

Resultados: Cuatro componentes explicaron la mayor parte de la varianza (63,04%): atención básica, memoria episódica, velocidad de procesamiento y función ejecutiva. El efecto de las variables demográficas mostró una baja correlación con todos los dominios, mostrando la edad mayor correlación con el dominio memoria y velocidad de procesamiento. Los pacientes con pos-COVID mostraron peores puntuaciones en el primer y tercer componente, y una tendencia hacia la significación estadística en el segundo componente. Se observaron correlaciones significativas moderadas con test tradicionales que evaluaron los mismos dominios cognitivos.

Conclusión: El uso de dispositivos computarizados puede facilitar la detección y el diagnóstico de déficits cognitivos en numerosos grupos de pacientes. Nuestro estudio demuestra la consistencia de la batería Vienna Test System, y valida su uso en pacientes con *long COVID*.

20703. DANDO SENTIDO A LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y ADAPTÁNDOLO A LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS

López de Luis, C.; Barandiaran Amillano, M.; Ecay Torres, M.; Estanga Alustiza, A.

Servicio de Neuropsicología. Fundación CITA-alzhéimer Fundazioa.

Objetivos: Diseñar diferentes modalidades de estimulación cognitiva ajustándolas a las necesidades de los participantes. Conseguir la participación en el programa de la población mayor de 60 años en los municipios adheridos al programa atendiendo a la diversidad sociocultural. Estimular la función cognitiva. Aumentar los conocimientos sobre cognición y los hábitos de vida cognitivo-saludables para la prevención de la demencia. Extraer un mapa de perfiles.

Material y métodos: se trata de un programa de estimulación cognitiva de 6 meses que contiene más de 1.000 ejercicios y 6 sesiones formativas destinadas a aumentar el conocimiento sobre cognición, los cambios asociados a la edad y los hábitos de vida cognitivo-saludables. Participan 138 personas con la colaboración de 2 ayuntamientos, eligiendo entre 4 modalidades diferentes: 1. clásico: solo libro de estimulación cognitiva; 2. a la carta: libro más acceso a plataforma online con contenidos formativos; 3. online: sesiones formativas síncronas por videollamada; 4. presencial: libro y sesiones formativas presenciales. se analizan variables sociodemográficas de los sujetos en cada modalidad para confeccionar un mapa de perfiles y su correlación (chi-cuadrado).

Resultados: N = 138; a la carta: 36; presencial: 49; online: 32; clásico: 21 (tabla con los sociodemográficos de cada modalidad). Variables que correlacionan con la modalidad escogida: profesión ($p = 0,002$) y nivel de estudios ($p = 0,00$).

Conclusión: La implantación de hábitos de vida saludables y la estimulación cognitiva han demostrado su utilidad para la prevención del deterioro cognitivo en numerosos estudios. Es crucial adaptarse a las necesidades y preferencias, teniendo en cuenta aspectos importantes como la profesión o estudios realizados.

21159. RELACIÓN ENTRE DOSIS DE TRATAMIENTO Y VARIABLES BIOPSIOSOCIALES ¿HAY ALGÚN CRITERIO PARA PAUTAR DOSIS DE TRATAMIENTO?

Pardo Palenzuela, N.¹; Mozo del Castillo, J.²; Hassell, A.³; Villalobos, D.⁴

¹Servicio de Neuropsicología. Clínica Neurodem; ²Servicio de Neurorrehabilitación. Instituto de Rehabilitación Neurológica; ³Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid; ⁴Departamento de Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: La intensidad y frecuencia varían y a menudo no se reportan con precisión en estudios sobre daño cerebral o ictus, sin embargo,

predice el beneficio funcional. Planes nacionales e internacionales recomiendan al menos 45 minutos de terapia diaria durante 2-5 días a la semana. Este estudio explora, a partir de datos sociodemográficos, biomédicos y cognitivos, la dosis de tratamiento neurorrehabilitador.

Material y métodos: Diseño descriptivo transversal de tipo multicéntrico (N = 19 centros de rehabilitación cognitiva en España, n = 163 sujetos) donde se han tomado 24 medidas biopsicológicas a población con ictus > 18 años.

Resultados: La dosis de neuropsicología muestra 84 minutos/semana, inferior a la recomendación de 225 minutos. No se halló relación entre la dosis y variables biopsicosociales como edad, género, educación, profesión o diagnóstico. Sí se encontró una relación inversa entre cronicidad e intensidad; una relación directa entre la dosis total y la dosis por disciplina, excepto entre neuropsicología y fisioterapia; una relación entre la intensidad en logopedia y lesiones en el hemisferio izquierdo, así como entre tareas cognitivas específicas y la intensidad en logopedia y fisioterapia.

Conclusión: El perfil neuropsicológico de los pacientes tras un ictus es muy heterogéneo, y quizás por ello, actualmente, la neuropsicología no ofrece un criterio de dosificación claro, lo que sugiere que la práctica clínica no sigue las guías de práctica clínica o que no hay necesidad real de alta intensidad, complicando la planificación del tratamiento. Se precisan más estudios experimentales modificando la dosis.

21575. DATOS NORMATIVOS POBLACIONALES PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ADULTOS CON SÍNDROME DE DOWN: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Videla Toro, L.¹; Benejam Paul, B.²; del Hoyo Soriano, L.³; Baldimtsi, E.⁴; Loosli, S.⁵; Barroeta Espar, I.³; Arranz Martínez, J.³; Arriola Infante, J.³; Maure Blesa, L.³; Zaman, S.⁶; Tsolaki, M.⁴; Levin, J.⁵; Carmona Iragui, M.³; Fortea Ormaechea, J.³

¹Servicio de Neuropsicología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

²Fundació Catalana Síndrome de Down; ³Servicio de Neurología.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁴Department of Neurology. School of Medicine. Aristotle University of Thessaloniki; ⁵Department of Neurology. Ludwig-Maximilians-Universität München; ⁶Department of Psychiatry. University of Cambridge.

Objetivos: El síndrome de Down (SD) es una variante genética de la enfermedad de Alzheimer (EA), con un diagnóstico complejo debido a la discapacidad intelectual (DI) y la falta de herramientas adaptadas. Nuestro objetivo es establecer puntos de corte normativos en pruebas neuropsicológicas para el diagnóstico clínico temprano de la EA en esta población.

Material y métodos: Estudio de cohorte multicéntrico (Barcelona, Múnich, Grecia y Cambridge) de adultos con SD, con grados de DI leve y moderada, evaluados con el CAMCOG-DS y/o el mCRT. Los participantes se clasificaron en 3 grupos clínicos: SD asintomático (aSD), EA prodrómica (pSD) o demencia por EA (dSD). Obtuvimos datos normativos de participantes jóvenes asintomáticos (≤ 35 años) para excluir EA preclínica. Los análisis fueron estratificados por DI.

Resultados: Incluimos 524 adultos con SD (69,1% aSD, 12,0% pDS y 18,9% dDS). Los puntos de corte del CAMCOG-DS derivados del percentil 5 fueron 69 y 50 en los grupos de DI leve y moderada, respectivamente. Estos puntos de corte exhibieron alta especificidad, pero baja sensibilidad. Los puntos de corte para el mCRT mostraron sensibilidades y especificidades más altas. Concretamente, 34 en DI leve (sensibilidad/especificidad del 52,0%/95% para pDS y 100,0%/95% para dDS), y 30 en DI moderada (sensibilidad/especificidad del 61%/95% para pDS y 88%/95% para dDS).

Conclusión: Las evaluaciones cognitivas transversales en personas con SD son prometedoras para detectar el deterioro cognitivo de la EA. La estratificación por nivel de DI puede facilitar la armonización de puntos de corte.