

Estimulación cognitiva en adultos mayores con DCL

Anexos

Figura 1. Tamaño y distribución de la población mundial mayor de 60 años. Fuente: Naciones Unidas, 2007.

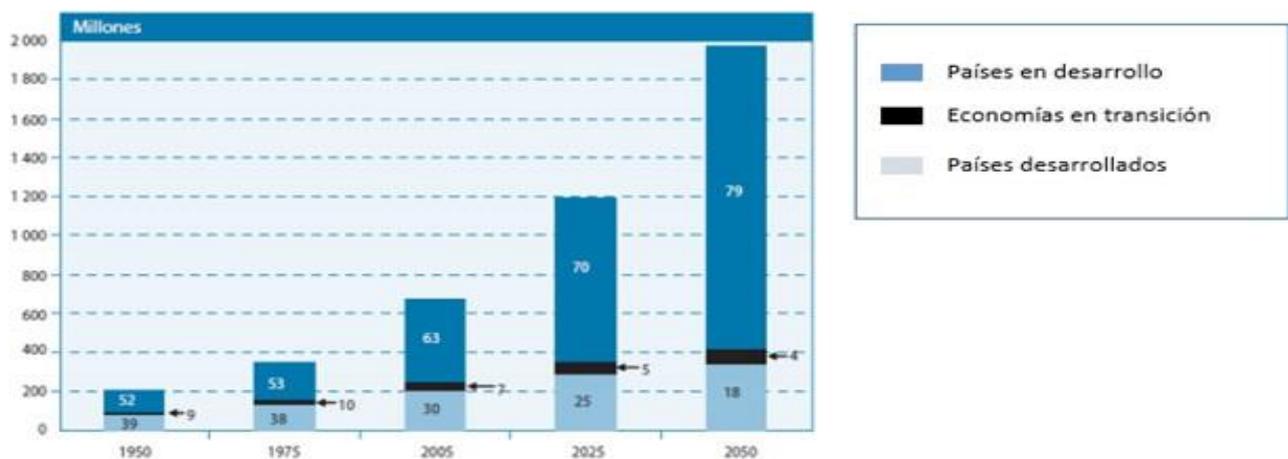


Figura 2. Evolución de la población mayor de 65 en España. Fuente: INE, 2015.

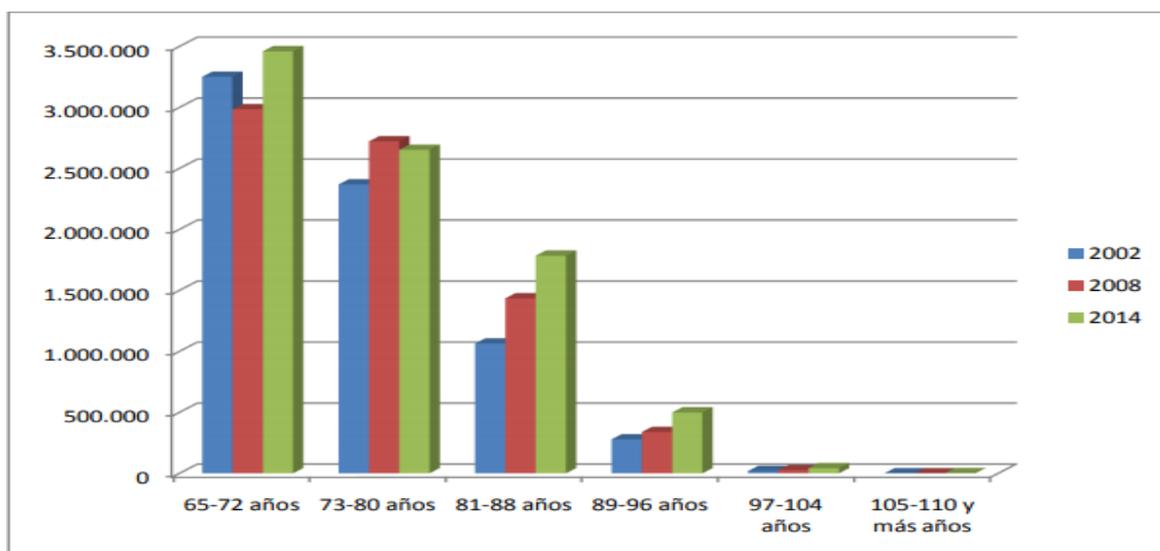


Tabla 1. Características generales asociadas al deterioro cognitivo leve. Fuente: García, 2015.

CARACTERÍSTICAS	
Inicio	Insidioso
Duración	Crónico
Curso a lo largo del día	Estable
Nivel de conciencia	Normal
Desorientación	Leve
Alteraciones de la percepción	Ausentes
Afecto	Normal
Psicomotricidad	Normal
Atención	Poco alterada

Tabla 2. Descriptores y puntuaciones de corte del test BDI.

	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Test BDI	0-13	14-19	20-28	>29

Tabla 3. Puntos de corte de la escala Hamilton.

	No depresión	Subclínica	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Figura 3. Metodología seguida para la revisión bibliográfica.

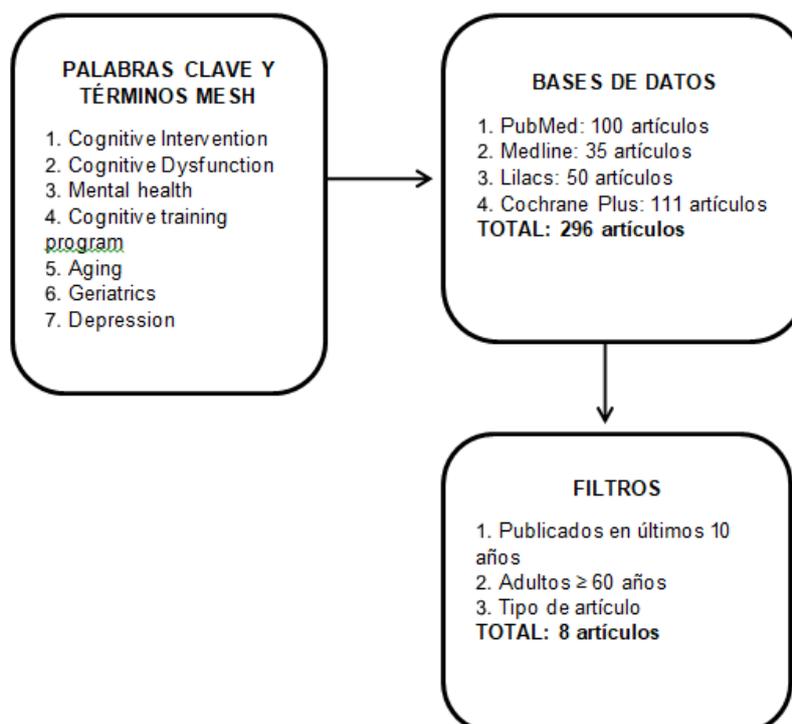


Tabla 3. Resultados de la calidad metodológica de los estudios según la escala PEDro.

Estudios Autores/Año	Criterios											Puntuación PEDro
Velilla, et al., 2010												
Leandro, et al., 2012												
González, et al., 2010												
Llanero, et al., 2010												
Rodríguez, et al., 2017												
Demey, et al., 2010												
Rojas, et al., 2013												
Cadavid, Villada y Klimenko, 2011												

Criterios: 1. Criterios de elección, 2. Aleatorización, 3. Asignación oculta, 4. Grupos similares al inicio, 5. Sujetos cegados, 6. Terapeutas cegados, 7. Evaluadores cegados, 8. Seguimiento adecuado, 9. Intención de tratar, 10. Comparación estadística, 11. Estimación puntual y variabilidad.
 Si=1; No=0

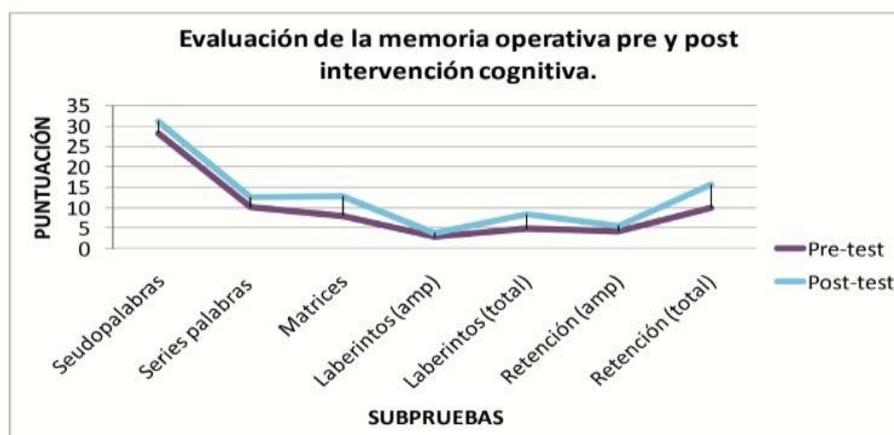


Figura 4. Cambios en la memoria operativa de 7 mujeres con DCL, luego de un programa de estimulación cognitiva. Fuente: Velilla et al. (2011).

Tabla 5. Datos demográficos obtenidos del estudio de Llanero et al., 2010.

Sexo	%	Estudios	%	Estado civil	%	Convivencia	%
Varones	39,1	< 5 años	50	Soltero	5,3	Solo	36,8
Mujeres	60,9	Entre 5 y 12	47,2	Casado	42,1	En pareja	36,8
		> 12 años	2,8	Viudo	44,7	Otros	15,8
				Separado	8	Otros	10,6

Tabla 4. Características de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Autor (año)	Descripción	Objetivo	Metodología	Resultados
Cadavid, Villada y Klimenko, 2011	9 adultos mayores institucionalizados con diagnóstico de DCL	Analizar la eficacia del programa de estimulación sobre las funciones cognitivas de memoria y atención en ancianos institucionalizados	Estudio cuantitativo con un diseño pre-experimental con pretest y postest. Consistió en aplicar un programa de estimulación cognitiva durante 6 meses. Se utilizó el MEC para realizar la evaluación de medida.	Con la implementación del programa de estimulación cognitiva se observó una mejora significativa en la puntuación del test de evaluación MEC.
Velilla, et al., 2010	7 mujeres >65 años con DCL amnésico.	Observar los cambios producidos en la memoria cognitiva tras la aplicación de un programa de estimulación cognitiva.	Se realizó una evaluación neuropsicológica y de memoria operativa pre y postratamiento. Tratamiento: 24 sesiones de estimulación cognitiva de 1h, 3 veces por semana. Se utilizó la batería de Pickering, Baqués y Gathercole para la memoria operativa	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$ y clínicamente importantes ($TE > 0.75$), en componentes de la memoria operativa, especialmente de la agenda visoespacial y del ejecutivo central.
Leandro, et al., 2012	43 pacientes con diagnóstico de DCL en la clínica de memoria del hospital nacional de geriatría y gerontología en Costa Rica.	Comparar la evolución cognitiva y funcional en los pacientes con DCL.	Estudio analítico, longitudinal, observacional y de doble cohorte. Se analizaron las variables de prevalencia, cognición general, edad, escolaridad, cognición por dominios, alteraciones neuroconductuales, estado funcional y conversión clínica a demencia. Se comparó con grupo de control.	La tasa de prevalencia para el DCL fue de 11,14. El promedio de edad general fue de 76,9 años; 26 casos de sexo femenino y 17 masculino. Un 36,4% de estos participantes padecían enfermedades vasculares y un 30,7% metabólicas. En cuanto a la estimulación cognitiva, los participantes del grupo tratamiento mantuvieron la puntuación global en la CDR frente al grupo control que evidenció un deterioro, lo mismo ocurrió en la GDS. Ninguno de los participantes sometido a estimulación progresó clínicamente a demencia. Por lo tanto, la terapia de estimulación cognitiva retarda la progresión del deterioro cognitivo leve.

<p>González et al., 2012</p>	<p>47 pacientes con DCL fueron tratados con estrategias de intervención por medio de tecnologías</p>	<p>Evaluar las ventajas de aplicar estrategias de intervención tecnológicas frente a las tradicionales.</p>	<p>Se trabajó con 2 grupos: tratamiento (22 pacientes) y control (25 pacientes). El grupo 1 recibió entrenamiento cognitivo de 5 sesiones diarias de 100 minutos, durante 6 semanas. En el grupo control se dividieron los participantes en 3 tipos de intervenciones: lectura de libros electrónicos, escuchar música y juegos visoespaciales en ordenador.</p>	<p>Se describen mejorías de aprendizaje verbal, atención y memoria en el grupo en tratamiento. Para el lenguaje y la función visoespacial las mejorías fueron significativas en el grupo control frente al experimental. Los autores sugieren la hipótesis de que las actividades que fueron llevadas a cabo por este último grupo, pueden deberse a efectos en dominios cognitivos específicos.</p>
<p>Llanero et al., 2010</p>	<p>38 pacientes afectados por DCL, seleccionados según los criterios de Petersen, con una media de edad de 75,5 años (DE: 4.8; rango 65-87), de los cuales el 61% eran mujeres.</p>	<p>Realizar una valoración de las diferencias tras la realización del programa.</p>	<p>Los pacientes fueron sometidos a estimulación cognitiva; 3 sesiones de 1,5h semanales, durante 8 semanas, en grupos de 10-12. Se realizó valoración pre y postratamiento, seguimiento durante 2 meses con actividad domiciliar evaluada. Las pruebas utilizadas fueron: MMSE de Folstein; Test de los 7 minutos; Subtest de lista de palabras de la Wechsler Memory Scale III; GDS y Escala de valoración funcional: IADL y FAQ.</p>	<p>Estadísticamente se observa una mejora significativa en la puntuación del MMSE (con un tamaño de efecto de 0,45) y percentil del 7M (con un tamaño efecto de 0,53), así como también en varios de los subtest como son la memoria libre, la fluidez verbal y el test del reloj, además de un aumento significativo en el recuerdo demorado de la lista de palabras de la WMS-III. En conclusión: la estimulación cognitiva puede mejorar el rendimiento cognitivo de los pacientes con DCL</p>

<p>Rodríguez et al., 2017</p>	<p>188 pacientes entre los 60 y 90 años, afectados por DC. Se les somete a terapias diferentes que tienen en común ser protagonistas de las nuevas tecnologías.</p>	<p>Describir las diferentes opciones de intervención basadas en nuevas tecnologías aplicadas a personas mayores con deterioro cognitivo</p>	<p>Se toman datos pre y post intervención para observar el progreso. Grupo control: realización de actividades informáticas durante 90 min/día, 5 días a la semana por 6 semanas; Grupo experimental: programa de entrenamiento cognitivo por ordenador desarrollado por Posit Science Corporation.</p>	<p>Los resultados evidencian beneficios significativos en los programas de rehabilitación cognitiva en los que se usan las nuevas tecnologías en comparación con los programas de intervención cognitiva tradicional.</p>
<p>Demey et al., 2010</p>	<p>16 pacientes afectados por DCL son sometidos a programas de entrenamiento, estimulación y rehabilitación cognitiva para probar su eficacia</p>	<p>Estudiar la utilidad de las estrategias de entrenamiento, rehabilitación y estimulación cognitiva en pacientes con DCL.</p>	<p>Se analizaron+ dos grupos de pacientes, 8 de ellos formaron un grupo control sin intervención y los 8 restantes con intervención. Se analizaron los cambios en la memoria episódica, memoria subjetiva y en una escala de bienestar pre y post intervención en ambos grupos.</p>	<p>Se observan diferencias significativas a favor de la intervención en el desempeño en el recuerdo de una lista de palabras, en tareas de asociación nombre-cara, también en medidas de memoria subjetiva y en la sensación de bienestar en ambos grupos.</p>
<p>Rojas et al., 2013</p>	<p>46 pacientes seleccionados aleatoriamente con deterioro cognitivo en los que se estudió la eficacia del programa de intervención cognitiva.</p>	<p>Analizar la eficacia de un CIP de 6 meses en pacientes con MCI y para evaluar el estado de los pacientes en un año de seguimiento.</p>	<p>Se hicieron dos grupos, grupo control de 22 paciente, sin tratamiento y grupo capacitado de 24 pacientes sometidos a CIP durante 6 meses. La intervención se basó en enseñanzas de estrategias cognitivas, entrenamiento cognitivo y uso de ayudas externas, en sesiones de dos horas, dos veces por semana durante seis meses.</p>	<p>Los resultados evidencian que el efecto de la intervención fue significativo ($p < 0.05$) en el minimal examen. Además, cuatro de los pacientes progresaron a demencia después de un año de seguimiento.</p>

7. ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel (Miranda, 2013)

Comida	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender mantequilla... pero puede comer sólo.
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
Lavado (baño)	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
5	Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
5	Accidente ocasional. Menos de 1 vez/sem. o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0	Incontinente. Más de un episodio semanal.
Micción	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24h o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24h.
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
Transferencia (traslado cama/sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o alzamiento por 2 personas. Incapaz de permanecer sentado.
Deambulación	
15	Independiente. Puede andar 50 m o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.

0	Dependiente.
Subir y bajar escaleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

Anexo 2. Cuestionario de Pfeiffer (Miranda, 2013).

Ítems	Errores
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono.	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 3. Mini Examen Cognitivo, MEC (Fontán, 2004)

ORIENTACIÓN

Dígame:

Año..... Estación..... Mes..... Día semana..... Día del mes.....
(max5)

Dígame:

País donde estamos..... Provincia.... Ciudad..... Lugar actual..... Piso.....
(max5)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo- Manzana
(max3)

Recuerda las tres palabras que le he dicho antes
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO
(max 3)

Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (max 5)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

MEMORIA

Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto?, hacer lo mismo con el reloj (max 2)

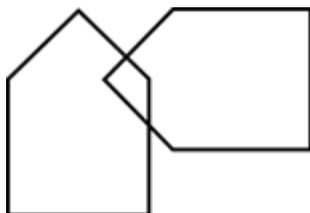
Repita esta frase: En un trigal había 5 perros
(max 1)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (max 3)

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
(max 1)

Escriba una frase
(max 1)

Copie este dibujo
(max 1)



Puntuación total (max. 30)