nelson, P.T.; Smith, C.D.; Van Eldik, L.J.; Wan, L. & Schmitt, F.A. (2014). Self-reported memory complaints: implications from a longitudinal cohort with autopsies. *Neurology*, 83(150): 1359-1365. doi: 10.1212/WNL.0000000000000856.

Labos, E. & Vanotti, S. (1997). Presentación y Normalización de una escala de evaluación en D.T.A. ADAS cog. Versión Francesa. *Rev Neurol Arg*, 22: 83-90.

Labos, E.; Trojanowski, S.; del Rio, M.; Zabala, K. & Renato, A. (2013). Perfiles de fluencia verbal en Argentina. Caracterización y normas en tiempo extendido. *Neurología Arg* 5(2): 78-86. doi:10.1016/j.neuarg.2013.04.005

Lawton, M.P.; & Brody, E.M. (1969) Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9:179-186. doi:10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179

Marotto, M.A. (2003). *Manual de taller de memoria*. Madrid: TEA Ediciones.

McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M.; Katzman, R.; Price, D. & Stadlan, E.M. (1984) Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34: 939-44. doi:10.1212/wnl.34.7.939

Mias, C.D. (2015). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones Psicopatológicas: Aspectos Diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(2), 53-70 ISSN: 0124-1265

Mitchell, A.J.; Beaumont, H.; Ferguson, D.; Yadegarfar, M. & Stubbs, B. (2014) Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: meta-analysis. John Wiley & Sons AS. Published by John Wiley & Sons Ltd *Acta Psychiatr Scand*, 1-13. doi: 10.1111/acps.12336.

Montejo, P.; Montenegro, M.; Sueiro, M. J. & Huertas, E. (2014). Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE). Análisis de factores con población española. *Anales de Psicología*, 30(1). doi:10.6018/analesps.30.1.131401

Montejo, P.; Montenegro-Peña, M.; López-Higes, R.; Montejo-Rubio, B. (2016). Quejas subjetivas de memoria en ancianos: relación con el estado de salud, multimorbilidad, medicamentos y uso de servicios en un estudio poblacional. *Int Psychogeriatr*, 28 (11), 1903-1916. <https://doi.org/10.1017/S104161021600106X>

Montejo, P.; Montenegro-Peña, M.; Prada, D.; García-Mulero, E.; García-Marín, A. & Pedrero-Pérez, E.J. (2019). Memory complaints: mental health, diseases, pain and loneliness. A population study in the city of Madrid. *Rev Neurol*. 16;69(12):481-491. doi:10.33588/rn.6912.2019252

Moreno-Grau, S.; Rodríguez-Gómez, O.; Sanabria, Á. et al. (2018) Exploring APOE genotype effects on Alzheimer's disease risk and amyloid  $\beta$  burden in individuals with subjective cognitive decline: The Fundació ACE Healthy Brain Initiative (FACEHBI) study baseline results. *Alzheimers & Dementia*, 14 (5): 634-643. doi:10.1016/j.jalz.2017.10.005

Petersen R.C. (2011) Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*, 9; 364(23):2227-34. doi: 10.1056 / NEJMc0910237.

Rami, L.; Mollica, M.A.; García-Sánchez, C.; Saldaña, J.; Molinuevo, J.L. (2014). The subjective cognitive decline questionnaire (SCD-Q): a validation study. *J Alzheimer's Dis*, 41:453-66. doi: 10.3233/JAD-1320

Reisberg, B.; Pritchep, L.; Mosconi, L.; John, E. R.; Glodzik-Sobanska, L.; Boksay, I.; de Leon, M. J. (2008) The pre-mild cognitive impairment, subjective cognitive impairment stage of Alzheimer's disease. *Alzheimers & Dementia*, 4(1), S98-S108. doi:10.1016/j.jalz.2007.11.017.

Slot, R.; Sikkes, S.; Berkhof, J.; Brodaty, H.; Buckley, R.; Cavedo, E. y col. (2019) Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer's disease and non-Alzheimer's disease dementia. *Alzheimer Dement*, 15(3): 465-476. DOI: 10.1016/j.jalz.2018.10.003

Stewart, R. (2012). Subjective cognitive impairment. *Curr Opin Psychiatry*, 25(6): 445-450. doi:10.1097/YCO.0b013e3283586fd8

St John, P. & Montgomery, P. (2002). Are cognitively intact seniors with subjective memory loss more likely to develop dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*, 17: 814-820. DOI:10.1002/gps.559



Sunderland, A.; Harris, J.E. & Baddeley, A.D. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22: 341–357. doi:10.1016/S0022–5371(83)90229–3

Van der Linden, M.;Wijns, Ch.; Von Frenkell, R.;Coyette, F. &Seron, X. (1989) *Un questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire (QAM)*. Bruxelles: Editest.

Wang, L.; Van Belle, G.; Crane, P.K.;Kukull, W.A.; Bowen, J.D.; McCormick, W.C. et al. (2004). Subjective Memory Deterioration and Future Dementia in People Aged 65 and Older. *J Am Geriatr Soc*, 52: 2045-2051. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52568.x

Yim, S.J.; Yi, D.;Byuen, S.; Choe, Y.M.; Choi, H.J.;Baek, H.; Sohn, B.K. et al (2017) Screening ability of subjective memory complaints, informant-reports for cognitive decline, and their combination in memory clinic setting. *Psychiatry Investig*. 14(5):640-646.

Zelinski, E.M.;Gilewski, M.J. & Thompson, L.W. (1980). Do laboratory tests relate to self-assessment of memory ability in the young and old? En: Poon LW, Fozard JL, Cermak LS, Arenberg D, Thompson LW (eds.). *New directions in memory and aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Lawrence, Erlbaum, 519-544.

## Anexo

### CUESTIONARIO DE CAPACIDADES COGNITIVAS (CCC)

Nunca =0; Raramente =1; A veces =2; Frecuentemente (la mayor parte del tiempo) = 3.

¿Ud. tiene dificultades de memoria?

0 1 2 3

1. ¿Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes?	0	1	2	3
2. ¿Tiene dificultades para seguir una película o un libro por olvidarse lo que pasó con anterioridad?	0	1	2	3
3. ¿Entra a una habitación y olvida, qué era lo que iba buscar?	0	1	2	3
4. ¿Olvida hacer algunas cosas importantes que había previsto con anterioridad? (pagar impuestos, asistir a una reunión, etc.)	0	1	2	3
5. ¿Tiene dificultad para recordar números de teléfono habituales?	0	1	2	3
6. ¿Olvida nombres o apellidos de personas que le son familiares?	0	1	2	3
7. ¿Se ha perdido en lugares que le son familiares?	0	1	2	3



8. ¿No recuerda dónde están guardados objetos de uso cotidiano?	0	1	2	3
9. ¿Ha olvidado cerrar el gas, apagar la luz, cerrar la casa, la canilla?	0	1	2	3
10. ¿Repite muchas veces las cosas porque olvida que ya lo había dicho?	0	1	2	3
11. ¿Tiene dificultad para recordar nombres de personas o de lugares?	0	1	2	3
12. ¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas (juegos de cartas, de sociedad, nuevas recetas, etc.)?	0	1	2	3
13. ¿Tiene necesidad de anotar todo?	0	1	2	3
14. ¿Tiende a perder objetos?	0	1	2	3
15. ¿Olvida inmediatamente lo que la gente le acaba de decir?	0	1	2	3
<b>TOTAL</b>				