



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS BREVE

Beneficios de la rehabilitación cognitiva en personas con Alzheimer en fase inicial con deterioro cognitivo leve desde un modelo asistencial centrado en la persona



Sonia Fernández Corellano

Psicóloga General Sanitaria y Directora de la residencia Rey Ardid de Huesca

Equipo técnico de la Fundación Rey Ardid del área de Mayores, especialmente el de la residencia Rey Ardid Huesca (enfermeras, terapeuta ocupacional, trabajadoras sociales y fisioterapeuta)

Alicia Losada Lobato

Técnico de Investigación en Gestión del Conocimiento

Fundación Rey Ardid es un conjunto de organizaciones que desarrolla actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables, generando servicios y entornos facilitadores de una mayor autonomía personal, mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles y situando a la persona en el centro de todas sus actuaciones

Fecha de redacción: 2023

ÍNDICE

EL ALZHEIMER 3

Demencia, Alzheimer, y sus características

REHABILITACIÓN COGNITIVA 6

Rehabilitación cognitiva y tratamiento no farmacológico

ACP 7

Aproximación al modelo de atención empleado en el estudio

PROGRAMA DE RC 8

Propuesta de tratamiento en deterioro cognitivo leve

ESTUDIO PILOTO 10

Puesta en marcha y resultados del programa piloto

CONCLUSIONES 12

Conclusiones del estudio y líneas de investigaciones futuras

BIBLIOGRAFÍA 15

EL ALZHEIMER

Desde Fundación Rey Ardid, hemos establecido una línea transversal de Investigación y Gestión del Conocimiento que consiste en la realización y evaluación de **tratamientos no farmacológicos** para intervenir en personas con **demencia**.

La **demencia tipo Alzheimer** es la más común de todas (60-70%), y se define como un síndrome crónico o progresivo caracterizado por el deterioro cognitivo, el cual va más allá del envejecimiento normal (WHO, 2021). Dentro de este deterioro se pueden diferenciar afectaciones principalmente en los dominios de **atención, memoria, funciones ejecutivas, praxias y lenguaje** (APA, 2013).

También se pueden diferenciar **diversas fases** según el grado de afectación: Leve, moderada y grave (Alzheimer's Association, 2022).



EL ALZHEIMER

El **deterioro cognitivo leve** se corresponde a la fase más temprana del Alzheimer y/o demencia, caracterizado por síntomas como ligeros olvidos, problemas de concentración o problemas para localizar objetos, aunque la persona es independiente para la realización de actividades diarias y sociales.

En la **etapa moderada**, la persona presenta ciertas dificultades para realizar tareas diarias, con afectación en la expresión de pensamientos, problemas de memoria y cambios de humor.

Durante la **fase grave**, el empeoramiento es significativo, con poca respuesta al entorno, además de un gran deterioro cognitivo y físico.



EL ALZHEIMER

La OMS reconoce la demencia como un **problema de salud global** debido a su gran incidencia. Actualmente, se estima que afecta a 50 millones de personas en todo el mundo, y se prevé que esta cifra se triplique en 2050 (WHO, 2021). Esto se debe a un aumento en la longevidad de la población, lo que provoca asimismo un aumento de enfermedades degenerativas (Rodríguez y Gajardo, 2012). Sin embargo, esto no está acompañado de una mayor cantidad de recursos para luchar contra este tipo de patologías, pues no existe todavía ninguna cura efectiva para las demencias y/o Alzheimer.

La investigación actual cuenta con dos líneas de tratamiento diferenciadas pero no mutuamente excluyentes (Johansson, 2004; Rodríguez y Gajardo, 2012). Por un lado, está el **tratamiento farmacológico (TF)**, el cual está principalmente centrado en buscar una cura para los síntomas y para la patología de demencia a través de químicos. Por otro, el **tratamiento no farmacológico (TNF)**, el cual utiliza agentes primarios no químicos para actuar sobre la **neuroplasticidad** (regeneración y creación de nuevas conexiones cerebrales) de las personas afectadas y **mejorar su calidad de vida**.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

La **rehabilitación cognitiva** se encuadra dentro del TNF, usualmente como complemento al TF. El fin de este tipo de tratamientos es trabajar las capacidades de la persona con Alzheimer y/o demencia para que potencie su neuroplasticidad, mejore el funcionamiento cognitivo y funcional, y aumente su autonomía, identidad y calidad de vida.

La rehabilitación cognitiva se lleva a cabo a través de una serie de **ejercicios y actividades** para que las personas con Alzheimer y/o demencia puedan trabajar las áreas cognitivas, tales como memoria o atención.



ACP

El modelo de **atención centrada en la persona (ACP)** conlleva un cambio a diversos niveles con respecto al modelo tradicional de servicios, incluyendo el papel que juegan las familias, el que toma el equipo de trabajo e incluso la organización del propio centro. Sin embargo, el más importante está relacionado con las **personas usuarias**: Pasan a ser el **eje central** de las actuaciones profesionales.

En el modelo ACP, los usuarios, independientemente de sus capacidades, son considerados como personas únicas y valiosas. Es por ello que las intervenciones se planifican y realizan teniendo en cuenta sus gustos, necesidades, intereses y opiniones, utilizando las **historias de vida**, y llevándolas a cabo en las **unidades de convivencia**.

De este modo, las actividades de rehabilitación cognitiva realizadas desde el modelo ACP no están sólo dirigidas a la **mejora de las funciones mentales superiores**, sino también a la **mejora de la calidad de vida** y al **empoderamiento** de la persona.

PROGRAMA DE RC

El **programa de rehabilitación cognitiva** propuesto se lleva a cabo en sesiones de trabajo grupales de **60-75 minutos de lunes a viernes**, con una sesión previa de **orientación a la realidad** (espacial, temporal y personal; por ejemplo, utilizando un periódico) (Fernández Corellano, 2022).

Lunes: Memoria y Lenguaje. Se realizan ejercicios como entrenamiento en lenguaje automático, actividades de lecto-escritura, memoria con estímulos audiovisuales, memoria fotográfica, historia de vida, etcétera.

Martes: Atención-concentración y Cálculo. Se realizan ejercicios como búsqueda de diferencias, identificación de números, cálculo aritmético, ordenación de números, manejo de dinero, etcétera.



PROGRAMA DE RC

Miércoles: Funciones Ejecutivas y Razonamiento. Se realizan actividades como resolución de problemas cotidianos, seriación, laberintos, adivinanzas, etcétera.

Jueves: Praxias y Gnosias. Se realizan ejercicios como dibujo libre, identificación de colores, formas y posiciones de objetos, reconocimiento facial, mímica y gestos, puzles, copia de modelos sencillos, etcétera.

Viernes: Brain Training (sopas de letras, crucigramas, sudokus) y **Reminiscencia** (con recuerdos de canciones, películas, recetas, momentos históricos, mobiliario, etcétera).



ESTUDIO PILOTO

Para conocer la efectividad de este programa, se llevó a cabo un **estudio piloto** con un grupo de residentes de la Residencia Rey Ardid de Huesca (n = 15), todos ellos en la fase de **deterioro cognitivo leve**/fase inicial de Alzheimer. El programa se realizó de manera intensiva en un periodo de **cuatro semanas**. En este estudio se ha utilizado, además, un **modelo ACP**, teniendo en cuenta por tanto sus gustos, intereses, aficiones y su historia de vida.

Para medir la **eficacia**, se utilizaron los siguientes **instrumentos**:

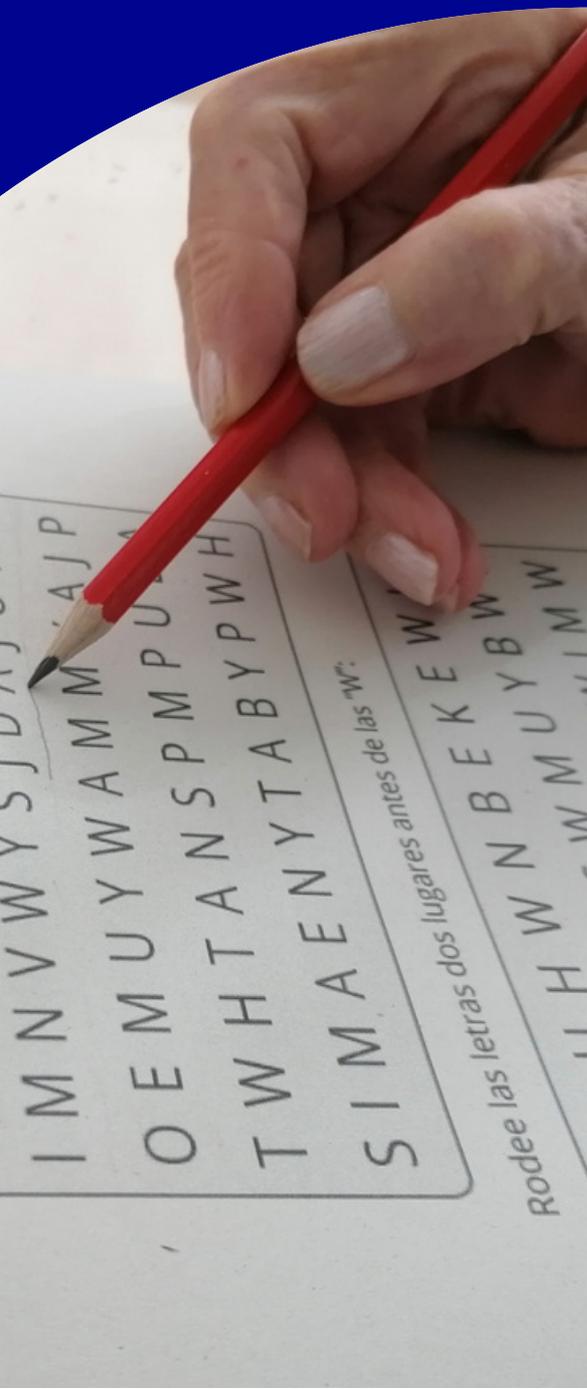
- **Trail Making Test (TMT)** (Reitan, 1958; Reitan y Wolfson, 1985), utilizando la forma A para las medidas de atención y la forma B para las funciones ejecutivas.
- **Prueba de Dígitos Inversos** (prueba de la batería WAIS-III; Weschler, 1999), para la medición de la memoria inmediata y la memoria de trabajo.
- **Ítems de bienestar emocional de la Escala GENCAT** (Verdugo et al., 2008), para medir la calidad de vida.



ESTUDIO PILOTO

Se utilizó una **comparación pre-post**, con los siguientes **resultados**:

- Para el **TMT**, los resultados medios **descendieron** en el postratamiento tanto en su forma A (atención) como en su forma B (funciones ejecutivas). Estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.
- Para la **Prueba de Dígitos Inversos**, los resultados medios **aumentaron** en el postratamiento (memoria inmediata y memoria de trabajo), y esta diferencia fue estadísticamente significativa.
- Para la **prueba GENCAT** (calidad de vida), también se observó un **ligero aumento** en el postratamiento.



CONCLUSIONES

Como se puede observar en este estudio piloto, incluso una versión intensiva y acortada en el tiempo puede dar resultados, demostrando los **beneficios de la rehabilitación cognitiva**. Esto pone de manifiesto la neuroplasticidad en la fase del deterioro cognitivo leve y, por tanto, la importancia del uso de este tipo de tratamientos.

Además, como **ventajas añadidas**, la rehabilitación cognitiva raramente tiene efectos adversos en las personas que participan en estas actividades, supone un bajo coste, es compatible con las terapias farmacológicas en caso de que las hubiera o de que se necesitaran, y puede realizarse desde un ámbito multidisciplinar.



CONCLUSIONES

En lo referente al programa propuesto, lo ideal sería que se llevase a cabo en un **periodo de tiempo más extendido** para observar los beneficios potenciados y a largo plazo (por ejemplo, se propone la posibilidad de realizarlo en un periodo de tres meses). Asimismo, sería interesante que futuros programas de rehabilitación cognitiva **añadieran un componente emocional** que tuviera en cuenta posibles trastornos, como la depresión o la ansiedad, y que pudieran afectar a la realización de las actividades y sus resultados.

Por otro lado, sería necesario que futuros estudios utilizaran un **tamaño de muestra mayor** que les permita controlar variables externas que pudiesen afectar a los resultados, pues el grupo piloto seguía siendo muy heterogéneo a pesar de cumplir con el mismo diagnóstico.



CONCLUSIONES

En cuanto a la **calidad de vida**, sería pertinente encontrar una manera de potenciarla a través de este tipo de programas. Esto se debe a que se ha observado un fenómeno general por el cual la calidad de vida disminuye a medida que las personas pasan tiempo en las residencias.

En el caso de los participantes de este estudio piloto en particular, se reportó que presentaban una mayor apatía durante las actividades de los miércoles (Funciones Ejecutivas y Razonamiento), quizá por la dificultad de las mismas, por la fatiga mental o por una mezcla de ambas. Podrían buscarse actividades alternativas que ayudasen al estado emocional.

Además, también se ha propuesto la teoría de que los participantes podrían ser más conscientes a través de la realización de estos ejercicios de su progresivo deterioro, por lo que es importante realizar actividades personalizadas en función de sus capacidades e intereses.



BIBLIOGRAFÍA

Alzheimer's Association. (2022). Alzheimer's Disease: Facts and Figures. Special report. <https://alz.org/alzheimer-demencia/etapas>

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.) Editorial Médica Panamericana.

Fernández Corellano, S. (2022). Beneficios de la rehabilitación cognitiva en personas con Alzheimer en fase inicial con deterioro cognitivo leve desde un modelo asistencial centrado en la persona [Trabajo Final de Máster] Universidad Internacional de La Rioja.

Johansson, B. B. (2004). Brain plasticity in health and disease. *The Keio Journal of Medicine*, 53(4), 231-246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15647628/>

Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail making Test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skill*, 8, 271-276.

Reitan R. M. y Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Press. Test Battery: Therapy and clinical interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.

Rodríguez, J. y Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de las terapias ocupacionales en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25307>

Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L. E. y Schalock, R. L. (2009). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña.

Wechsler, D. (1999). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS-III) (3ª Ed.)*. Madrid: TEA.

World Health Organization. (2020, septiembre 21). Demencia. <https://who.int./news-room/fact-sheets/detail/dementia>