



DETERIORO COGNITIVO LEVE

Intervenciones no farmacológicas

Manuel Nevado Rey

Actividades Terapéuticas, Ahora Centros, Madrid, España

RESUMEN

Palabras clave:

Deterioro
Cognición
Demencias
Terapias
Intervención

Las terapias no farmacológicas suponen, hoy en día, una de las principales claves para poder trabajar desde la prevención de las posibles causas del deterioro cognitivo. Trabajar y conocer elementos como la historia de vida, las aficiones, los valores y las creencias, trabajando desde los gustos personales y las preferencias, y combinarlas con las técnicas que actualmente han demostrado su eficacia, son algunos de los elementos que se pueden encontrar en el presente artículo.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-pharmacological interventions

ABSTRACT

Keywords:

Impairment
Cognition
Dementia
Therapy
Intervention

Non-pharmacological therapies are currently one of the cornerstones of the prevention of the possible causes of cognitive impairment. Among other topics, the present article discusses the importance of identifying and working with elements such as a person's life history, interests, values, beliefs, and personal tastes and preferences and of combining them with techniques with proven effectiveness.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Intervenciones no farmacológicas

El deterioro cognitivo es una de las categorías clínicas donde más importancia tienen las denominadas *intervenciones no farmacológicas*.

Javier Olazarán definió en el año 2010 las terapias no farmacológicas como "cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante", es decir, toda aquella intervención desarrollada sin fármacos o agentes químicos y que pretende mejorar la calidad de vida de las personas que por diferentes patologías ven afectadas sus capacidades cognitivas, bien sea por el deterioro cognitivo, la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades neurodegenerativas de cualquier índole u otros tipos de demencias.

En el deterioro cognitivo leve (DCL), son escasas las áreas potencialmente dañadas, por lo cual es necesario y fundamental trabajar desde este tipo de intervenciones, con la finalidad de potenciar y de

trabajar las áreas mantenidas aprovechando la plasticidad neuronal que todavía sigue funcionando en el cerebro de la persona. Para que la intervención sea adecuada es necesaria la realización de una serie de pasos, tales como una buena valoración cognitiva, un mapa de vida con aficiones y *hobbies* de la persona con deterioro para aprovechar al máximo las capacidades y potenciar la motivación y participación en actividades de diversa índole y, por último, el diseño de un programa multicomponente en el cual se pueda trabajar desde las áreas cognitivas mantenidas o no dañadas.

Evaluación neuropsicológica

Es necesaria la realización de una buena evaluación neuropsicológica. Para ello hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *Edad y nivel cultural*. Un elemento clave del deterioro cognitivo es que nunca va a ser igual en una persona con 70 años o en otra

con 80 años, ni, por supuesto, se puede pedir la misma puntuación cognitiva a una persona con un cociente intelectual (CI) de 120 que a otra con un CI de 80. Del mismo modo, hay que tener en cuenta la variable de las personas analfabetas o analfabetos funcionales y valorarlas de la manera adecuada.

- **Tres evaluaciones en 1 año.** Para poder establecer 3 líneas de evaluación temporal. La L0, la primera evaluación, es la que comparará al individuo con los test que se hayan seleccionado para esta y su puntuación de corte; la L1 a los 6 meses, en la que se pasarán las mismas baterías que 6 meses antes para poder ver la evolución del deterioro y, por último, la L2 al año, con la misma finalidad que la L1.
- **Mismo evaluador.** En la medida en la que sea posible, que sea el mismo neuropsicólogo quien realice la evaluación en las 3 líneas temporales genera confianza y permite percibir mejor los pequeños cambios cognitivos.
- **Batería neuropsicológica.** No vale con la realización de pruebas de screening tipo MMSE o MEC para poder realizar un diagnóstico de esta categoría. Conviene realizar una exploración cognitiva completa con baterías específicas para las diferentes áreas cognitivas y afectivas, para valorar el impacto de trastornos de ansiedad y depresión como elementos que influyen en la posible aparición de déficits cognitivos. Como mínimo, las pruebas que se deberían pasar deberían evaluar las siguientes partes:
 - **Valoración cognitiva global.** Se puede pasar test de funcionamiento cognitivo como el Barcelona, CAMDEX o ADAS cog; muy útil también para poder tener una primera aproximación es la escala MOCCA. Con esta primera impresión diagnóstica el siguiente paso será investigar sobre la información recabada de esta primera evaluación (p. ej., la puntuación en estos test sale en líneas generales bien pero las funciones ejecutivas por debajo de lo esperado; en ese momento valorar ese tipo de funciones).
 - **Memoria.** Tanto la inmediata como la diferida para medir el proceso de aprendizaje mediante test tipo Retención Visual de Benton o Memoria Conductual de Rivermead.
 - **Atención.** Proceso clave para el mantenimiento de las funciones cognitivas. Evaluar la atención mantenida, selectiva y dividida. Para ello podemos utilizar test como Stroop, Zoo map o D2.
 - **Lenguaje.** Junto con la memoria es una de las áreas más dañadas en el DCL. Evaluar la producción y la comprensión del lenguaje mediante test tipo Boston Naming Test.
 - **Funciones ejecutivas.** Encargadas de la planificación, ejecución, toma de decisiones, control de impulsos o flexibilidad mental. Importantísimas para poder orientar hacia posibles deterioros de tipo frontotemporal y poder ayudar en el diagnóstico. Test tipo Torre de Hanoi o Tarjetas de Wisconsin servirá para poder evaluar de manera consciente.
 - **Ansiedad y depresión.** Elementos clave para descartar problemas afectivos en la inferencia con los problemas cognitivos. Hamilton ansiedad y depresión, escala Yesavage, BDI y Stai son algunas de las escalas para poder evaluar estos conceptos.

- **Entrevista con el familiar.** En la cual pueda corroborar y comentar diferentes fallos cotidianos presentes en el paciente.

Historia de vida

Para poder realizar un trabajo de estimulación adecuado y consensuado con el paciente se debe realizar una historia de vida en la que se recojan sus aficiones, sus valores, sus recuerdos, su área emocional, su personalidad, sus gustos y sus manías, junto con sus hábitos. Esta historia de vida servirá para trabajar de manera individual con la persona, potenciando su vivencia y que sirva de nexo de unión para motivar a estos a la realización de actividades cognitivas terapéuticas y preventivas. Actualmente, y gracias a las nuevas tecnologías y a programas de internet como Youtube, se puede tener acceso a estimular de manera personalizada las áreas cognitivas. En la tabla 1 se expone un modelo de historia de vida.

Diseño de programa multicomponente

Se denomina intervención multicomponente al conjunto de técnicas diferentes que se desarrolla realizando una planificación adecuada sobre la base de la valoración cognitiva comentada anteriormente y en función de la historia de vida del usuario.

Algunas de las técnicas más usadas son las siguientes:

- **Estimulación cognitiva.** Facilitación general y temática de operaciones cognitivas basada en evocación, relación y procesamiento. Se persigue la orientación, dentro de las posibilidades de cada paciente, y la mejoría afectiva.
- **Entrenamiento cognitivo.** Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas (p. ej., asociación de nombres y caras a través de la elaboración de relaciones semánticas por parte del propio paciente).
- **Rehabilitación cognitiva.** Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.
- **Reminiscencia.** Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.). Técnica específica: elaboración del libro de la vida. DVD con los recuerdos más significativos, museo de reminiscencia, debate de hechos históricos.
- **Musicoterapia.** Una de las más eficaces y de las más recomendadas desde cualquier perspectiva, dado que trabaja a la vez áreas como la emocional, la comportamental y, por ende, todas las áreas cognitivas. Puede utilizarse la música de forma activa o pasiva. Otras aplicaciones son el refuerzo afectivo y la mejoría del estado físico.
- **Apoyo y psicoterapia.** De corriente cognitivo-conductual, este proceso de DCL tiene la capacidad de empoderar al paciente en procesos como la toma de decisiones, la planificación del futuro, la mejoría en la autoestima y el autoconcepto, el manejo emocional y el afrontamiento del deterioro.

Tabla 1
Modelo de historia de vida

Familia	Lugares	Valores	Recuerdos
Padres, pareja, hijos amigos	Sitios especiales, lugares donde ha vivido, etc.	Creencias, valor espiritual, ideología política, etc.	Infancia, adultez, positivos-negativos, fallecimientos
Aficiones	Música	Personalidad	Hábitos
Lectura, deportes, TV, otras	Música preferida, 3 canciones favoritas, grupos favoritos, etc.	Abierta, obsesiva, meticulosidad, introversión o extroversión	Ropa, comida, sueño, rutinas, otras

- *Intervenciones sensoriales.* Utilización de estímulos dirigidos a los 5 sentidos (oído, vista, gusto, olfato y tacto), con la finalidad de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta. Dentro de este tipo de intervenciones se incluirían la aromaterapia, salas Snoezelen, luz brillante, estimulación táctil, etc.
- *Ejercicio físico.* Ejercicio regular; el ejercicio ayuda a potenciar la movilidad, trabajar la respiración y mejorar significativamente los patrones cardiovasculares, evitando problemas de este tipo que pudieran hacer avanzar el deterioro.
- *Arteterapia.* Elaboración guiada de obras con valor artístico (pintura, teatro, etc.) adaptada a las posibilidades del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.
- *Orientación a la realidad.* Conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal). Proporciona a

la persona una mayor comprensión de lo que la rodea y produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima.

- *Nuevas tecnologías.* Desarrollo y trabajo con programas de estimulación a través de ordenador, tabletas o videojuegos. Programas como Grador, Smart Brain o Imentia sirven para poder monitorizar los avances y diseñar actuaciones a medida para pacientes con deterioro cognitivo.

Con todo lo expuesto, se establecería un programa de estimulación, bien individual o bien grupal, para poder trabajar desde el deterioro del individuo y mejorar, de esta manera, el rendimiento cognitivo y la calidad de vida de las personas afectadas por el deterioro cognitivo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.