



PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DETERIORO COGNITIVO

Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo

Primitivo Ramos Cordero^a y Raquel Yubero^{b,c}

^a *Secretario General de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*

^b *Unidad de Memoria, Servicio de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

^c *Servicio de Neurología, Hospital Quirón, Madrid, España*

Palabras clave:

Deterioro cognitivo
Terapias no farmacológicas
Neuroplasticidad
Actividades de la vida diaria
Alimentación y nutrición
Antioxidantes

RESUMEN

A lo largo de este artículo se revisa el efecto de las terapias no farmacológicas en las personas que desarrollan un cuadro de deterioro cognitivo, especialmente aquellas encaminadas a la estimulación y mantenimiento funcional, ya que tanto las terapias farmacológicas como las no farmacológicas que inciden a nivel de la esfera cognitiva y psicoafectiva son objeto de otra sección de esta monografía. Del mismo modo se aborda la estrecha y recíproca relación que existe entre el deterioro cognitivo, la alimentación y el estado nutricional de las personas, describiendo los principales factores de riesgo nutricional y los factores protectores para el desarrollo del deterioro cognitivo.

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-pharmacological treatment of cognitive impairment

ABSTRACT

This article reviews the effect of non-pharmacological therapies in persons with cognitive impairment, especially treatments aimed at brain stimulation and functional maintenance, since both pharmacological and non-pharmacological therapies affecting the cognitive and psychoaffective domains are reviewed in another article in this supplement. The article also discusses the close and reciprocal relationship between cognitive impairment, diet and nutritional status and describes the main nutritional risk factors and protective factors in cognitive decline.

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Cognitive impairment
Non-pharmacological therapy
Neuroplasticity
Activities of daily living
Diet and nutrition
Antioxidants

Ya ha quedado expuesto en otras secciones de esta monografía que los cuadros de deterioro cognitivo pueden deberse a diferentes etiologías y, por tanto, no todos siguen un mismo curso clínico, sino que, por el contrario, encontramos una gran diversidad de comportamientos en su evolución. No obstante, cada año en ese curso evolutivo un 15-20% de los casos evoluciona de forma progresiva, perdiendo la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar. También pueden desorientarse en tiempo y espacio, sufriendo confusión y dificultad para discernir entre el día y la noche y puede afectar a otras áreas como el lenguaje, la expresividad, la conducta o el comportamiento,

con cambios de personalidad, irritabilidad, pasividad o apatía y depresión.

Estos cuadros evolutivos, finalmente, acaban afectando a la esfera funcional, perdiendo destreza en las actividades avanzadas, instrumentales y finalmente básicas de la vida diaria.

Todo lo anteriormente expuesto va originando que disminuya la aptitud o capacidad para cuidarse y dirigir sus actos por sí mismo, de una forma coherente y responsable, es decir, se acaba perdiendo uno de los bienes más preciados de cualquier persona, como es su autonomía y la capacidad de autogobierno.

Correo electrónico: primitivo.ramos@gmail.com (P. Ramos Cordero);
rayubpan@gmail.com (R. Yubero).

También sabemos que actualmente no podemos predecir con exactitud la progresión y los cambios que van a ocurrir en las personas que inician un cuadro de deterioro cognitivo, pero sí sabemos que muchos de estos cambios acaban constituyendo un problema para las personas que lo padecen y para los que conviven con ellas, familiares, amigos o cuidadores, por las dificultades que conlleva adaptarse a estos. En definitiva, que produce una pérdida de la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar, originando grandes dificultades en la convivencia.

Debido a ello, una de nuestras principales apuestas ha de ser propiciar un enfoque integral, en el que el conocimiento, la prevención, la detección precoz y la intervención una vez que se detectan son esenciales para conseguir mantener la autonomía y minimizar algunos riesgos de estas personas, así como para conservar o mejorar su calidad de vida, ya que se ha demostrado mediante estudios experimentales que cuanto más precozmente se intervenga, con una terapia adecuada y acorde a las posibilidades de cada persona, mejor se puede detener la evolución del proceso.

Aproximadamente, casi el 80% de los procesos etiológicos responsables del deterioro cognitivo no tiene tratamiento farmacológico curativo, motivo por el que los tratamientos y abordajes no farmacológicos en estos han adquirido un protagonismo creciente a lo largo de la década de los noventa y hasta ahora, frente al nihilismo terapéutico al que estaban abocados en los años previos¹.

Actualmente, los tratamientos farmacológicos, limitados en cuanto a acción y en cuanto a períodos, bien sean los anticolinesterásicos y/o los inhibidores de los receptores NMDA del glutatión (memantina), ya comentados a lo largo de esta monografía, se complementan con las terapias no farmacológicas, a través de lo que ha venido denominándose el abordaje integral del deterioro cognitivo o de la demencia, en el que se abordan de una forma integral y holística todas las áreas y dimensiones (física, mental, social y funcional) de la persona que padece el deterioro cognitivo o la demencia, más que la enfermedad o proceso en sí mismo. Es decir, atendemos a personas más que a enfermedades y, además, no solo atendemos a la persona que la padece, sino a su entorno próximo, familia y cuidadores. En definitiva, se ha pasado a una atención mucho más humanizada y de mayor calidad para las personas que padecen deterioro cognitivo y su entorno (familiares, cuidadores, etc.)^{1,2}.

Las terapias no farmacológicas engloban una serie de intervenciones con las que, a través de agentes de naturaleza no química, pretendemos mejorar o mejoramos la calidad de vida de las personas y su entorno. Se aplican desde hace décadas y han debido abrirse camino no sin dificultades, ya que los primeros estudios hacia los años setenta y ochenta, en los que se evaluaba la validez y efectividad de estos programas, eran escasos, tenían graves problemas metodológicos y no se fundamentaban sobre estudios científicos muy rigurosos, ya que se partía de sesgos entre los grupos de casos y controles, se comparaban muestras de diferentes procedencias (centros de día, residencias, hospitales, etc.) con las diferencias tan ostensibles que existen entre ellas, no resultaban representativas pues estudiaban a 40-50 personas, los períodos de seguimiento eran cortos, no se llevaban a cabo estudios longitudinales, etc. De ahí que gozasen de escasa credibilidad y solo se contemplaban como un mero "entretenimiento" o "paso del tiempo", e incluso en sus primeras etapas se utilizó una denominación un tanto peyorativa, como la de "terapias blandas"³.

El punto de partida sobre el que se fundamenta la validez y efectividad de las terapias no farmacológicas desde un punto de vista científico arranca en la década de los ochenta con la *teoría de la neuroplasticidad* o capacidad plástica del cerebro, de sus estructuras y redes para modificarse y así adaptarse a nuevas situaciones restableciendo su equilibrio previo (plasticidad), alterado tras una lesión. Esta teoría nos muestra al cerebro como un órgano dinámico y activo capaz de modificar su estructura y circuitos funcionales (neuronas, sinapsis, neurotransmisores, etc.), desbancando así a las previas hasta aquel momento, que consideraban al cerebro como un órgano estático. Hay

estudios que ponen en evidencia la capacidad de regenerarse y desarrollar nuevas conexiones de las neuronas previamente lesionadas.

La plasticidad viene determinada por factores intrínsecos de las personas (genética, biología, fisiología) y factores extrínsecos (factores y estímulos ambientales), y es sobre estos últimos en los que mayor capacidad de intervención disponemos a través del aprendizaje para la recuperación o rehabilitación de las funciones cerebrales perdidas por un daño o lesión previa.

Es evidente que esta capacidad plástica no es idéntica en todas las personas ni en todas las etapas de la vida (niño, adulto, mayor) y que a medida que avanza el grado de deterioro cognitivo y neuromotor, esta se va mermando hasta llegar a ser prácticamente nula en fases muy avanzadas de la demencia. Esto es lo que invita a que las intervenciones encaminadas a recuperar la función cognitiva y neuromotora sean lo más precoces posibles, ya que su potencial de recuperación es mayor; o, en el peor de los casos, en los que no exista potencial de recuperación, el mantenimiento se efectúa en un umbral funcional más alto, con la consiguiente mejoría de su calidad de vida.

La merma de las funciones intelectivas-cognoscitivas o neuromotoras se puede producir por varios motivos: por una lesión orgánica de causa vascular, degenerativa, metabólica, etc., o bien por alteración funcional, por "desuso" o ausencia continuada de estímulos sobre la función cognitiva, intelectual-relacional, neuromotora, etc., que conducen a la atrofia de esta. Es aquí donde está nuestro reto y donde alcanza toda su expresividad la intervención de una forma racional y proporcional a las posibilidades de cada persona mediante los programas de estimulación funcional y cognitiva^{4,5}.

Objetivos de las terapias no farmacológicas

En la actualidad, las terapias no farmacológicas se definen como las intervenciones de naturaleza no química que pueden realizarse y replicarse en el paciente o el cuidador y potencialmente conseguir un beneficio importante. Las terapias no farmacológicas persiguen múltiples y diferentes objetivos, entre los que cabe destacar como más relevantes los siguientes:

- Estimular, mantener o mejorar la capacidad mental y el rendimiento cognitivo = *área de la cognición-conducta*.
- Mantener o fortalecer la integración con el entorno y las relaciones sociales, mejorando su autoestima = *área afectivo-relacional*.
- Evitar o minimizar el estrés y las reacciones psicológicas anómalas = *área psicoafectiva*.
- Mejorar o mantener el rendimiento funcional y la autonomía personal para las AVD = *área de la autonomía funcional*.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal = *área de seguridad*.
- Mejorar la calidad de vida de la persona enferma, de sus familiares y sus cuidadores = *área del confort*.

Existen estudios basados en evidencia científica que demuestran que la intervención en estas áreas es capaz de detener tanto la evolución clínica como el deterioro de las AVD, permaneciendo prácticamente estables durante 1 año, sin progresión del deterioro al que habrían estado abocadas sin estas⁵.

Es obvio que algunas de estas intervenciones se abordan en otra sección de esta monografía y, por tanto, no serán objeto de desarrollo en esta sección, por lo que desglosaremos las restantes.

Área de la autonomía funcional: actividades de la vida diaria

Las personas que padecen un cuadro de deterioro cognitivo, si no se les estimula adecuadamente, comienzan a presentar limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD), primero en las actividades avanzadas, posteriormente en las instrumentales, y si progresa afecta incluso a las actividades básicas de la vida diaria. La práctica de

cualquiera de las AVD, supervisadas mediante estímulo verbal, visual o físico o bien con la mínima ayuda necesaria para ejecutarlas, permite mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad o recuperar las pérdidas a las que estarían abocadas las personas con deterioro cognitivo por inactividad. Solo procederemos a suplir tareas cuando sea imprescindible, ya que partimos del axioma de que "tarea asumida por el cuidador, función perdida por la persona".

Debemos planificar la vida de las personas con deterioro cognitivo lo más pronto posible, generando costumbres o rutinas fijas en las actividades, ya que les sirve como recordatorio y les resulta seguro y cómodo. Debemos evitar los cambios repentinos de horarios y actuaciones, ya que pueden provocarles reacciones catastróficas.

Dado que la capacidad de discernimiento comienza a afectarse, debemos simplificarles las tareas disminuyendo las posibilidades de elección y adecuándolas a su nivel, para así evitar que sientan frustración ante el incumplimiento de estas.

Los programas de estimulación cognitiva, que se abordan en otra sección de esta monografía, cuando se aplican durante un período de al menos 1 año, combinados con ejercicios psicomotores, consiguen un menor deterioro en las AVD instrumentales^{6,7}.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son complejas y nos sirven para interactuar con el medio y desarrollarnos activamente. Al ser más complejas requieren un mayor grado de indemnidad en la esfera intelectual-cognoscitiva, por lo que debemos anticipar estrategias que les permitan su ejecución, para así mantener su autoestima, pero al mismo tiempo siempre dentro de unos márgenes de seguridad adecuados.

A continuación se describen las AVD, tanto instrumentales como básicas, que más condicionadas pueden resultar ante un cuadro de deterioro cognitivo:

Cuidados de personas: cónyuge, familiares, hijos o nietos. Debemos fomentar que, de acuerdo a su nivel cognitivo, continúe prestando cuidados o participe y colabore en estos, pero siempre supervisado por otra persona, para así garantizar la seguridad pertinente, especialmente cuando las personas cuidadas son niños o mayores con discapacidades.

Autocuidados: cuidados de la salud y alimentación. Del mismo modo facilitaremos la participación en su propio autocuidado en función del grado de deterioro cognitivo que presenten. No obstante, ciertas tareas que puedan entrañar más riesgo, como el uso y administración de la medicación, deben ser supervisadas o bien dotar de dispositivos programados que garanticen la seguridad de las tomas. Respecto a la alimentación, es conveniente su participación en la selección de la dieta, pero siempre supervisada, para así lograr una combinación y planificación juiciosa de alimentos, que facilite el equilibrio nutricional.

Gestión del hogar: compras, comidas y limpieza. Es conveniente que le adiestremos en la gestión y manejo de las tareas domésticas; sin embargo, algunas de ellas, como hacer la compra, el uso de electrodomésticos, hacer la comida, etc., pueden requerir una supervisión cercana e incluso que simplemente se limite a colaborar en su ejecución, por los riesgos que pueden entrañar algunas de estas (incendios, electrocución, etc.).

Movilidad en la comunidad. Es conveniente que las personas con deterioro cognitivo continúen efectuando los paseos o desplazamientos que diariamente venían realizando; sin embargo, hemos de estar atentos a los extravíos que pueden sufrir y a los riesgos de accidentes a los que están expuestos. Debemos controlar los viajes en autobús o en tren, por las pérdidas de las que puede ser objeto en momentos de desorientación. Es preferible fomentar todos estos actos, pero con la supervisión y el acompañamiento oportunos, o bien el uso de tecnología para su localización (pulseras, relojes, botones o teléfonos con sistema GPS). Especial cuidado habrá de tenerse en las personas que conducen vehículos propios.

Manejo de la economía doméstica. Resulta muy gratificante para las personas con deterioro cognitivo seguir manejando su economía bá-

sica o "dinero de bolsillo", ya que les refuerza su autoestima; por ello, es interesante que dispongan de una cuantía módica y proporcionada para su manejo y que esta sea supervisada por sus familiares o cuidadores. Otro tipo de cuentas de mayor complejidad, como las cuentas bancarias, deben dejarse en manos de las personas responsables.

Uso de tecnologías de la comunicación. Resulta esencial adiestrar y formar a las personas que inician un cuadro de deterioro cognitivo en el uso de las tecnologías de la comunicación como el teléfono, los ordenadores, las tablets, los dispositivos de telealarmas y de emergencias, los sistemas de comunicación aumentativa, etc., para que así permanezcan integradas y tengan una participación social activa y los utilicen en beneficio de su propia seguridad e integridad⁷.

Continencia urinaria y fecal. El control de la continencia y el uso correcto del inodoro son procesos que implican una serie de acciones complejas. A medida que progresa el deterioro cognitivo pueden olvidarse de ir al baño, o considerar que no es necesario ir, e incluso cómo hacerlo. En este sentido se ha demostrado la efectividad de determinados programas para retrasar o mejorar la incontinencia:

- Entrenamiento en habituación: micción programada.
- *Biofeedback.*
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de exposición graduada.
- Refuerzo diferencial.

Debemos aconsejar ropas holgadas, anchas, cómodas y fáciles de quitar, manipular o abrochar.

Se debe señalar la situación y acceso al cuarto de baño con dibujos indicativos en la puerta colocados a la altura de los ojos.

Conviene adiestrar a las personas en los horarios adecuados para la ingestión líquida, de forma que se evite la toma antes de acostarse, y en el tipo de líquidos que deben tomar, evitando el café o té.

Si presenta algún episodio de incontinencia debemos adiestrarle en el uso de compresas higiénicas o absorbentes y cómo mantenerlos limpios y secos, para así evitar los riesgos de infecciones o lesiones cutáneas y mejorar su autoestima.

Baño y aseo. Es conveniente mantener las costumbres previas de aseo, supervisándoles y tutelándoles, siendo cuidadosos y respetuosos siempre con la privacidad, la intimidad y el pudor de las personas, ya que de no ser así es frecuente el rechazo e incluso la agitación.

Solo ofreceremos ayuda o supliremos la actividad cuando detectemos problemas de seguridad por el alto riesgo de caídas y accidentes o problemas higiénicos.

Debemos intentar que el baño sea un momento placentero y relajante, no obligarle a realizarlo cuando no quiera, intentándolo más tarde.

Vestido. Las personas con deterioro cognitivo comienzan a presentar problemas en el vestido, ya que es una de las actividades básicas de la vida diaria de pérdida más precoz. Empiezan a tener dificultades para arreglarse solos, no encuentran las prendas o no saben seleccionarla adecuadamente, se olvidan de cómo vestirse, de abotonarse, de subir o bajar una cremallera y muchos de ellos no perciben la necesidad de cambiarse de ropa.

Debemos mantener las costumbres previas en estas actividades, siendo recomendable: recordarles que se tienen que cambiar de ropa, orientándoles para que seleccionen la adecuada o colocándoles accesible la de la temporada en curso y en el orden que tienen que ponerse, limitándonos a supervisarles y, si es necesario, estimularles paso a paso cómo tienen que vestirse, para conseguir que se mantengan autónomos para el vestido el mayor tiempo posible. Si se siente cómodo con algunas prendas disponer de varios juegos idénticos. Planificar el acto de vestir con tiempo suficiente, que no haya prisas ni se sientan presionados. Prestar ayuda solo cuando sea necesario.

Seleccionar ropa cómoda, fácil de poner y quitar y de mantener. Los elásticos en la cintura y los cierres de "velcro" ofrecen ventajas con respecto a los botones, cremalleras u otros cierres más complicados.

Comida. La capacidad para comer y alimentarse es una de las que más tardíamente se afectan en las personas con deterioro cognitivo; no obstante, en las primeras etapas conviene seguir unos consejos: la comida es un acto socializante, por ello debemos convertirlo en un acto agradable, creando un ambiente de calma y evitando la ansiedad. Es beneficioso estimularles para que participen activamente en la preparación de la comida manteniendo los horarios y costumbres previas, sentándoles en el mismo lugar y disponiendo la mesa del mismo modo. Favorecer que puedan tomarse el tiempo necesario para ello, nunca apresurarse a hacerlo rápido. No debemos criticar los hábitos de comer.

Estimularles e instruirles en el uso de los cubiertos, en cómo deben masticar y deglutir los alimentos suavemente para evitar futuras aspiraciones. Adiestrarles en que adopten una postura correcta para la alimentación, sentándose derecho y con la cabeza ligeramente hacia delante. Servir los alimentos con una textura y temperatura adecuadas. Los mensajes han de ser claros, concretos y con un tono de voz suave, ya que facilitan la comprensión. El entrenamiento o refuerzo durante las comidas mantiene o mejora la autonomía en la alimentación.

En fases más avanzadas pueden olvidar si comieron, de cómo usar los cubiertos o comenzar con trastornos del comportamiento alimentario con fases de anorexia, bulimia e incluso períodos alternos de una u otra, rechazos a la alimentación, etc., y en fases más avanzadas aparecer dificultades para la masticación y deglución (disfagia orofaríngea), con los riesgos que comporta en el estado nutricional y de hidratación^{1,7-9}.

Actividad física y ejercicio físico. Nos referimos a la ejecución guiada (mediante indicación verbal o por imitación) de actividades o ejercicio físico dirigido a mejorar la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación. En general, cualquier persona mayor, no solo las que comienzan con cuadros de déficits cognitivos, necesita realizar actividad y ejercicio físico, ya que le proporciona sentido de la participación, bienestar, le genera mayor tranquilidad, ayudándole a eliminar tensiones, mejora su estado de ánimo y la calidad del sueño nocturno, mejora o mantiene sus funciones motoras y retrasa el deterioro.

Hemos de intentar mantener todas las capacidades existentes y, si fuese posible, mejorar las que sean susceptibles de ello.

Se recomienda un ejercicio suave, acorde a las posibilidades de cada persona y de tipo aeróbico. Una opción excelente es la incorporación a grupos estructurados de gimnasia o fisioterapia preventiva en los que se practica taichí u otros programas similares como yoga o sensai-do (variante del taichí), por el efecto añadido relacional y socializante que conllevan.

En todos los casos, los ejercicios serán siempre recomendados con arreglo a las posibilidades individuales de cada persona y se llevarán a cabo en unas condiciones adecuadas de seguridad, evitando cualquier riesgo.

Debemos estimular a las personas para que se muevan y realicen todas sus transferencias de forma autónoma; solo pasaremos a tutelarles o prestarles la mínima ayuda que precisen, siempre sin suplir sus capacidades.

Invitarles a que realicen actividades simples, como las tareas domésticas sencillas, levantarse de una silla con o sin ayuda de los brazos 1 o 2 veces, etc., en el exterior, caminar, pasear, etc., dándoles órdenes sencillas, con frases cortas y claras¹.

Gimnasia pasiva. En las personas que no puedan bipedestar o caminar procederemos a sentarlas siempre que se pueda, aumentando progresivamente el tiempo de sedestación y efectuando ejercicios en la silla o sillón. Cuando esté encamado le adiestraremos y estimularemos para que realice los ejercicios que le sean posibles, para que así pueda colaborar en los cambios posturales, así como en su higiene y cambios de ropa.

Por último, en las personas que no puedan realizar los ejercicios de forma autónoma recurriremos a los ejercicios pasivos destinados

a mover las articulaciones con la mayor amplitud posible, a favorecer el tono y la fuerza muscular, el reconocimiento del propio cuerpo y su relación con el espacio que le rodea.

Cinesiterapia. Se trata de un conjunto de intervenciones en las que a través del contacto físico se pretende obtener una mejoría afectiva y conductual (masaje, tacto terapéutico, etc.).

Psicomotricidad. Técnica que ayuda al control del propio cuerpo, a la relación y comunicación con uno mismo y con los demás objetos y personas que le rodean. A través de ella se mantienen las funciones motrices el máximo tiempo posible y le transmitimos sensación de seguridad por ser consciente de que está intentando rehabilitar sus déficits.

Estimulaciones neurosensoriales. Conjunto de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las funciones cognitivas o de mejorar la conducta o la afectividad. Subtipos: utilización de masaje, tacto, uso de la luz, olores, sonidos y la estimulación multisensorial (*snoezelen*).

Reflexoterapia. Técnica basada en la creación de ciertos reflejos condicionados para modificar algunas funciones alteradas.

Musicoterapia. Utilización de la música de forma activa o pasiva, con el objeto de estimular las capacidades cognitivas y psicoafectivas y para mejorar el estado físico.

Intervenciones multicomponentes para el paciente. Se denomina así a la combinación de algunas de las intervenciones o técnicas anteriormente citadas, ya sea de forma "fija" (música y ejercicio físico) o bien de forma "variable", en función de las características y necesidades del paciente¹⁰.

Área de seguridad: intervenciones personales y ambientales

Las personas que padecen deterioro cognitivo son muy sensibles y vulnerables a los riesgos del entorno, motivo por el que hemos de actuar de una forma precoz. Está demostrado que un entorno adaptado favorece el funcionamiento cotidiano permitiéndole llevar una vida lo más autónoma posible y con la máxima calidad de vida.

Tan pronto detectemos el deterioro cognitivo es el momento de proceder a la adaptación y mejora de la accesibilidad de la vivienda y del entorno, en función de las características individuales de esta persona. Debemos procurar que sea lo más sencillo posible, estable y seguro para protegerlos; así evitaremos el aislamiento y los accidentes, facilitaremos la autonomía para la realización de las AVD y haremos más agradable y confortable su vida, la de sus familiares y la de sus cuidadores.

Debemos retirar los muebles, objetos y adornos (alfombras, cables eléctricos, etc.) que no aporten ningún valor positivo, que supongan un riesgo de accidentes, que puedan provocar caídas o ser objeto de disconfort y excitación en fases más avanzadas (espejos).

Las adaptaciones se abordarán de forma progresiva, no es conveniente hacer cambios bruscos a los que no pueda adaptarse o tenga dificultades. Debemos facilitar la existencia de puntos de referencia mediante objetos personales, muebles, recuerdos, fotos familiares o cuadros que le ayuden en su orientación futura. Fomentar el uso del reloj y del calendario, ya que les mantiene orientados en el tiempo y el espacio, y retirar todos los objetos que puedan suponerle confusión. Utilizar carteles con dibujos sencillos, con los que se familiarice a fin de localizar su habitación, cama, cuarto de baño, etc.

La instalación en el dormitorio de una luz nocturna permanente evita caídas si se despierta y levanta durante la noche.

Es importante explicarle todas las adaptaciones que se acometan y adiestrarle para que establezca unas costumbres o rutinas de uso, que le reportarán mayor seguridad y autonomía.

En la cocina ha de extremarse el cuidado por los suelos deslizantes, la presencia de productos tóxicos susceptibles de equívocos (lejía, detergente, etc.), la existencia de objetos cortantes o punzantes (cuchillos, tenedores, etc.) y por la presencia de gas y de fuego.

Del mismo modo, el baño constituye otro lugar de gran riesgo de caídas por los suelos deslizantes, sobre todo cuando están mojados, por el riesgo de quemaduras con el agua caliente, la bañera o la ducha, las alfombras de baño, los enchufes, etc. Se recomienda sustituir las bañeras por platos de ducha antideslizantes o por sumideros de ducha adaptados e instalar asideros de seguridad en la ducha, en la taza del WC y próximos al lavabo, de material rugoso y con colores llamativos^{1,10,11}.

Caídas y accidentes. Las caídas y accidentes deben constituir objetivos preferentes de abordaje de toda persona a la que se le detecta un déficit cognitivo; de hecho, muchas de las medidas anteriormente enumeradas han sido citadas en tanto que constituyen un factor de riesgo de caídas y accidentes.

Se sabe que las personas con deterioro cognitivo tienen un riesgo de caídas mayor que el de cualquier otra persona mayor, que ya de por sí es elevado, llegando a caerse el 50% a lo largo del año, y de estos más de la mitad vuelve a caerse a lo largo del siguiente año. Estas caídas presentan consecuencias en un 10-15%, entre las cuales 1 de cada 4 sufrirá una fractura, especialmente de fémur, y de estos el 20-25% no recuperará el nivel funcional previo que tenía.

Es importante tratar de minimizar los factores de riesgo de las caídas, prestando especial atención a la toma de medicamentos que tienen acción sobre el sistema nervioso central (neurolépticos, ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivos, etc.), diuréticos, laxantes, antihipertensivos, antiarrítmicos, y a otros factores extrínsecos como el calzado, etc.¹.

Seguridad vial. Las personas que padecen deterioro cognitivo tienen dificultades para desarrollar las habilidades y vencer los obstáculos que se presentan durante la conducción de vehículos, debido a la alteración de sus funciones neuropsicológicas y ejecutivas. Algunas funciones cognitivas, como la atención, la velocidad de reacción, el estado de alerta, la planificación y la capacidad de autocontrol de ciertos automatismos, son necesarias para resolver situaciones imprevistas. Esto ha de llevarnos a plantear estrategias en las que se proceda a una evaluación precoz de estas personas, limitando su accesibilidad a la conducción, llegando incluso a la retirada del permiso de conducción a aquellas en las que se detecte un deterioro que ponga en compromiso su seguridad y la de las personas que le rodean.

Área del confort

Educación y apoyo a familiares y cuidadores. Información relacionada con el deterioro cognitivo, sus causas, evolución, comportamiento, manejo, recursos sociales y sanitarios disponibles, grupos de autoayuda, etc., que les ayuden a convivir en las mejores condiciones con la persona afectada.

Entrenamiento en los cuidados generales. Formación mediante sesiones teóricas, talleres prácticos y supervisión a los implicados en el cuidado directo de las personas con deterioro cognitivo (familiares, cuidadores, auxiliares, enfermeros, etc.), sobre su origen, evolución, complicaciones, tratamiento farmacológico y no farmacológico (comunicación con el paciente, manejo conductual, etc.).

Intervenciones multicomponentes para el paciente y el cuidador. Se trata de intervenciones que combinan algunas de las anteriormente enumeradas, dirigidas al paciente y al cuidador (educación del cuidador, estimulación cognitiva y/o funcional para el paciente), según las características y necesidades, tanto del paciente como del cuidador.

Prevención de sujeciones físicas o químicas. En las etapas iniciales del deterioro cognitivo se debe formar a los cuidadores y fomentar intervenciones centradas en la persona, dirigidas a la búsqueda de alternativas que permitan mitigar las situaciones de ansiedad e irritabilidad que puedan presentarse, ya que así se evitará en fases más avanzadas el uso de neurolépticos y sedantes, en ocasiones indiscriminado e irracional, así como las sujeciones físicas con otras intervenciones que aportan mucha más dignidad a la persona y con un nivel de seguridad aceptable^{10,11}.

Institucionalización. Uno de los objetivos que se persiguen con muchas de estas actuaciones es hacer que la persona con deterioro cognitivo pueda seguir disfrutando el máximo tiempo posible de unas condiciones dignas en cuanto a su desarrollo vital, en el entorno en el que ha venido desarrollándose, retrasando así la institucionalización precoz. Está demostrado que cuando se dispone de programas y actividades adecuadas, estas personas permanecen en su entorno habitual beneficiándose del confort que les reporta y sin sobrecargar a los familiares y cuidadores¹.

Alimentación y nutrición en la prevención y manejo del deterioro cognitivo

Existe una estrechísima relación entre la alimentación-nutrición y la enfermedad de cualquier índole; las enfermedades neurológicas y concretamente el deterioro cognitivo no se escapan de este fenómeno, hasta el punto que las personas con una mala alimentación y un estado nutricional comprometido sufren con frecuencia problemas en la esfera cognitiva y viceversa, las personas con deterioro cognitivo, y mucho más cuando este está evolucionado y reúne criterios para ser considerado una *demenia*, tienen un riesgo elevado de presentar una desnutrición, lo que hace mucho más sombrío el pronóstico, aumenta el riesgo de complicaciones y favorece el desarrollo de úlceras por presión, infecciones, etc. Existe una serie de factores o causas de desnutrición en las personas que padecen deterioro cognitivo, entre los que se pueden citar:

- Las dificultades que estas personas tienen para realizar una planificación correcta de la dieta, para la preparación y elaboración de las comidas.
- La disminución de la ingesta debida a la inapetencia como consecuencia de un aumento de los neurotransmisores anorexígenos: *colecistoquinina* (hormona implicada en la saciedad), de la disminución de los *receptores opiáceos "K"*, de la disminución de la *leptina* y del menor número de *receptores opiáceos "M"*; o bien por la disminución de los neurotransmisores orexígenos como la hormona gastrointestinal *ghrelina* y el *neuropéptido "Y"*.
- El rechazo o aversión a la ingesta como consecuencia de los trastornos de conducta.
- El aumento del gasto energético que acontece en algunas enfermedades neurológicas.

Es bien conocido que el sistema nervioso requiere un aporte adecuado de macro y micronutrientes para su buen funcionamiento y que cuando existe un déficit de vitaminas y minerales, aun siendo leve, las manifestaciones neurológicas son muy frecuentes; de ahí la importancia que adquiere la dieta y determinados nutrientes en la prevención del deterioro cognitivo¹².

La dieta recomendable para la prevención del deterioro cognitivo es la denominada "dieta saludable", cuyo prototipo es la dieta mediterránea, que debe contar con un aporte energético adecuado a su edad, sexo y grado de actividad o estrés al que esté sometido. En este sentido se recomienda un promedio de unas 30 kcal/kg/día, que se multiplica por unos índices correctores, en función de que practique una actividad física más o menos intensa, que oscilan entre 1 a 2,4, o de que exista una infección, en cuyo caso se aplica 1,3, etc. (tabla 1). Se ha comprobado que cuando la dieta es baja en energía, o durante el ayuno, se produce malestar, cambios de humor, disminución del estado de alerta y un menor rendimiento cognitivo^{13,14}.

Respecto a los macronutrientes, la glucosa es esencial para el funcionamiento del cerebro, y se ha demostrado que el mal control glucémico disminuye el rendimiento intelectual y que el consumo de alimentos con un índice glucémico elevado (hidratos de carbono simples de liberación rápida) produce embotamiento e irritabilidad.

Los aminoácidos son precursores de la síntesis de las proteínas y algunos, como el triptófano, además son precursores de determina-

Tabla 1
Factores de corrección en función del grado de actividad o de estrés

Actividad	Factor de corrección	Factor de corrección	Estrés
Reposo	1	1,3 por grado > 37 °C	Fiebre
Muy ligera	1,3	1,2	Cirugía menor
Ligera	1,5-1,6	1,3	Sepsis
Moderada	1,6-1,7	1,4	Cirugía mayor
Intensa	1,9-2,1	1,5	Politraumatismo
Muy intensa	2,2-2,4	1,5-2,05	Quemaduras
	0,9-1,3	Cáncer	
	0,7	Malnutrición	
	1,2	Infección moderada	

Gasto energético basal (kcal): ecuación de Harris-Benedict × factor de actividad física × factor de estrés.

dos neurotransmisores como la serotonina o la lecitina de los neurotransmisores colina y acetilcolina, lo que explica que tengan influencia sobre el estado de ánimo y la agresividad¹².

Los ácidos grasos omega-3 actúan como neuroprotectores, de ahí el papel que están adquiriendo en la prevención del deterioro cognitivo e incluso en la reversión del deterioro cognitivo ya establecido. Por el contrario, se estima que los ácidos grasos omega-6 favorecen el deterioro cognitivo. También se sabe que el descenso del colesterol y el consumo de estatinas disminuyen la síntesis y el depósito de la proteína beta-amiloide^{15,16}.

Las vitaminas son imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema nervioso, y se ha encontrado relación entre algunas de estas y determinadas funciones superiores; así, las vitaminas B₁ o tiamina, B₂ o riboflavina, B₃ o niacina y el ácido fólico se relacionan con el pensamiento abstracto y el déficit de la vitamina B₁ produce alteraciones de las funciones cerebrales superiores e irritabilidad, mientras que el déficit de vitamina B₃ puede llegar a producir demencia.

Las vitaminas B₆ o piridoxina, B₁₂ o cobalamina, A o retinol y E o tocoferol se relacionan con el pensamiento abstracto y con la memoria visuoespacial. También la vitamina A parece estar relacionada con la plasticidad sináptica del hipocampo y con la estabilidad del estado cognitivo. Las vitaminas D, A y los beta-carotenos actúan como antioxidantes protegiendo al tejido neuronal.

Los déficits de ácido fólico y de vitamina B₁₂ producen alteraciones de las funciones cerebrales superiores y del nivel cognitivo por afectación de la síntesis de metionina y de S-adenosilmetionina, con disminución de los grupos metilo, que son esenciales en el metabolismo de la mielina, acetilcolina y de los fosfolípidos de membrana^{12,17}.

Hay algunos oligoelementos como el manganeso, el cinc, el yodo y el selenio, que ejercen una acción antioxidante preservando el funcionamiento cerebral. Se ha observado que las deficiencias de litio, magnesio y cobre se asocian a un mayor deterioro mental en todas las edades, incluidos los mayores.

La participación del hierro en la oxigenación de las neuronas, el metabolismo energético y la síntesis de neurotransmisores y mielina es fundamental para la prevención de la enfermedad neurológica.

Los alimentos ricos en antioxidantes como los polifenoles del té, la piperona de la pimienta, el resveratrol del vino y los flavonoides, carotenoides y curcumoides ejercen un papel activo en las funciones cerebrales y han mostrado sus efectos protectores frente a las enfermedades neurológicas asociadas a la edad¹⁸.

Del mismo modo, en estudios en animales se ha demostrado que el aporte de las bacterias ácido lácticas, como componentes de los alimentos probióticos, puede ejercer una función preventiva en las enfermedades neurológicas.

Por último, se postula que algunos sustratos presentes en los alimentos como la colina, la acetil L-carnitina, la fosfatidilserina y el *Ginkgo biloba* pueden actuar como nootropos, mejorando las funciones cognitivas¹².

Pese a que la deficiencia de algunos de estos nutrientes anteriormente citados se asocia con problemas neurológicos, no está claro que la suplementación sistemática con estos prevenga el deterioro cognitivo asociado a la edad o a algunas enfermedades.

Como consecuencia de todo lo anterior, la valoración nutricional periódica en los pacientes afectados de deterioro cognitivo ha de constituir una prioridad para detectar de forma precoz cualquier transgresión o desequilibrio alimentario, así como en su estado nutricional, y proceder a una pronta corrección de este para prevenir el déficit cognitivo¹⁹.

Terapia de estimulación cognitiva

Introducción

El deterioro cognitivo patológico en el anciano se relaciona con un conjunto de síntomas interconectados que se asocian con síntomas no solo cognitivos, sino también conductuales y psicológicos (SPCD), deterioro funcional en actividades de la vida diaria, disminución de la calidad de vida y, no menos importante, sobrecarga en el cuidador principal que tiene, sin duda alguna, su interferencia en los síntomas y el curso de la enfermedad en el paciente.

Por lo tanto, cuando nos referimos al tratamiento del deterioro cognitivo, en este caso, al tratamiento no farmacológico (TNF) del deterioro cognitivo, debemos establecer qué síntoma o conjunto de síntomas se considerarán diana de nuestra terapia.

Y no solo eso. El concepto de deterioro cognitivo es un concepto muy amplio no solo en cuanto a la etiología del síndrome, sino también en relación con su momento evolutivo. Es decir, no son iguales, como sabemos, los síntomas que presenta un paciente con diagnóstico de deterioro cognitivo ligero que los que se asocian a un paciente con una probable enfermedad de Alzheimer en estadio leve, moderado o grave. Y, sin embargo, lo más interesante es que, en cualquiera de los diferentes estadios evolutivos de la enfermedad, al igual que en las diferentes formas de deterioro cognitivo-demencia, el abordaje no farmacológico ha demostrado su eficacia.

Uno de los principios fundamentales del abordaje no farmacológico en el deterioro cognitivo es el trabajo multidisciplinar, que incluye la neuropsicología, la terapia ocupacional, la medicina, la psicología clínica, la fisioterapia, etc. Un trabajo coordinado de las diferentes disciplinas ofrecerá los mejores resultados para el paciente^{20,21}.

En contra de lo que pudiera pensarse, los TNF son, en numerosas ocasiones, el primer abordaje para el deterioro cognitivo patológico en el anciano. Las razones fundamentales para que esto sea así son 4²¹:

- En muchas ocasiones, los ancianos se niegan a asumir un nuevo tratamiento farmacológico que se añada a la medicación que ya están tomando. Se niegan a iniciar un nuevo tratamiento farmacológico que, además, no es curativo. Por ello, muchos ancianos prefieren iniciar un abordaje no farmacológico como primera opción después del diagnóstico de deterioro cognitivo.
- Los TNF no implican ningún tipo de efecto secundario asociado que, sin embargo, sí se relacionan con los tratamientos farmacológicos.
- Una vez comenzadas las terapias, los pacientes suelen experimentar una gran adherencia al tratamiento, mucho mayor, en algunos casos, que la que los pacientes relacionan con cualquier tratamiento farmacológico para el deterioro cognitivo.
- Por último, además, los beneficios asociados a los TNF se generalizan a otros aspectos cotidianos. De esta forma, los pacientes son capaces de objetivar, en primera persona, los beneficios de

las terapias que están realizando, mejorando, aún más, la adherencia al tratamiento.

Tomando en consideración las características de los TNF en el deterioro cognitivo, se ha desarrollado el modelo DICE para establecer los principios fundamentales en el diseño de un TNF²⁰:

- Descripción detallada del comportamiento a tratar.
- Investigar las causas de dicho comportamiento disruptivo.
- Crear un plan de tratamiento basado en los 2 primeros principios.

Dianas terapéuticas

Como ya se ha comentado en la introducción, las dianas terapéuticas en el TNF serán múltiples. Fundamentalmente podemos diferenciar 4 grandes grupos de síntomas en el abordaje no farmacológico del deterioro cognitivo:

- Cognición.
- SPCD.
- Trastorno del sueño.
- Sobrecarga de los cuidadores.

La elección de las diferentes terapias no farmacológicas será dependiente, en primer lugar, del síntoma a tratar. También será necesario tener en consideración otras variables, como las características personales del sujeto, quién es el cuidador principal, dónde se va a realizar el TNF o incluso en qué momento del día. Estas variables se detallarán con más precisión en apartados posteriores.

Una vez definido el síntoma a tratar se establecerá qué TNF será el más adecuado para obtener la máxima eficacia. En la figura 1 se muestra un resumen de la relación que cada uno de los TNF más frecuentemente utilizados en la clínica mantiene con el tratamiento de los distintos síntomas.

Tratamiento no farmacológico de los síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos son, junto con los SPCD, los que han demostrado mayor interés en el TNF de los pacientes con deterioro cognitivo. La afectación cognitiva, que incluye desde problemas de memoria hasta la incapacidad para abrocharse los botones, implica una gran pérdida de la funcionalidad en el propio paciente y, a su vez, una gran sobrecarga en el cuidador principal. Por ello, los TNF para los síntomas cognitivos son fundamentales en el tratamiento integral de un paciente con deterioro cognitivo.

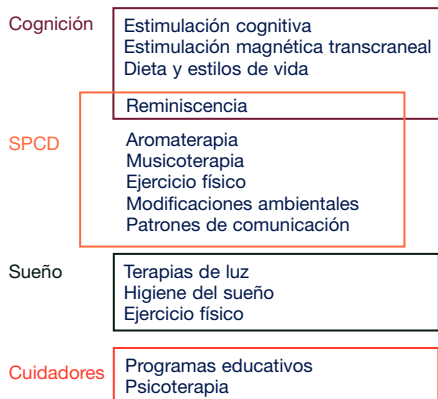


Figura 1. Principales tratamientos no farmacológicos y su relación con los síntomas. SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.

Estimulación cognitiva

Dentro de los TNF para los síntomas cognitivos, el que mayor interés ha despertado ha sido, sin duda, la estimulación cognitiva (y no rehabilitación cognitiva). Cuando hablamos de estimulación cognitiva nos referimos a ejercicios de estimulación de funciones preservadas (y no alteradas), con el objetivo último de enlentecer el proceso de pérdida de funciones cognitivas (estabilizando, en el mejor de los casos, este proceso de deterioro progresivo). Por eso hablamos de estimulación y no de rehabilitación. Nuestro objetivo, en el deterioro cognitivo en el anciano, nunca será recuperar funciones que ya se han perdido y trabajaremos, por tanto, siempre con funciones aún preservadas. De hecho, en una revisión reciente de 2015 de la Cochrane se encuentra mejoría en pruebas como el MMSE y el ADAS-Cog después de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo, pero no así cuando los pacientes se someten a un programa de rehabilitación cognitiva.

Aunque, como ya se ha comentado, el objetivo fundamental de la estimulación cognitiva es la estabilización y enlentecimiento de la pérdida de funciones cognitivas, también se plantean otros objetivos. Entre ellos se incluye la generalización de los resultados en sesión a actividades de la vida diaria que permita, con ello, un beneficio en la funcionalidad del paciente y, por tanto, una mejoría en su calidad de vida.

La estimulación cognitiva no consiste, como se considera ampliamente entre la población general, en hacer ejercicios intelectuales sin más. El diseño de una terapia de estimulación cognitiva implica los siguientes aspectos básicos:

- Diseño de un programa de estimulación cognitiva. Implica una evaluación cognitiva previa, en la que se definen las áreas cognitivas alteradas y preservadas, a partir de la que desarrollar sus objetivos. Se diseñarán las sesiones de estimulación, la periodicidad de estas, las funciones que serán estimuladas en cada una de las sesiones, los ejercicios que se realizarán en dichas sesiones, etc. Además, dentro del diseño del programa se incluye la reevaluación continua de la adecuación del programa a los objetivos que fueron establecidos y a las características continuamente cambiantes de la propia patología con la que estamos trabajando. De esta forma, el programa será, siempre, un programa flexible que permita adaptarse en cada momento a esta situación variable en el paciente.
- Nuestro trabajo en pacientes con deterioro cognitivo debe estar centrado, como ya se comentó previamente, en las funciones cognitivas preservadas.
- El desarrollo de las sesiones debe estar basado en el concepto de aprendizaje sin errores.

No menos importante es determinar si las sesiones de estimulación cognitiva se realizarán de forma grupal o individual. La mayor parte de los trabajos que se han realizado comparando el trabajo individual frente al grupal de pacientes con deterioro cognitivo en ancianos han demostrado beneficios de la terapia de estimulación cognitiva en grupo. No solo favorecen una estabilidad cognitiva a lo largo del tiempo, sino que aumenta la conciencia de enfermedad, aumenta la socialización y favorecen la iniciativa en los pacientes (mejorando, en muchos de los casos, la comunicación con la familia)²¹⁻²³.

También es importante especificar que, cuando se habla de estimulación cognitiva grupal, siempre se relaciona con grupos homogéneos de pacientes. Esta homogeneidad se asocia no solo a grupos que comparten el mismo rango de edad (no más de 8-10 años), sino también el mismo nivel educativo, socioeconómico, tipo de deterioro cognitivo y estadio de la enfermedad. Solo cuando los grupos cumplen estas características se obtienen resultados positivos de la estimulación cognitiva. De hecho, cuando los grupos no se ajustan a estas especificaciones, los resultados suelen ser negativos para el propio paciente, que no se adapta al programa, perdiendo adherencia

al grupo y al tratamiento, produciendo conflictos en el ámbito familiar y negándose, en el futuro, a cualquier otro tipo de TNF.

Atendiendo a la bibliografía relacionada con la estimulación cognitiva, los resultados derivados de un metaanálisis de 2015 en pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo ligero establecen que la estimulación cognitiva demostró discretas mejorías en tareas de funciones atencionales, mnésicas y ejecutivas. Además, en 12 de los 20 trabajos analizados se encontraron mejores rendimientos en los pacientes en tareas de evaluación de memoria operativa y memoria demorada. Por último, 3 de los estudios demostraron mejorías en actividades de la vida diaria mediante el empleo de ayudas externas²¹.

En un estudio realizado en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátrica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, se estudió el efecto que un programa de estimulación cognitiva (con una periodicidad de 2 sesiones semanales de 90 min de duración por día) podía tener en funciones cognitivas, funcionales, conductuales y de sobrecarga del cuidador, en una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en estadio evolutivo leve (GDS: 4)²⁴. Un año después se objetivó que los pacientes mostraron mejorías en su rendimiento en el MMSE (derivadas de las terapias de orientación a la realidad), en tareas de fluencia verbal (mejorando las capacidades comunicativas) y en la funcionalidad de los pacientes. Además encontramos una reducción de síntomas apáticos y depresivos en los pacientes y una importante disminución en la sobrecarga de los cuidadores.

Todos estos resultados positivos descritos en la bibliografía han dado como resultado que la estimulación cognitiva sea el único TNF recomendado en países como Reino Unido, que ha demostrado ser coste-efectivo.

Estimulación magnética transcraneal

En los últimos años, la estimulación magnética transcraneal está experimentando un gran auge en el TNF del daño cerebral. Entre otros, se está empleando en pacientes ancianos con deterioro cognitivo.

La estimulación magnética transcraneal es una técnica basada en la generación rápida de un campo magnético variable sobre el cráneo en sujetos despiertos, que induce una corriente eléctrica transitoria en la corteza y modula la función neuronal. Marra et al²⁵ aplicaron durante 10 sesiones dicha estimulación sobre el córtex dorsolateral izquierdo a 17 sujetos con deterioro cognitivo ligero amnésico. Los resultados revelaron que los pacientes mejoraban sus rendimientos en tareas de memoria episódica y de funciones ejecutivas, que se mantenían, al menos, durante 30 días.

La estimulación magnética transcraneal parece, por tanto, un nuevo TNF a tener en consideración.

Tratamiento no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias

Los SPCD se consideran uno de los síntomas más discapacitantes del deterioro cognitivo. No solo afectan a la calidad de vida del propio paciente, sino que, en muchos casos, tienen su reflejo en la dinámica familiar y en el propio cuidador que demanda, en muchas ocasiones, tratamientos con psicofármacos.

En el trabajo ya clásico de J. Cummings de 2003²⁶ se establece que entre un 50 y un 90% de los pacientes con deterioro cognitivo desarrollarán, en algún momento de la enfermedad, algún síntoma conductual o psicológico asociado. Entre ellos, la agitación parece ser el más prevalente, aunque, como puede observarse en las figuras 2 y 3, la apatía, la irritabilidad o la conducta motora aberrante forman parte también de los síntomas más habituales.

El TNF de los SPCD ha demostrado beneficios no solo en los propios pacientes, sino también en los cuidadores y hasta en la propia administración sanitaria. El TNF de los SPCD mejora y hasta elimina, en el mejor de los casos, el propio síntoma disruptivo. Pero, además, retrasa la institucionalización del paciente, disminuye el número de

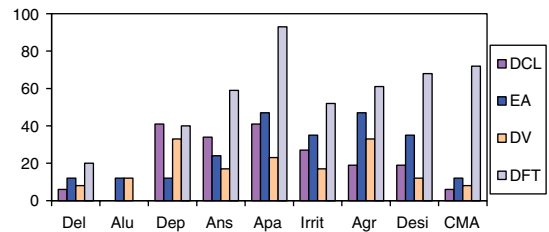


Figura 2. Prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD). Cummings 2003. Agr: agresividad; Alu: alucinaciones; Ans: ansiedad; Apa: apatía; CMA: conducta motora aberrante; DCL: deterioro cognitivo ligero; Del: delirio; Dep: depresión; Desi: desinhibición; DFT: demencia frontotemporal; DV: demencia vascular; EA: enfermedad de Alzheimer; Irrit: irritabilidad.

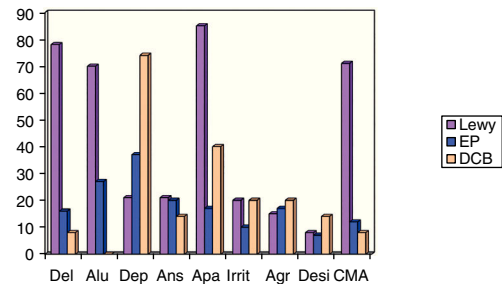


Figura 3. Prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD). Cummings 2003. Agr: agresividad; Alu: alucinaciones; Ans: ansiedad; Apa: apatía; CMA: conducta motora aberrante; DCB: degeneración corticobasal; Del: delirio; Dep: depresión; Desi: desinhibición; EP: enfermedad de Parkinson; Irrit: irritabilidad; Lewy: demencia por cuerpos de Lewy.

tratamientos farmacológicos con psicofármacos, disminuye el número de hospitalizaciones en unidades de agudos y, también, disminuye la sobrecarga del familiar, lo que mejora la dinámica familiar y social de los pacientes²⁷.

Para el diseño de una adecuada terapia no farmacológica de los SPCD es necesario definir los factores predeterminantes del síntoma, que incluyen no solo factores internos sino también variables externas. Entre los factores internos se incluyen la personalidad premórbida del paciente, el dolor o las infecciones orgánicas. Dentro de las variables externas que pueden ser causantes de un SPCD se describen los cambios de rutinas, los cambios de domicilio, los períodos vacacionales, las obras en el domicilio habitual, los cambios de cuidador principal o lo que G. Stokes llama "cuidados malignos"²⁸. En su libro *Y la música sigue sonando*, Stokes establece que, en ocasiones, son estos cuidados inadecuados que familiares y personal de residencias aplican sobre los propios pacientes los que determinan la aparición de un síntoma disruptivo.

La elección de los diferentes TNF para los SPCD se realizará, siempre, una vez realizado el análisis factorial de los factores predeterminantes del síntoma a tratar.

En este apartado se comentarán algunos de los TNF más habituales en la práctica clínica.

Reminiscencia

La reminiscencia es una forma de mantener el pasado personal y perpetuar la identidad personal²⁹. Para ello se emplean técnicas como la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento, a partir de las cuales se generan memorias e interpretaciones presentes de experiencias pasadas.

La reminiscencia ha demostrado eficacia en el TNF de síntomas depresivos y de agitación, mejorando el estado de ánimo de los pacientes y disminuyendo la agitación.

En un estudio español publicado en el año 2015, González et al²⁹ encontraron, en un grupo de 42 pacientes institucionalizados con

diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, después de un tratamiento con reminiscencia, una mejoría de los síntomas depresivos y un aumento del bienestar personal (definido como mayor aceptación de la enfermedad, relación más positiva con los demás residentes y mayor autonomía personal)²⁹.

Ejercicio físico

El ejercicio físico ha demostrado beneficio en el TNF de síntomas como la agitación, el *sundowning* o el vagabundeo. Parece que este beneficio está relacionado con la sincronización de los ritmos circadianos que, frecuentemente, se desincronizan en pacientes con deterioro cognitivo.

En un estudio reciente de 2015, Fleiner et al³⁰ han desarrollado el llamado programa Carrousel-Exercise para el tratamiento de la agitación, el vagabundeo y el *sundowning* en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas especializadas en demencia. El programa consistía en sesiones de ejercicio físico de 45 min realizadas 2 veces a la semana. La peculiaridad del programa es que el entrenador pregunta al paciente cuándo quiere realizar la sesión de ejercicio físico y solo se realiza cuando el paciente está dispuesto. Los resultados del estudio piloto realizado con 18 sujetos obtuvieron una marcada adherencia al programa por parte de los pacientes, lo que mejoró los SPCD y disminuyó la sobrecarga de los cuidadores.

Musicoterapia

La musicoterapia ha demostrado beneficios positivos en el tratamiento de síntomas como la agitación, el vagabundeo o la ansiedad que, además, pueden generalizarse hasta los estadios más avanzados de la enfermedad³¹.

Se pueden encontrar 2 tipos de terapias musicales en pacientes con deterioro cognitivo: las terapias activas (en las que un terapeuta musical interactúa directamente con el paciente) y las terapias de escucha individualizada (administradas, según preferencias personales, directamente al paciente).

Patrones de comunicación

La forma de comunicación con los ancianos, y más aún con sujetos demenciados, suele aportar un *feedback* negativo que refleja, en muchas ocasiones, los estereotipos asociados al envejecimiento, que hacen que los sujetos sientan que han perdido el control y la autoestima, favoreciendo así los SPCD.

Una forma adecuada de comunicarse con los pacientes con deterioro cognitivo mejora considerablemente los SPCD. Kitwood, en 1997, definía que es fundamental para los cuidadores emplear una aproximación basada en la persona (y no en los estereotipos de la enfermedad que padece), que facilite el reconocimiento de las necesidades y contribuya a un mejor entendimiento de los procesos intersubjetivos de comunicación. Describió 4 indicadores en la interacción comunicativa: reconocimiento de la persona, negociación, facilitación y validación.

Además, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, también es importante adecuar la forma de comunicación a los pacientes para disminuir los SPCD. El modelo de mejora de la comunicación se basa, así, en el papel que los profesionales sanitarios juegan en la positividad y adecuada interacción con los ancianos³², siendo, según el modelo, una de las mejores aproximaciones la que tome en consideración no solo los déficits del lenguaje del paciente, sino también sus capacidades preservadas.

La modificación y adecuación de los patrones de comunicación hacia los pacientes con demencia ha demostrado ser eficaz en la modificación del ambiente físico y social, disminuyendo los SPCD disruptivos y mejorando la interacción social de los pacientes³².

Programas con cuidadores

Los programas con cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo se basan en el principio de que, para que el paciente esté bien

cuidado, el cuidador principal debe estar bien. Se centran en la idea de que las enfermedades neurodegenerativas implican, desde el comienzo, una capacidad de adaptación constante al paciente a partir del reconocimiento de las capacidades que está perdiendo de forma progresiva.

Así, los programas con cuidadores están basados en 4 pilares: entender la enfermedad del paciente, entender las peculiaridades e individualidades del propio paciente, conocer y aplicar las técnicas de modificación de conducta y aplicar las modificaciones ambientales necesarias en función de las características del paciente. A partir de la aplicación de estos principios se intenta, siempre, alcanzar el objetivo principal de cualquier programa con cuidadores: mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador.

Fundamentándose en los 4 pilares previamente descritos, los programas con cuidadores están focalizados en enseñar a pedir ayuda, a compartir el cuidado, en observar a los pacientes y en mostrar, siempre, una conducta flexible capaz de adaptarse a los cambios que, inevitablemente, se van a ir sucediendo en el paciente.

Los programas con cuidadores han demostrado disminuir la sobrecarga, retrasar la institucionalización de los pacientes, disminuir los SPCD y reducir la pauta de psicofármacos en los pacientes y en los propios cuidadores.

Conclusiones y evidencia

Aunque en el pasado los estudios realizados con TNF no cumplían los criterios del CEBM (centro médico basado en la evidencia), muestras pequeñas, estudios no aleatorizados, no doble ciego, con ausencia de escalas de medición adecuadas, etc., demostraron un aumento en la calidad de vida de los pacientes a partir de las percepciones subjetivas de pacientes y cuidadores y, en algunos casos, modificaron la evolución de la propia enfermedad³³.

En la actualidad, sin embargo, a partir de estos resultados se están llevando a cabo trabajos para demostrar la eficacia de los TNF con muestras de sujetos cada vez más numerosas, a través de diseños aleatorizados doble ciego, multidisciplinares, que incluyen extensas baterías de evaluación de los síntomas. Con estos nuevos trabajos se ha demostrado que el uso de TNF en pacientes con deterioro cognitivo favorece la autonomía de los pacientes, mejorando los síntomas psicológicos y conductuales y retrasando o estabilizando la pérdida progresiva de funciones cognitivas.

No obstante, y para concluir, el mejor abordaje de un paciente con deterioro cognitivo es siempre un abordaje multidisciplinar, que incluya los TNF, los tratamientos farmacológicos y la implicación de la familia y los profesionales sanitarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Ramos Cordero Primitivo et al. Madrid: AG Tecnopublicaciones. Madrid; 2007. Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: SEGG. Natural Ediciones; 2003.
2. Deví J, Altimir S. Consejos, estrategias y pautas para demencias y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Ed Prous Science-Thomson Reuters; 2008.
3. Tárrega L. Terapias blandas. Programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para personas con enfermedad de Alzheimer. Neurología. 1999;27:51-61.
4. Goldman S. Neurogenesis and neuronal precursor cells in the adult forebrain. Neurociencias. 1995;1:338-50.
5. Tárrega Maestre L. Tratamiento no farmacológico de las demencias. En: Alberca R y López-Pousa S, editores. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2002. p. 121-33.
6. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Olderikkert MG. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007;62:1002-9.

7. Corregidor Sánchez AI. Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: SEGG. Ed. Ergon; 2010. p. 27-46.
8. Graff MJL, Adang EMM, Vernooij-Dassen MJM, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*. 2008;336:134-8.
9. Kennedy Q, Taylor J, Heraldez D, Noda A, Lazzeroni LC, Yesavage J. Intraindividual variability in basic reaction time predicts middle-aged and older pilots' flight simulator performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;4:487-94.
10. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:161-78.
11. Protección en el hogar, para personas con Enfermedad de Alzheimer. ADEAR- centro de educación y referencia sobre la enfermedad de Alzheimer. Instituto Nacional sobre el envejecimiento. Departamento de Salud y Servicios humanos de EE. UU. Octubre de 2002.
12. Bretón Lesmes I, et al. Nutrición en las enfermedades neurológicas. En: Gil Hernández A, editor. Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica. Tomo IV. Ed. Panamericana. 2010. p. 879-85.
13. Zbeida M, Goldsmith R, Shimony T, Vardi H, Naggan L, Shahar DR. Mediterranean diet and functional indicators among older adults in non-Mediterranean and Mediterranean countries. *J Nutr Health Aging*. 2014;18:411-8.
14. Samieri C, Grodstein F, Rosner BA, Kang JH, Cook NR, Manson JE, et al. Mediterranean diet and cognitive function in older age. *Epidemiology*. 2013;24:490-9.
15. Smith GI, Atherton P, Reeds DN, Mohammed BS, Rankin D, Rennie MJ, et al. Dietary omega-3 fatty acid supplementation increases the rate of muscle protein synthesis in older adults: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2011;93:402-12.
16. Heinrichs SC. Dietary omega-3 fatty acid supplementation for optimizing neuronal structure and function. *Mol Nutr Food Res*. 2012;54:447-56.
17. Skarupski KA, Tangney C, Li H, Ouyang B, Evans DA, Clare Morris M. Longitudinal association of vitamin B₆, folate, and vitamin B₁₂ with depressive symptoms among older adults over time 1-3. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:330-5.
18. Sano M, Ernesto C, Thomas RG, Klauber MR, Schafer K, Grundman M, et al. A controlled trial of selegiline, alpha tocopherol or both as treatment for Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 1997;336:1216-22.
19. Tarazona FJ, Belenguer A, Doménech JR, Gac Espínola H, Cuesta Peredo D, Medina L, et al. Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr Hosp*. 2009;24:724-31.
20. Rose J, Bratt R, Shatz R. Treatment and management of dementia due to Alzheimer's disease. *Curr Treat Options Neurol* 2015; 17: 36
21. Rodakowski J, Saghafi W, Butters A, Skidmore E. Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: an updated review. *Mol Aspects Med*. 2015;43-44:38-53.
22. Ortega V, Leung P, Yates L, Kang S, Hoare Z, Henderson C, et al. Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomized controlled trial. *Health Technol Assess*. 2015; 19:1-108.
23. PhamT, Oyama-Higa M, Truong C, Okamoto K, Futaba T, Kanemoto S et al. Computerized assessment of communication for cognitive stimulation for people with cognitive decline using spectra-distortion measures and phylogenetic inference. *PLOS One*. 2015. DOI: 10.1371.
24. Yubero R, Massegu C, Viloria A, Soria F, Gil P, Ribera JM. Efecto del tratamiento grupal no farmacológico durante 12 meses en pacientes con Probable E. Alzheimer. 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Bilbao, Junio 2009
25. Marra H, Myczkowski M, Memòria C, Arnaut D, Ribeiro P, Mansur C, et al. Transcranial Magnetic Stimulation to Address Mild Cognitive Impairment in the Elderly: A Randomized Controlled Study. *Behav Neurol*. 2015;2015:287843.
26. Cummings J. La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. Atlas Medical Publishing Ltd.; 2003.
27. Passmore M, Ho A, Gallagher R. Behavioral and psychological symptoms in moderate to severe Alzheimer's disease: a palliative care approach emphasizing recognition of personhood and preservation of dignity. *J Alzheimers Dis*. 2012;29:1.
28. Stokes G. Y la música sigue sonando. Historias de personas con demencia. Fundación Sanitas; 2011.
29. González J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Meléndez J. Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *Int Psychogeriatr*. 2015;27:1731-7.
30. Fleiner T, Zijlstra W, Dauth H, Haussermann P. Evaluation of a hospital-based day-structuring exercise programme on exacerbated behavioural and psychological symptoms in dementia –the exercise carousel: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:228.
31. Raglio A, Bellandi D, Baiardi P, Gianotti M, Ubezio MC, Zanacchi E, et al. Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multi-center randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:1534-39.
32. Savundranayagam M, Moore-Nielsen K. Language-based communication strategies that support person-centered communication with persons with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2015;27:1707-18.
33. Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: various strategies demonstrate effectiveness for care home residents; further research in home settings is needed. *Evid Based Nurs*. 2016;19:31.

Bibliografía recomendada

- Huntley J, Gould R, Liu K, Smith M, Howard R. Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? A meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*. 2015;5:e005247.
- Kelley B. Treatment of Mild Cognitive Impairment. *Curr Treat Options Neurol*. 2015;17:372
- Molano J, Bratt R, Shatz R. Treatment and management of dementia due to Alzheimer's disease. *Curr Treat Options Neurol*. 2015;17:363.
- Rosor M, Knapp M. Can we model a cognitive footprint of interventions and policies to help to meet the global challenge of dementia? *Lancet*. 2015;386:1008-10.