

Población joven con queja cognitiva: performance neuropsicológica y síntomas neuropsiquiátricos

Young population with cognitive complaint: neuropsychological performance and neuropsychiatric symptoms

Florencia Deschle¹, Sofía Caporale², María Cecilia Moreno³, Cecilia Verónica Cervino⁴, María Laura Saglio⁵, Guillermo Pablo Povedano⁶, Waleska Berrios⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.833>

Resumen

Introducción: la categoría de los Trastornos neurocognitivos (TNC), también llamados Demencias, incluye a aquellos trastornos en los que el déficit clínico principal es la falla en una o más funciones cognitivas y que son adquiridos. La Demencia de Inicio Temprano (DIT) se define como un TNC mayor que comienza antes de los 65 años, con diversas causas etiológicas y un impacto significativo en los costos de salud y calidad de vida familiar. Los síntomas neuropsiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, pueden ser causas no neurodegenerativas de deterioro y quejas cognitivas. Este estudio se enfoca en describir el rendimiento en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) y la presencia de depresión, ansiedad, y otros síntomas neuropsiquiátricos en jóvenes que consultan por quejas cognitivas en un servicio de neurología. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo basado en informes de ENC de pacientes jóvenes (≤ 64 años) que consultaron por quejas cognitivas entre junio de 2018 y diciembre de 2022. Se excluyeron pacientes con antecedentes de trastornos del neurodesarrollo. Los informes clasificaron a los pacientes en categorías basadas en su rendimiento cognitivo y la afectación en actividades de la vida diaria. Además, se recopilaron datos demográficos, antecedentes neurológicos y psiquiátricos, y se utilizaron escalas para evaluar síntomas neuropsiquiátricos. **Resultados:** de las 214 ENC, 54.21 % resultaron normales, mientras que las restantes mostraron diversos grados de deterioro cognitivo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión o ansiedad entre los grupos con ENC normal y patológica. Sin embargo, el 84 % de los casos presentó síntomas neuropsiquiátricos según informes de familiares, siendo la depresión y la ansiedad los más reportados. **Conclusiones:** en más de la mitad de la muestra se obtuvo un rendimiento cognitivo normal y en el resto algún grado de deterioro cognitivo. Se detectó una alta frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos. Se subraya la importancia de una ENC completa y la detección de síntomas neuropsiquiátricos para una intervención temprana en pacientes jóvenes.

Palabras clave: queja cognitiva, trastorno neurocognitivo, demencia, síntomas neuropsiquiátricos

RECIBIDO 11/5/2024 - ACEPTADO 3/8/2024

¹Médica especialista en Neurología y en Neuropsicología clínica. Médica de planta del Complejo médico Hospitalario Churrucá Visca. Médica de planta del Centro de Neurología Cognitiva Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6939-455X>

²Médica especialista en Neurología. Jefa de residentes del Servicio de Neurología del Complejo médico Hospitalario Churrucá Visca. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-2733-4333>

³Licenciada en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. <https://orcid.org/0009-0007-8994-3767>

⁴Doctora en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. Psicóloga de planta del Complejo médico Hospitalario Churrucá Visca. Buenos Aires, Argentina. Neuropsicóloga de planta Instituto FLENI. <https://orcid.org/0000-0003-2098-3422>

⁵Licenciada en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. Psicóloga de planta del Complejo médico Hospitalario Churrucá Visca. Neuropsicóloga en Instituto de Investigaciones Médicas Lanari. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-7836-0282>

⁶Médico especialista en Neurología. Jefe del Servicio de Neurología del Complejo Médico Hospitalario Churrucá Visca. Médico de planta de Sección Neurología vascular del instituto FLENI. <https://orcid.org/0000-0002-1816-4789>

⁷Médica especialista en Neurología. Médica de planta del Complejo médico Hospitalario Churrucá Visca. Médica asociada de la Sección Trastornos de Memoria y Conducta del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0119-7074>

Autora correspondiente

Florencia Deschle

florenciadeschle@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Complejo Médico Churrucá Visca, Buenos Aires, Argentina.



Abstract

Introduction: Neurocognitive Disorders (NCD), also called Dementia, includes those disorders in which the main clinical deficit is failure in one or more cognitive functions and which are acquired. Early Onset Dementia (EOD) is defined as major NCD that begins before age 65, with diverse etiological causes and a significant impact on health costs and family quality of life. Neuropsychiatric symptoms, such as depression and anxiety, may be non-neurodegenerative causes of cognitive impairment and complaints. This study focuses on describing the performance in the Neurocognitive Assessment (NCA) and the presence of depression, anxiety, and other neuropsychiatric symptoms in young people who consult for cognitive complaints in a neurology service. **Materials and methods:** descriptive, retrospective study based on Cognitive Tests reports from young patients (≤ 64 years) who consulted for cognitive complaints between June 2018 and December 2022. Patients with a history of neurodevelopmental disorders were excluded. We classified patients into categories based on their cognitive performance and impairment in activities of daily living. Additionally, demographic data, neurological and psychiatric history were collected, and scales were used to assess neuropsychiatric symptoms. **Results:** of the 214 Cognitive Tests reports, 54.21 % were normal, while the remaining showed cognitive impairment. No statistically significant differences were found in the presence of depression or anxiety between the groups with normal and pathological NCD. However, 84 % of cases presented neuropsychiatric symptoms according to family reports, with depression and anxiety being the most reported. **Conclusions:** normal cognitive performance was obtained in more than half of the sample and some degree of cognitive impairment in the rest. A high frequency of neuropsychiatric symptoms was detected. The importance of a complete NCA and the detection of neuropsychiatric symptoms for early intervention in young patients is highlighted.

Keywords: cognitive complaint, neurocognitive disorder, dementia, neuropsychiatric symptoms

Introducción

La categoría de los trastornos neurocognitivos mayores (TNCM), también llamados demencias, incluye a aquellos trastornos en los que el déficit clínico principal es la falla en una o más funciones cognitivas y que son adquiridos. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos trastornos mentales, sólo se han incluido en la categoría de los Trastornos Neurocognitivos (TNC) los trastornos cuyas características esenciales son cognitivas. Los TNC son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente (DSM 5).

Según la clasificación del DSM 5, el término “demencia” se conserva para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque “demencia” es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que suelen afectar a las personas mayores, el término “trastorno neurocognitivo” se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH. Además, la definición de “TNC Mayor” es

algo más amplia que la del término “demencia”, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico (DSM 5).

La “Demencia de Inicio Temprano” (DIT) es definida entonces como un Trastorno neurocognitivo mayor que se inicia antes de los 65 años de edad. Puede presentar diferentes causas etiológicas (Chiari et al., 2021) y suele generar gran impacto familiar, aumentando los gastos en salud y los años de vida perdidos por enfermedad (Fatima K, Mehendale AM, et al. 2022).

Según distintas series, la prevalencia de los TNC Mayor de inicio temprano varía entre 38 y 420 casos cada 100000 habitantes de entre 30 y 64 años, siendo su incidencia de entre 2.4 y 22.6 nuevos casos cada 100000 habitantes cada año (Chiari et al., 2021).

Comparada con los casos de TNC Mayor de inicio tardío, el porcentaje de TNC de inicio temprano atribuibles a etiología neurodegenerativa constituye un número menor (Fatima K, Mehendale AM, et al. 2022), pero aún así la Enfermedad de Alzheimer continúa siendo la causa más prevalente (15 %-40 %) (Chiari et al., 2020; Fatima & Mehendale, 2022). En el grupo de pacientes con edad menor a 45 años la EA presenta una prevalencia mucho menor, siendo la mayoría debidos a casos familiares autosómicos dominantes, que son extremadamente raros, constituyendo menos del 1 % de los casos de EA (Alzheimer's

Association, 2024). Entre otras causas degenerativas, la Enfermedad de Huntington y la Demencia Frontotemporal (FTD) son más prevalentes en población joven (Fatima & Mehendale, 2022).

El TNC de inicio temprano es frecuentemente secundario a otras causas (aproximadamente 20%), entre ellas Esclerosis Múltiple, relacionado al alcohol (5% - 10%) y/o abuso de sustancias, debido a enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), traumatismo de cráneo, y otras causas metabólicas, neoplásicas, virales e inmunológicas (Fatima & Mehendale, 2022), pasibles de tratamiento específico, mostrando una buena evolución si éste se inicia en forma precoz.

Los síntomas neuropsiquiátricos como depresión y ansiedad son algunas causas no neurodegenerativas de deterioro y queja cognitiva. El inicio de la queja cognitiva a partir de un factor desencadenante emocional, ausencia de progresión a lo largo del tiempo e inicio abrupto, son signos y síntomas que nos orientan hacia etiología psiquiátrica primaria antes que hacia patología neurodegenerativa (Fatima & Mehendale, 2022). Asimismo, los trastornos neurocognitivos se asocian con síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión y cambios conductuales. La presencia de depresión persistente en muchos casos de TNC de inicio temprano es frecuente, y sabemos que es un cuadro que en muchos casos precede al inicio de las fallas cognitivas tanto en población añosa como en joven. En esta última población, la presencia de depresión sería aún más frecuente (Rosness et al., 2010).

El objetivo del presente trabajo es describir el rendimiento en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) y la presencia de depresión, ansiedad y síntomas neuropsiquiátricos en nuestra población joven que consulta por queja cognitiva a la Sección de Neurología de nuestro Hospital, en contexto de los antecedentes médicos reportados en cada caso.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisó una base de datos codificada y se seleccionó a pacientes jóvenes (edad ≤ 64 años) que consultaron al Servicio de Neurología por queja cognitiva en forma consecutiva durante el periodo de junio 2018 a diciembre 2022 y realizaron una Evaluación cognitiva completa. Se excluyeron aquellos casos con antecedentes de Trastornos del neurodesarrollo.

El protocolo de Evaluación cognitiva completa incluyó el MoCA, el Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Memoria Lógica, Trail Making Test

A (TMT A) y B (TMT B), Test de denominación de Boston, Dígitos (Wais IV), FAB, Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Fluencia Verbal Semántica (FS) y Fonológica (FF), Dígito-Símbolo (Wais IV) Test Del Reloj. Según el resultado observado en la Evaluación Cognitiva, se clasificaron como “Normales” aquellos sujetos cuyo rendimiento se encontró dentro de valores esperados según baremos para edad y educación, “Deterioro cognitivo leve (DCL) no amnésico” si en el rendimiento se observó fallas en otros dominios diferentes a memoria y no se reportó impacto en actividades de la vida diaria (AVD), “DCL amnésico” si en el rendimiento se observó fallas en memoria y no se reportó impacto en actividades de la vida diaria (AVD), “Trastorno neurocognitivo mayor patrón cortical” en aquellos casos en los que hubo reporte de compromiso en AVD y cuyas fallas incluyeron memoria y lenguaje, y “otros perfiles” cuando los resultados no correspondieron a ninguna de las categorías descriptas.

Se relevaron datos demográficos, antecedentes neurológicos que pueden tener impacto cognitivo y psiquiátricos, escalas anímicas y conductuales. La presencia de síntomas ansiosos fue determinada mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y la presencia de síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck -II (BDI-II). Asimismo, se relevó el Inventario de síntomas Neuropsiquiátricos (NPI) en los casos en que estuvo disponible un acompañante.

Los datos fueron analizados mediante el programa Epi Info™ 7.3.2.1. Se realizó en análisis descriptivo para las variables cuantitativas expresándose como media con sus respectivos desvíos estándar, analizándose las variables cualitativas con la frecuencia absoluta (n) y relativa (%). En el caso de las variables cuantitativas se utilizó T de Student-Fisher para datos independientes. El análisis comparativo de más de dos variables se realizó mediante el análisis de Varianza (ANOVA). La comparación de variables cualitativas se realizó mediante el test de la Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció para un p-valor $< 0,05$.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Complejo Médico Churruca Visca.

Resultados

Se revisaron 214 Evaluaciones Neurocognitivas administradas a adultos menores de 65 años. El 59.81% (n=128) fueron realizadas antes del inicio de la pandemia COVID-19 (hasta marzo 2020) mientras que el 40.47% (n=87) fueron realizadas durante y posteriormente a la misma (desde abril 2020). El 66.82%

(n=143) fueron varones, con una mediana de edad de 57 años (IQ 49-61).

Del total de las evaluaciones, un 54.21 % (n=116) arrojó un resultado normal, 34.58 % (n=74) Deterioro cognitivo leve (DCL) no amnésico, 6.07 % (n=13) DCL amnésico, 3.74 % (n=8) Trastorno neurocognitivo mayor patrón cortical y un 1.40 % (n=3) otros perfiles.

Entre los antecedentes médicos, el 74.18 % (n=158) no presentó ninguna enfermedad neurológica previa; 8.92 % (n=19) presentó antecedentes de ACV, 6.10 % (n=13) TEC, 3.29 % (n=7) presentó antecedentes de infección/tumor del SNC; 2.35 % (n=5) Enfermedad de Parkinson; 1.41 % (n=3) Epilepsia; 0.94 % (n=2) abuso de sustancias; y 2.82 % (n=6) otros. Con respecto a Enfermedades psiquiátricas previas, el 22.90 % (n=49) presentó algún antecedente.

Todos los pacientes con antecedente de epilepsia presentaron rendimiento deficitario en su evaluación neurocognitiva. En relación a los pacientes con antecedente de ACV, el 65 % (n=13), presentó rendimiento deficitario. Si analizamos el rendimiento de los pacientes con antecedentes de TEC, el 61.5 % (n=8) mostró fallas en la Evaluación Neurocognitiva; 85.7 % (n=6) de aquellos con antecedentes de lesión ocupantes de espacio (infección/tumor de SNC) también presentaron fallas cognitivas; 80 % de aquellos con Enfermedad de Parkinson; y 50 % de los que presentaban antecedentes de abuso de sustancias presentaron un rendimiento alterado en la Evaluación neurocognitiva.

Como esperable por tratarse de una población joven, dentro del total de pacientes con una Evaluación Neurocognitiva normal, solo el 15.52 % presentó algún antecedente neurológico previo, mientras que en el grupo con rendimiento patológico en la evaluación neurocognitiva, el número fue más del doble (38.78 %). Analizándolo de otra manera, en ambos subgrupos (ENC patológica vs normales) la mayor parte de los sujetos no presentaron antecedentes de enfermedad neurológica (61.2 % vs 84.48 % respectivamente).

En 168 casos se administraron Escalas de Ansiedad, encontrándose indicadores de presencia de la misma en un 53 % (n=89). En cuanto a las Escalas de Depresión, se administraron en 205 casos, con presencia de síntomas en el 34.15 % (n=70). El NPI fue administrado en 75 casos, encontrándose presencia de los mismos en el 84 % (n=63). Comparando los casos pre pandemia con los intra pandemia, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos o neuropsiquiátricos (NPI).

Cuando evaluamos la asociación entre presencia de Depresión (como variante dicotómica presente-ausente) prepandemia y pandemia, vemos que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (OR=0.92, IC 0.61-1.56, chi cuadrado $p=0.79$). Lo mismo sucede con la presencia de Ansiedad (OR=1, IC 0.55-1.84, chi cuadrado $p=0.99$). En relación a los síntomas anímicos recabados mediante el NPI, tampoco se observó diferencias de aumento de riesgo entre los grupos prepandemia y pandemia (OR=0.38, IC 0.11-1.35, chi cuadrado $p=0.13$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medianas de edad de los grupos que fueron evaluados pre pandemia e intra pandemia ($p=0.33$).

El antecedente de enfermedad neurológica no aumentó el riesgo de depresión en nuestra población (OR 1.57, IC 0,83-2,97; Chi cuadrado 0,16), ni de ansiedad (*odds ratio* 0.7861, con un intervalo de confianza del 95 % de 0.3924 a 1.5747, Chi cuadrado 0,49).

Cuando analizamos el rendimiento en la Evaluación cognitiva de los pacientes con resultados normales, se encontró 80 individuos sin depresión y 55 individuos con depresión. Respecto al grupo con resultado alterado en la Evaluación Neurocognitiva, encontramos igual prevalencia de individuos sin y con depresión, encontrándose el 50 % de los participantes en cada grupo (n 35 en cada grupo). Los resultados del análisis indicaron que el *odds ratio* (OR) fue de 1.4545 con un intervalo de confianza del 95 % (IC) de 0.8137 a 2.6001. Esto sugiere que si bien pudo haber un ligero aumento del riesgo de rendimiento cognitivo deficitario en pacientes con depresión, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de depresión entre los grupos con ENC normal y patológica. En cuanto a las pruebas estadísticas, el chi-cuadrado mostró un valor de p de 0.2052, lo que sugiere que tampoco hubo diferencia significativa entre los grupos en términos de la presencia de depresión. Sin embargo, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, esto podría limitar la capacidad para detectar diferencias significativas.

En relación a la presencia de ansiedad, en el grupo con ENC normal se encontró 40 individuos sin ansiedad y 31 individuos con ansiedad. En el grupo con ENC patológica, 31 individuos sin ansiedad y 25 individuos con ansiedad. El *odds ratio* (OR) obtenido fue de 1.0951, con un intervalo de confianza del 95 % de 0.5857 a 2.0479. Esto indica que no hubo una asociación significativa entre la ansiedad y el TNP patológico. En cuanto a las pruebas estadísticas, el chi-cuadrado

mostró un valor de p de 0.7, lo que sugiere que tampoco hubo diferencia significativa entre los grupos.

Al dividir a la población según rendimiento cognitivo en G1= normal y G2=DCL/Demencia, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos o ansiosos. Respecto a los antecedentes neurológicos, la mayor parte de los sujetos no presentó ninguno, presentando el G1 una prevalencia de 84.48 %, y el G2, de 61.22 %.

Al observar los síntomas reportados por familiares en el NPI, encontramos que la escala pudo ser completada por el 34 % de los familiares (n 75). El bajo porcentaje de realización de este cuestionario podría ser explicado porque al tratarse de población joven en muchos casos concurren solos a la consulta, y en parte porque un gran grupo de participantes fueron evaluados durante la pandemia COVID 19 donde debía cumplirse el aislamiento social obligatorio. Sin embargo, al analizar la información aportada por familiares o acompañantes de los sujetos que esgrimían queja cognitiva, pudimos observar un reporte de sintomatología neuropsiquiátrica en un 84 % de casos, tratándose en su mayoría de pacientes con rendimiento normal en la Evaluación cognitiva (26 %) o con un patrón de DCL no Amnésico (41 %). Si analizamos cuáles fueron los síntomas más reportados, 32 familiares reportaron síntomas de depresión, coincidente con la autopercepción de solo 7 pacientes; 28 familiares reportaron ansiedad, coincidente con lo percibido por 16 pacientes, datos que podrían hablarnos de cierto grado de anosognosia.

En el presente estudio encontramos un rendimiento deficitario en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) en el 45 % de los pacientes menores de 65 años. Es importante destacar que en la totalidad de los sujetos el motivo principal de consulta fue la queja cognitiva.

En relación a los síntomas neuropsiquiátricos, cuando analizamos la prevalencia de depresión, encontramos que ésta fue menor a la hallada en la literatura internacional, donde distintos autores han reportado aproximadamente el 65 % (Rosness TA, Lage Barca M, et al. 2010). Más allá de que la presencia de depresión en nuestra población haya sido menor a la reportada en otros estudios, al igual que en el citado de Rosness, no encontramos relación significativa con el grado de deterioro cognitivo. Esto podría deberse a distintos factores, entre ellos a la metodología de evaluación de los síntomas y a los criterios de inclusión de los pacientes. Por otro lado, habría que considerar si no se debe a un sesgo por el limitado tamaño de la muestra.

Cuando analizamos la prevalencia de ansiedad, encontramos indicadores de la misma en más de la mitad de los sujetos, aunque no encontramos diferencias significativas entre grupos en función de su estado cognitivo.

Encontramos una muy alta prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos, si bien la escala pudo ser realizada a un pequeño porcentaje de acompañantes, la franca mayoría de ellos (84 %) manifestaron observar distintos signos y síntomas en los pacientes, que llamativamente fueron inconsistentes con los síntomas reportados por ellos mismos.

Discusión

Las manifestaciones clínicas observadas en los pacientes con Demencia de inicio temprano suelen ser diferentes a aquellas observadas en pacientes con inicio tardío, donde según distintos autores (Fatima & Mehendale, 2022) se incluirían cambios de comportamiento y depresión, además de algunos síntomas físicos que en el presente trabajo no fueron pesquisados (trastornos de la marcha, crisis comiciales, alteraciones visuales, neuropatía periférica).

La presencia de síntomas anímicos persistentes, principalmente depresión, está presente precozmente en una alta proporción de pacientes que evolucionan luego a un Trastorno neurocognitivo (Rosness et al., 2010). En algunos casos, lo que inicialmente se diagnostica como depresión resulta ser retraimiento social y apatía debido al deterioro de funciones ejecutivas del lóbulo frontal (Fatima & Mehendale, 2022). Los trastornos de la personalidad y el comportamiento, tales como apatía, tendencia al aislamiento, conductas obsesivas, comportamiento sexual inadecuado y trastornos de la conducta alimentarias, son síntomas iniciales típicos en muchas Demencias de inicio temprano. Los cambios suelen producirse lentamente y en contexto de distintos cambios vitales (menopausia, estrés laboral, problemas familiares) por lo que podrían atribuirse a éstos, pasando inadvertido el deterioro cognitivo, en muchos casos potencialmente reversible (Fatima & Mehendale, 2022). Asimismo, cuando el inicio de los síntomas psicóticos aparece a edades más tardías (más de 40 años), el riesgo de evolucionar hacia un Trastorno neurocognitivo sería mayor (Kørner et al., 2009). Por estos motivos la pesquisa de síntomas neuropsiquiátricos toma especial relevancia, entendiéndose que un diagnóstico precoz redundaría en un eventual tratamiento de causas reversibles, evitando la evolución a la Demencia de inicio temprano.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, el acotado número de familiares que respondió el Inventario de síntomas Neuropsiquiátricos podría sesgar los resultados. Esto limitó el tamaño muestral, ya que es probable que nos encontremos ante un sesgo de selección y que sólo hayan completado las escalas los familiares de los pacientes más sintomáticos, que requieren más asistencia y supervisión incluso para concurrir a la consulta. Asimismo, es importante destacar que, dado que parte del estudio fue tomado de evaluaciones realizadas durante la pandemia COVID 19, la posibilidad de acompañamiento y asistencia se veía limitada y afectada, por lo que muchos pacientes no pudieron concurrir acompañados pese a indicación explícita de hacerlo. Del mismo modo, la cantidad total de pacientes que completaron las escalas de Depresión y ansiedad no constituyeron la totalidad de la muestra, quizás por subestimar sus síntomas anímicos, o por no jerarquizar la importancia de brindar esta información. Podríamos plantear como posible solución a este problema para estudios futuros, la importancia de que tanto pacientes como sus familiares reciban información detallada por parte de los profesionales, de la necesidad de completar las escalas administradas.

Conclusiones

Este estudio permitió conocer las características de la población joven que consultó al Servicio de Neurología por queja cognitiva. Se obtuvo un porcentaje considerable de deterioro cognitivo/demencia (45 %) así como de sintomatología ansiosa (53 %) y depresiva (34 %), y un altísimo reporte de síntomas neuropsiquiátricos por parte de los familiares. La pesquisa de antecedentes neurológicos con impacto cognitivo es asimismo relevante en este grupo etario para considerar potencial causalidad e iniciar precozmente un tratamiento específico.

En esta población no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síntomas depresivos o ansiosos según rendimiento cognitivo ni según periodo de evaluación considerando la pandemia COVID-19.

El presente trabajo muestra la importancia de la realización de una Evaluación cognitiva completa junto con una correcta pesquisa de síntomas neuropsiquiátricos a través de escalas autoadministradas y del reporte de familiares en la población joven, ya que existen muchas causas potencialmente tratables y reversibles de Demencia de inicio temprano. Se resalta así la relevancia de detectar tanto el deterioro cognitivo como los síntomas anímicos en pacientes jóvenes para una adecuada intervención.

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflicto de intereses en relación con este artículo.

Referencias bibliográficas

- Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/> Último acceso: 25 de abril de 2024.
- APA. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). APA.
- Bosi, M., Malavolti, M., Garuti, C., Tondelli, M., Marchesi, C., Vinceti, M., Filippini, T. (2022). Environmental and lifestyle risk factors for early-onset dementia: a systematic review. *Acta Biomed*, 16; 93(6) :e2022336. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i6.13279>
- Chiari, A., Vinceti, G., Adani, G., Tondelli, M., Galli, C., Fiondella, L., Costa, M., Molinari, M. A., Filippini, T., Zamboni, G., Vinceti, M. (2021). Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. *Alzheimer's Dement*, 17: 81–88. <https://doi.org/10.1002/alz.12177>
- Fatima, K., Mehendale, A. M., Reddy, H. (2022). Young-Onset Dementia and Neurodegenerative Disorders of the Young's With an Emphasis on Clinical Manifestations. *Cureus*, 14(10):e30025 <https://doi.org/10.7759/cureus.30025>
- Körner, A., Lopez, A. G., Lauritzen, L., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2009). Late and very-late first-contact schizophrenia and the risk of dementia—a nationwide register based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 61–67. <https://doi.org/10.1002/gps.2075>
- Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 704–711. <https://doi.org/10.1002/gps.2411>