

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Revisión exhaustiva sobre la estimulación cognitiva en ancianos con demencia tipo Alzheimer.

AUTOR: AMORÓS FERNÁNDEZ, MARÍA BELÉN.

Nº expediente: 298.

TUTOR: SITGES MACIÁ, ESTHER.

COTUTOR.

Departamento Psicología de la salud. Área de psicología básica (psicología básica).

Curso académico: 2016 – 2017.

Convocatoria de Septiembre.

A la atención de la Vicedecana de Grado en Terapia Ocupacional.

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....	7
4. OBJETIVOS.....	7
5. METODOLOGÍA.....	7
6. RESULTADOS.....	9
6.1.ARTÍCULO 1.....	9
6.2.ARTÍCULO 2.....	11
6.3.ARTÍCULO 3.....	12
6.4.ARTÍCULO 4.....	13
6.5.ARTÍCULO 5.....	14
6.6.ARTÍCULO 6.....	15
6.7.ARTÍCULO 7.....	16
6.8.ARTÍCULO 8.....	17
6.9.ARTÍCULO 9.....	20
6.10.ARTÍCULO 10.....	21
7. DISCUSIÓN.....	22
8. CONCLUSIONES.....	23
9. BIBLIOGRAFÍA.....	24
10. ANEXOS.....	27

1. RESUMEN.

Este trabajo es una revisión acerca de la investigación sobre la estimulación cognitiva en Enfermedad de Alzheimer. Más específicamente se trata de revisar los programas de estimulación cognitiva en pacientes que sufren demencia, en su mayoría, la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia progresiva, acaparando entre un 60-80% de los casos, los cuales van incrementando con el paso de los años debido a una serie de factores como son: el progresivo envejecimiento de la población, mejora de las condiciones socioeconómicas, avances médicos y mayor supervivencia de la enfermedad.

La estimulación cognitiva es el conjunto de estrategias y técnicas que pretenden desarrollar y mejorar el funcionamiento de las capacidades cognitivas (percibir, pensar, aprender, recordar, razonar, hablar, etc) a través de la realización de ejercicios, prácticas y actividades concretas.

La estimulación cognitiva ha resultado ser efectiva en pacientes de todo tipo de edades, por ello, la finalidad de este trabajo es analizar los beneficios de los programas de estimulación cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer, para corroborar su eficacia en la enfermedad.

Palabras clave: estimulación cognitiva, Enfermedad de Alzheimer, capacidades cognitivas, demencia.

ABSTRACT.

This work is a review about research on cognitive stimulation in Alzheimer's disease. More specifically, it is a question of reviewing cognitive stimulation programs in patients suffering from dementia, mostly, Alzheimer's disease.

Alzheimer's disease is the most common form of progressive dementia, reaching between 60-80% of the cases, which are increasing over the years due to a number of factors such as: the progressive aging of the population, improvement of the socio-economic conditions, medical advances and survival of the disease.

Cognitive stimulation is the set of strategies and techniques that aim to develop and improve the performance of cognitive abilities (perceive, thinking, learning, remembering, reasoning, talking, etc) through the realization of exercises, practices and specific activities.

Cognitive stimulation has proved to be effective in patients of all ages, so the purpose of this paper is to analyze the benefits of cognitive stimulation programs in Alzheimer's disease, to corroborate its efficacy in the disease.

Key words: cognitive stimulation, dementia, Alzheimer's disease, cognitive abilities.

2. INTRODUCCIÓN:

Este trabajo es una revisión acerca de la investigación sobre la estimulación cognitiva en Enfermedad de Alzheimer. Más específicamente se trata de revisar los programas de estimulación cognitiva en pacientes que sufren demencia, en su mayoría, la enfermedad de Alzheimer.

JUSTIFICACIÓN.

En años recientes, se ha observado un cambio en la pirámide poblacional siendo mayor el número de adultos mayores, por lo que las organizaciones gubernamentales y privadas se han interesado en mejorar el bienestar y mejora de la calidad de vida de las personas en edad avanzada.

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas sufren cambios. Y, en algunos casos, estos cambios pueden interpretarse con la presencia de déficits cognitivos o pérdida de memoria, que interfieren en las actividades de la vida diaria (Puig, 2001).

Las personas mayores corren un riesgo elevado de sufrir alguna enfermedad que repercuta en su estado cognitivo y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes. De ahí la importancia de utilizar la estimulación cognitiva como método para la mejora de calidad de vida en personas sobre funciones cognitivas como la atención, memoria, comprensión, orientación temporal y espacial, entre otras.

La estimulación cognitiva consiste, según (López, López y Ariño (2002)) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que tienen alguna discapacidad, debido a una enfermedad o lesión, trabajan con profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejora a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar las habilidades instauradas (tanto mentales como sociales), y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva.

La definición de estimulación cognitiva, indica que ésta no se centra solo en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores como son la afectividad, la parte conductual, social, familiar y biológico, buscando intervenir a la persona de manera integral.

Cualquier tipo de estimulación cognitiva busca alcanzar los siguientes objetivos:

- ✓ Mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.
- ✓ Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
- ✓ Mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos (Puig, 2000).⁽¹⁾

Actualmente existe un interés en conocer las alteraciones cognitivas asociadas a la edad, que se encuentran entre el envejecimiento fisiológico normal y envejecimiento patológico, en nuestro caso, la Enfermedad de Alzheimer.

Nelson y O'Connor concluyeron mediante sus estudios histopatológicos realizados en pacientes tras su muerte que una gran mayoría de éstos con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) evolucionaban a un proceso de demencia, pero un porcentaje pequeño no lo hacía.

Estos últimos resultados cuestionarían la afirmación de que el DCL pueda considerarse una etapa inicial de la Enfermedad de Alzheimer (EA).

La enfermedad de Alzheimer (EA) según la OMS es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 80% de los casos (*figura 1*). Las estimaciones de incidencia en demencia suelen ser desde 5 a 10 casos por 1000 personas-año en el grupo de 64 a 69 años, hasta 40 a 60 casos por 1000 personas-año en el grupo de 80-84 años.

Los estudios de prevalencia son mucho más numerosos en todo el mundo y revelan una tendencia similar al incremento según avanza la edad. En términos generales, la prevalencia de demencia se sitúa por debajo del 2% en el grupo de ancianos de edades comprendidas entre 65 y 69 años; este valor se duplica cada 5 años y alcanza un 10-17% en el grupo de 80 a 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años⁽²⁾.

En España, las tasas de prevalencia para mayores de 65 años se sitúan entre el 5.2 y el 16.3%⁽³⁾. Llegando al 22% en varones mayores de 85 años y al 30% en mujeres del mismo grupo de edad⁽⁴⁾.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) consiste en una degeneración irreversible e incurable del cerebro que produce pérdida de la memoria, desorientación, y en algunos casos, alteraciones de la personalidad. En términos generales, la EA afecta, de forma progresiva e insidiosa, a la capacidad de las personas para aprender y recordar sucesos, al lenguaje y a la función ejecutiva (Cummings y Cole, 2002).

La duración de la EA es muy variable y su patogenia muy compleja. Para hacer el diagnóstico de demencia el DSM-IV exige⁽⁵⁾:

- Pérdida de dos o más funciones cognitivas, una de las cuales debe ser la memoria; la otra puede ser el lenguaje, la capacidad ejecutiva, praxias, u otras.
- La cuantía de esta pérdida es tal que interfiere en las actividades habituales del paciente.
- La causa demostrada o presunta debe ser una afección orgánica cerebral.
- Debe excluirse el compromiso de conciencia.

Para formular el diagnóstico de EA los requisitos son:

- Que exista una demencia.
- Comienzo gradual y curso lentamente progresivo.
- Descartar que la demencia se deba a otras afecciones del SN (por ejemplo enfermedad cerebrovascular, Parkinson, hematoma subdural, hipotiroidismo, carencia de B12, etc), un compromiso de conciencia o una psicosis (esquizofrenia, depresión) (estos criterios no diferencian entre la enfermedad de Alzheimer y las demencias fronto-temporales. Para diferenciarlas debe agregarse la evaluación de la capacidad ejecutiva).

La aplicación de estos criterios implica una anamnesis cuidadosa, una evaluación médica general y neurobiológica con pruebas neuropsicológicas de complejidad variable.

En ocasiones se describe la demencia en “fases” refiriéndose a la progresión de la demencia de un individuo. A veces, la fase tiene una descripción simple como “la etapa temprana”, “la etapa media” o la “etapa avanzada”. Se usan estas fases para describir los síntomas de la persona.

Una de las escalas de más uso general para definir el estacionamiento de la demencia es la escala global de deterioro de Reisberg (GDS), instrumento que sirve para valorar el deterioro producido por una demencia degenerativa primaria (Reisberg, Ferris, de León y Crook, 1982), indicando el estado de declive del paciente. La escala permite situar al paciente en uno de los siete estadios de deterioro, desde GDS-1 (sin deterioro), hasta GDS-7 (deterioro cognitivo muy grave) (*Tabla.1: Escala Global de deterioro de Reisberg*), utilizando para ello una la impresión global del personal, a partir de la sintomatología que presenta el paciente en su vida diaria, aportada por sus familiares y valorando lo observado durante la entrevista clínica⁽⁶⁾.

En nuestro país, normalmente, el protocolo a seguir tras el diagnóstico y valoración de la persona se continúa con un tratamiento adecuado a sus necesidades, Y, si bien es cierto que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad incurable, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que ayudan a ralentizar la enfermedad. Es por ello que, en el presente trabajo nos vamos a centrar en realizar una revisión exhaustiva de programas de estimulación cognitiva de la EA, sus beneficios, autores más relevantes en el ámbito de la investigación, para corroborar su eficacia en la enfermedad.

3. HIPÓTESIS DEL TRABAJO.

La hipótesis de este trabajo trata de sintetizar los beneficios de los programas de estimulación cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer.

4. OBJETIVOS:

El objetivo planteado en esta revisión bibliográfica es:

- Determinar los beneficios que aporta realizar programas de estimulación cognitiva para personas con Enfermedad de Alzheimer.

5. METODOLOGÍA.

El método de investigación ha sido una búsqueda cualitativa en las siguientes bases de datos: SciELO, Dialnet y UCL (University College London).

Se han utilizado palabras clave en inglés: cognitive stimulation, program, elderly, dementia y alzheimer.

Y en castellano: estimulación cognitiva, programas, adulto mayor, demencia y alzheimer.

Las palabras clave han sido utilizadas de manera aleatoria en las distintas bases de datos para obtener diferentes resultados sobre el tema de estudio. Muchos de los artículos trataban sobre la estimulación cognitiva en el adulto mayor sano, otros tipos de intervención, otro tipo de patologías o grupos de edad diferentes a la que se requiere.

Los **criterios de inclusión** planteados han sido:

- La relación de un artículo con la hipótesis planteada.
- Los sujetos de estudios sean adultos mayores con enfermedad de alzheimer.
- Los artículos hayan sido publicados en un período de tiempo comprendido entre el año 2000 - 2017.

Los **criterios de exclusión** utilizados han sido:

- La repetición de artículos en diferentes bases de datos.
- Que el contenido de un artículo no esté específicamente relacionado con los programas de estimulación cognitiva o adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.
- El año de publicación no esté comprendido entre el año 2000 - 2017.

Según las diferentes ecuaciones de búsqueda se han elegido los artículos de las diferentes bases de datos, de acuerdo a los criterios anteriormente mencionados:

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
SciELO	36 artículos	4 artículos
DIALNET	26 artículos	3 artículos (1 repetido con SciELO)
UCL HOME	27 artículos	3 artículos
TOTAL	89 artículos	10 artículos

Otros recursos de búsqueda han sido: Google Académico y revistas electrónicas como Psicoespacios.

6. RESULTADOS. (*tabla2-gráfica2*)

En esta revisión se comprobarán a través de los diferentes artículos encontrados, los diferentes programas de estimulación cognitiva centrados en pacientes con enfermedad de Alzheimer, sus beneficios más destacados, autores más importantes, etc.

6.1. ARTÍCULO 1.⁽⁷⁾

TÍTULO: “Estimulación psicocognoscitiva en demencias”.

AUTOR: I. Frances, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno.

OBJETIVO: el objetivo de este artículo es realizar una revisión de las intervenciones más estudiadas en el campo de la estimulación cognitiva desde las aproximaciones más globales hasta las más específicas en la rehabilitación de la memoria; así como la descripción de un programa de estimulación propio de los autores.

6.1.1. PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN INTEGRAL (PPI)

Desarrollado por Tárraga, parte de una visión globalizadora y ecológica de la persona con demencia y se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de técnicas de modificación de la conducta.

MÉTODO:

Es un estudio observacional sobre 121 pacientes que acuden cinco días a la semana, ocho horas al día durante un año. Las áreas que se trabajan en la psicoestimulación cognitiva son: la orientación, atención-concentración, memoria, lenguaje, cálculo, praxias y gnosias; además de realizar taller de reminiscencia, taller de cinesiterapia, psicoexpresión y musicoterapia; taller de actividades de la vida diaria y taller ocupacional. La medida de evaluación utilizada a lo largo de este programa fue el Mini Mental State (MMSE).

RESULTADOS:

Los resultados muestran que los pacientes mejoraban sus puntuaciones en el MMSE a los dos meses de iniciada la intervención, manteniendo las puntuaciones hasta el sexto mes, en el cual empiezan a declinar. Al año la media de puntuación en el MMSE se mantiene por encima de la basal.

6.1.2. PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA POR ERMINI-FÜNGSCHILLING Y COL.

MÉTODO:

Es un estudio controlado sobre 38 pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve. De los 38 pacientes, 19 pertenecían al grupo control y los otros 19 acudían semanalmente a sesiones de 60 minutos durante un año. Las sesiones se realizaban en grupos de 6 o 7 pacientes. El entrenamiento cognitivo consistía en ejercicios cognitivos de orientación, cálculo, memoria, lenguaje y ejercicios de relajación.

RESULTADOS:

Al cabo de un año, el grupo de intervención mantenía estables sus puntuaciones en el MMSE. El grupo control sufría un deterioro de las mismas. También se observó una mejora en las puntuaciones de una escala de depresión (GDS).

6.1.3. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PSICOCOGNOSCITIVA.

MÉTODO:

Es un estudio subvencionado por el Departamento de salud del gobierno de Navarra, desarrollado por I. Frances, M. Barandiaran, T. Marcellán, L. Moreno. Se aplicó a un grupo de 9 pacientes con EA en estadio leve-moderado (GDS3-4), comparado con otro grupo control de 8

personas. Ambos grupos con tratamiento farmacológico con inhibidores de acetilcolinesterasa. Se aplicó durante seis meses, una de sesión dos veces por semana. La medida de evaluación utilizada fue ADAS-Cog. Las áreas evaluadas fueron orientación, memoria, lenguaje, praxis, gnosias, cálculo.

RESULTADOS:

Al cabo de seis meses se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en la función cognitiva, a favor del grupo de intervención. No se observan diferencias en las áreas evaluadas de función, conducta y estado afectivo.

6.2. ARTÍCULO 2.⁽⁸⁾

TÍTULO: “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”.

AUTOR: Domènech Pou, Sara.

OBJETIVO: evalúa la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria en personas con enfermedad de Alzheimer en fase leve (GDS 4).

MÉTODO:

Estudio controlado que se realiza a lo largo de un año (96 sesiones) con una muestra de 24 sujetos (12 experimentales y 12 controles), realizando cinco evaluaciones a lo largo del estudio. Los sujetos provienen de la Unidad de Diagnóstico de Trastornos Cognitivos y de la Conducta de la Fundació ACE, Institut Català de Neurociències Aplicades. Como medidas de evaluación se utilizaron el Mini Mental Status Examination MMSE), la Alzheimer’s Disease Assessment Scale, el test de memoria Rivermead (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991), el Syndrom kurz Test (Erzigkeit, 1992), la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson & Roth, 1968), el Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn & Linn, 1982) y el Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al, 1994).

RESULTADOS:

A lo largo del tratamiento el programa resulta efectivo en el rendimiento cognitivo global, en el mantenimiento de la memoria a los seis meses, en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria y en la mejora del estado de ánimo.

6.3. ARTÍCULO 3.⁽⁹⁾

TÍTULO: “Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad”.

AUTOR: Miranda Castillo. C, Mascayano Tapia. F, Roa Herrera. A, Maray Ghigliotto. F, Serraino Guerra. L.

OBJETIVO: evalúa la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva en una muestra de personas chilenas.

MÉTODO:

Se trata de un estudio cuasiexperimental con una duración de siete semanas en las que se realizaron 14 sesiones, dos sesiones por semana con una duración de 45 minutos por sesión. Participaron 22 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en fase leve-moderada. La muestra se dividió en 11 pacientes en el grupo de intervención (GI) y 11 en el grupo control (GC). Se establecen tres dimensiones para evaluar: cognición mediante las escalas MMSE, ADAS-Cog; calidad de vida con la escala Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD) y por último, capacidad funcional de la persona con demencia mediante el Índice de Barthel.

RESULTADOS:

Posteriormente a la intervención el GI, muestran una mejoría significativa en sus indicadores de deterioro cognitivo y calidad de vida; por el contrario el GC no evidencia cambios positivos en ninguna dimensión es más empeora el deterioro cognitivo. En cuanto al ámbito funcional ninguno de los dos grupos presentó cambios significativos.

6.4. ARTÍCULO 4.⁽¹⁰⁾

TÍTULO: “Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el hogar Santa Isabel del municipio de Envigado”.

AUTOR: Cadavid Ramírez. AM, Villada González. T, Klimenko. O.

OBJETIVO: analizar la incidencia de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Santa Isabel del municipio de Envigado en las funciones cognitivas de memoria y atención de la población implicada.

MÉTODO:

Se trata de un estudio de diseño preexperimental con pretest-postest. El programa de estimulación cognitiva se aplicó durante seis meses y la medida de evaluación fue el Mini Mental.

RESULTADOS:

La implementación del programa de estimulación cognitiva en el hogar Santa Isabel conformado por adultos mayores en situación de abandono mejoró significativamente en la puntuación del test de evaluación Mini Mental.

6.4.1. Estudio dirigido por la Fundación María Wolf.

MÉTODO:

Se trata de un estudio en el que participaron 84 pacientes con tratamiento farmacológico en los estadios 3,4 y 5 de la escala de Reisberg, para valorar los efectos de la estimulación cognitiva y motora en pacientes con enfermedad de Alzheimer. De los 84 pacientes incluidos en el estudio, 44 fueron seleccionados por sorteo para participar en el programa que se realizaría en dos sesiones semanales de 3,5 horas cada una.

RESULTADOS:

Los resultados muestran que al cabo de un año, que los pacientes que habían acudido a las sesiones de estimulación cognitiva y motora, presentaban una situación afectiva más positiva. Además, presentaban menos problemas conductuales y gozaban de una calidad de vida superior. Por otra parte, las funciones cognitivas de los pacientes que recibieron estimulación cognitiva se mantuvieron estables, mientras que la de los pacientes que no la recibieron, habían declinado.

6.5. ARTÍCULO 5.⁽¹¹⁾

TÍTULO: “Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer’s disease”.

AUTOR: Spector. A, Woods. B, Orrell. M.

OBJETIVO: mostrar beneficios significativos en la cognición y la calidad de vida de los participantes al realizar el tratamiento de estimulación cognitiva en contra de los que no reciben ningún tratamiento.

MÉTODO:

Estudio multicéntrico en el que participan 201 personas de 23 centros: 18 hogares residenciales y 5 centros de día. Todos los participantes fueron evaluados por el test Mini Mental obteniendo una puntuación de 10 y 24 puntos, es decir, se obtuvo un promedio de 14 puntos indicando demencia moderada. Ninguno de los participantes estaban con tratamiento farmacológico. El tratamiento de la terapia de estimulación cognitiva se conformó de 14 sesiones de 45 minutos cada sesión.

RESULTADOS:

El principal hallazgo fue el beneficio significativo del tratamiento en comparación del grupo control en dos medidas de control: el MMSE y ADAS-Cog. En el MMSE, el grupo de tratamiento mejoró en el área de la cognición en un promedio de 0.9 puntos y el grupo control empeoró en un promedio de 0.4 puntos. También hubo una diferencia en cuanto al ADAS-Cog a favor del grupo

tratamiento. No hubo cambios significativos en el área conductual. No está claro que la terapia de estimulación cognitiva tenga beneficios duraderos, ya que no hubo un seguimiento a largo plazo.

6.6. ARTÍCULO 6. ⁽¹²⁾

TÍTULO: “Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia”.

AUTOR: Spector.A, Thorgrimsen. L, Woods. B, Royan. L, Davies. S, Butterworth. M, Orrell. M.

OBJETIVO: evaluar los efectos de la terapia de estimulación cognitiva en un ensayo multicéntrico aleatorio controlado para personas con demencia.

MÉTODO:

Se trata de un estudio controlado aleatorio. De 292 personas examinadas se eligieron a 201 participantes (115 en el grupo tratamiento y 86 en el grupo control). El programa tuvo una duración de 7 semanas conformado en 14 sesiones de estimulación cognitiva, dos veces a la semana con una duración de 45 minutos cada sesión. Las principales medidas de resultado fueron el cambio en la función cognitiva y la calidad de vida. Se utilizó un análisis de covarianza para controlar la variabilidad potencial de las medidas basales.

RESULTADOS:

En el seguimiento, el grupo de intervención mejoró significativamente con respecto al grupo control en el Mini-Mental State Examination ($p= 0.044$), la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer – Cognición (ADAs-Cog) ($p=0.014$) y Calidad de vida- Escala de la Enfermedad de Alzheimer ($p=0.028$). Utilizando criterios de cuatro puntos o más de mejora en el ADAs-Cog el número necesario para tratar fue de 6 para el grupo de intervención.

6.7. ARTÍCULO 7.⁽¹³⁾

TÍTULO: “A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia”.

AUTOR: Orrell. M, Spector. A, Thorgrimsen. L, Woods. B.

OBJETIVO: evaluar la eficacia de un programa semanal de mantenimiento de la terapia de estimulación cognitiva para personas con demencia en el cuidado residencial.

MÉTODO:

Se trata de un estudio controlado aleatorio en el que se incluyeron a 35 personas con demencia después de un estudio de siete semanas de terapia de estimulación cognitiva dos veces a la semana. Las sesiones de terapia de estimulación cognitiva de mantenimiento se realizaron en dos residencias durante un período adicional de 16 semanas. Como grupo control se utilizaron dos hogares residenciales que no recibieron tratamiento de mantenimiento.

RESULTADOS:

Utilizando medidas repetidas ANOVAS, hubo una mejora continua y significativa en la función cognitiva (MMSE), para aquellos que recibieron mantenimiento de terapia de estimulación cognitiva (CST+ mantenimiento CST) en comparación con CST solo o sin tratamiento ($p= 0.012$). No hubo efectos sobre la calidad de vida, el comportamiento o la comunicación después de las sesiones de mantenimiento. Las mejoras cognitivas iniciales después de CST solo se mantuvieron en el seguimiento cuando se siguió el programa de mantenimiento de CST.

6.8. ARTÍCULO 8.⁽¹⁴⁾

TÍTULO: “Rehabilitación cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer”.

AUTOR: De los Reyes Aragón, Carlos José; Arango Lasprilla, Juan Carlos; Rodríguez Díaz, Melissa Alejandra; Perea Bartolomé, María Victoria; Ladera Fernández, Valentina.

OBJETIVO: el objetivo de este artículo es realizar una revisión detallada de las diferentes técnicas y/o tratamientos cognitivos que se han venido utilizando en la rehabilitación de las alteraciones cognitivas de personas con EA, así como de los estudios existentes que evalúan su eficacia.

6.8.1. Programa de estimulación cognitiva: Kesslak, Nackoul y Sandman (1997).

MÉTODO:

Llevaron a cabo sesiones grupales de estimulación cognitiva en un grupo de 11 pacientes con EA y 11 controles sanos durante cuatro semanas. En las sesiones se les presentó información personal de los demás participantes. Los pacientes aprendían esta información de manera separada con ayuda de un cuidador, y en la sesión debían recordar los datos de alguno de los otros pacientes.

RESULTADOS:

Al final de la intervención se encontró que las personas con EA presentaron un mejor desempeño en la evocación de nombres, mientras que el grupo control se mantuvo constante. No se realizó seguimiento posterior al entrenamiento.

6.8.2. Estudio realizado por Ávila, Bottino, Carvalho, Santos, Seral y Miotto(2004).

MÉTODO:

Se llevó a cabo un programa de estimulación cognitiva para Actividades de la Vida Diaria durante 14 semanas, con 5 pacientes diagnosticados con EA. Se realizaron evaluaciones pre y post al programa.

RESULTADOS:

Los resultados mostraron diferencias significativas solo en el test de funcionalidad, sin embargo los autores observaron un modesto incremento en el desempeño de los pacientes en todas las escalas aplicadas, así como en la mayoría de los Test Neuropsicológicos realizados, especialmente en los de memoria.

6.8.3. Estudio realizado por Davis, Massman y Doody (2001).

MÉTODO:

Incluyó a 37 pacientes con EA probable, quienes recibieron un programa de estimulación cognitiva durante cinco semanas.

RESULTADOS:

Posterior a las cinco semanas de tratamiento se observó una mejor capacidad de evocación de información personal, asociación de rostros y nombres y mejor desempeño en pruebas de atención.

6.8.4. Estudio realizado por Farina, E., Fioravanti, R., Chiavari, L., Imbornone, E., Alberoni M., Pomati, S. et al. (2002).

MÉTODO:

En este estudio se encontró que la estimulación cognitiva no mostraba ser útil en el tratamiento de los síntomas cognitivos de la EA. Administraron un programa de tratamiento a un grupo de 22 pacientes con EA probable, a quienes dividieron en dos grupos. Los pacientes asignados

al primer grupo recibieron entrenamiento en AVD. Los asignados al segundo grupo recibieron estimulación cognitiva en aquellas funciones que todavía estaban preservadas, específicamente lenguaje, atención, memoria a corto plazo, habilidades visoespaciales y categorización.

RESULTADOS:

Después de tres meses se encontró que ambos grupos mostraron una mejor puntuación en escalas funcionales y en los test neuropsicológicos, aunque las mejoras fueron superiores para el grupo 1 en algunas pruebas neuropsicológicas. No obstante, tres meses después de haber recibido el tratamiento se encontró que los pacientes de ambos grupos regresaron a su nivel inicial tanto para las AVD como para los test neuropsicológicos.

6.8.5. Estudio realizado por Matsuda (2007).

MÉTODO:

Estudio realizado con 30 pacientes con EA, a quienes dividió en grupos de tratamiento combinado (farmacológico y EC) y tratamiento farmacológico.

RESULTADOS:

Después de un año de seguimiento, los resultados mostraron una menor tasa de deterioro cognitivo en el grupo que recibió el tratamiento combinado que en el de tratamiento farmacológico.

6.8.6. Estudio por Chapman, Weiner, Rackley, Hynan y Zientz (2004).

MÉTODO:

Incluyeron 54 pacientes con EA moderada, a quienes dividieron en tratamiento combinado y solo tratamiento farmacológico.

RESULTADOS:

Los resultados mostraron que los pacientes del grupo combinado mejoraron en sus habilidades de comunicación, habilidades funcionales y síntomas emocionales en comparación con los del grupo que recibió solamente tratamiento farmacológico.

6.9. ARTÍCULO 9.⁽¹⁵⁾

TÍTULO: Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve.

AUTOR: Garcia Herranz, Sara.

OBJETIVO: evaluar la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en una muestra de personas con probable enfermedad de Alzheimer en fase leve.

MÉTODO:

Participaron un total de 5 usuarios con probable enfermedad de Alzheimer en fase leve, procedentes de un municipio al Noroeste de la Comunidad autónoma de Madrid, que recibieron estimulación cognitiva a nivel grupal durante 9 meses. La eficacia se evaluó mediante un diseño pre-post, a través de pruebas neuropsicológicas, emocionales y funcionales estandarizadas.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos demuestran la existencia de una mejoría significativa tras el entrenamiento cognitivo en algunos dominios cognitivos como el lenguaje y las habilidades visuoespaciales. Asimismo se observó una mejoría significativa del estado de ánimo. Por tanto, la estimulación cognitiva reporta beneficios no solo a nivel cognitivo sino también a nivel emocional.

6.10. ARTÍCULO 10.⁽¹⁵⁾

TÍTULO: “Efectos del tratamiento combinado de fármaco más estimulación cognitiva en la demencia moderada: seguimiento de dos años”.

AUTOR: Fernando Maestu, Carmen Requena Hernández, Pablo Campo Martínez-Lage, Alberto Fernández Lucas, Pedro Gil Gregorio, Tomás Ortiz Alonso.

OBJETIVO: estudiar la eficacia de un tratamiento combinado (fármaco anticolinesterásico y entrenamiento cognitivo) en los procesos cognitivos de pacientes con demencia moderada después de 2 años de tratamiento.

MÉTODO:

Participaron 50 pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en fase moderada. Se asignaron cuatro grupos de forma aleatoria. El grupo 1 (n=12 usuarios), recibió estimulación cognitiva; el grupo 2 (n=13 usuarios) recibió tratamiento farmacológico; el grupo 3 (n=12) recibió tratamiento combinado (farmacológico y estimulación cognitiva) y el grupo 4 (n=13) sin tratamiento. La eficacia terapéutica se evaluó, al cabo de uno y dos años, mediante las escalas Mini Mental State Examination (MMSE), Alzheimer’s Disease Assessment Scale (ADAS-Cog) y Functional Staging of Dementia of the Alzheimer’s Type (FAST). Se realiza una comparación entre los resultados obtenidos en los distintos grupos tras el seguimiento (ANOVA para medidas repetidas).

RESULTADOS:

Los grupos de tratamiento mostraron un cambios positivos frente al declive del grupo control para todas las escalas estudiadas al cabo de un año ($p < 0.0001$). El efecto del tratamiento al cabo de dos años es homogéneo en los grupos, aunque en el grupo 3 se aprecia un enlentecimiento de su deterioro funcional frente al resto. El tratamiento combinado (farmacológico y cognitivo) en la EA en estadio moderado produce efectos beneficiosos durante el primer año del tratamiento y mitiga el deterioro que se produce al segundo año en relación con otras formas de tratamiento.

7. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en los estudios y las menciones de los autores en la estimulación cognitiva en pacientes con EA, demuestran que ésta técnica aporta beneficios en distintas áreas que se ven afectadas con la enfermedad de Alzheimer.

En todos los casos encontrados se señala la mejora del estado cognitivo, además en algunos de ellos otras áreas como el estado emocional, el funcional y la calidad de vida. Los resultados también muestran, que los programas de estimulación cognitiva son más beneficiosos a largo plazo en pacientes con EA en estadio leve-moderado con tratamiento combinado (tratamiento farmacológico y tratamiento de estimulación cognitiva) en comparación a los pacientes que solo reciben uno de los dos tratamientos.

De acuerdo a que la Enfermedad de Alzheimer no posee un tratamiento curativo, es necesaria una intervención multidimensional que permita ralentizar o mantener la enfermedad y los programas de estimulación cognitiva han resultado ser útiles para ello.

Algunos autores mencionan la escasez de estudios con muestras grandes de participantes y que ello se debe a la dificultad de la enfermedad en cuanto a sus características evolutivas. Por ello, se cuestiona la eficacia de estos programas, por lo que sería necesario, la realización de programas en un período a largo plazo y con una muestra de participantes mayor.

8. CONCLUSIONES.

La hipótesis formulada que trata de sintetizar los beneficios de los programas de estimulación cognitiva de la EA, queda constatada, ya que no se ha encontrado ningún estudio que contradiga que dichos programas no tienen beneficios ante la enfermedad, sino que aporta otro tipo de beneficios además de mejorar el estado cognitivo.

El objetivo de determinar los beneficios que aporta la realización de programas de estimulación cognitiva en personas con Enfermedad de Alzheimer, se ve cumplido tras analizar los artículos y comprobar que la estimulación cognitiva produce mejoría, mantenimiento o ralentización del estado cognitivo, además de en otros ámbitos como la conducta, el estado de ánimo....

Del 100% de los programas analizados, el 100% presenta mejoras o mantenimiento del estado cognitivo. El 27.77% de los programas presentan mejoras en el estado de ánimo. En cuanto al estado funcional, el 27.77% de los programas presentan mejoras. Respecto al estado conductual no se presentan cambios, aunque en uno de los programas menciona una disminución de los problemas conductuales. Concluyendo con los datos analizados, se observa que la estimulación cognitiva en pacientes con EA resulta efectiva durante el tratamiento de ésta y a corto plazo después del tratamiento. Sin embargo, a largo plazo las funciones cognitivas comienzan a declinar. Las mejoras cognitivas se mantienen cuando se realizan programas de mantenimiento.

La EA es la causa más común de demencia y los porcentajes tanto a nivel nacional como mundial aumentan según avanza la edad y se ha comprobado que la estimulación cognitiva es efectiva. Por tanto cabe la necesidad de realizar programas de estimulación cognitiva a la población mayor para que adquieran estrategias para mantener su competencia social y así ralentizar cualquier tipo de demencia que se pueda presentar en el futuro; además de poner en práctica dichos programas a largo plazo para personas con EA para ralentizar y mantener sus capacidades tanto cognitivas, emocionales y de conducta y con ello asegurar una mayor calidad de vida.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Jara Madrigal.M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista Cúpula. 2007. 4-5-9
- (2) Prieto Jurczynska C, Eimil Ortiz M, López de Silanes de Miguel C, Llanero Luque M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Fundación española de enfermedades neurológicas. 2011. 5-11
- (3) López-Pousa S, Garre-Olmo J. La demencia: concepto y epidemiología. In: Alberca R, López-Pousa S, editors. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. p. 29-38.
- (4) Goñi M, Martínez-Lage P, editors. Alzheimer 2010: Evolución humana y Evolución del Alzheimer. Madrid: Editorial Aula Médica; 2010. p. 83-87.
- (5) Donoso. A. La enfermedad de Alzheimer. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. 2003; 41(sup2). 13-22
- (6) Cardelle .F, García-Casal, JA, Ordoñez-Cambor. N, García Moja. C. Patrón de déficits cognitivos según CAMCOG-R en función del nivel de deterioro cognitivo según la escala GDS. Proceedings of International Congress of Clinical Psychology.2014. pp. 21-26.
- (7) Frances. I, Barandiarán. M, Marcellán. T, Moreno. L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales Sis San Navarra. Diciembre 2003. P.412-14.

- (8) Domènech Pou, S. Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació. 2005.
- (9) Miranda Castillo. C, Mascayano Tapia. F, Roa Herrera. A, Maray Ghigliotto. F, Serraino Guerra. L. Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la Tercera Edad. *Universitas Psychologica*. 2013. 12(2), 445-455.
- (10) Cadavid Ramírez. AM, Villada González. T, Klimenko. O. Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el hogar Santa Isabel del municipio de Envigado. *Revista Psicoespacios* [revista en internet]. 2011. Vol 5 n7, pp. 43-64. Disponible en:
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/79/691>
- (11) Spector. A, Woods. B, Orrell. M. Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. Expert review. *Neurotherapeutics*. 2008. 8(5) 751-757.
- (12) Spector.A, Thorgrimsen. L, Woods. B, Royan. L, Davies. S, Butterworth. M, Orrell. M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*. 2003. 183, 248-254.
- (13) Orrell. M, Spector. A, Thorgrimsen. L, Woods. B. A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 2005. 20(5) 446-451.
- (14) De los Reyes Aragón, Carlos José; Arango Lasprilla, Juan Carlos; Rodríguez Díaz, Melissa Alejandra; Perea Bartolomé, María Victoria; Ladera Fernández, Valentina. *Rehabilitación*

cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*.2012. 29(2) 421-455.

(15) Garcia Herranz, Sara. Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*. 2015. Vol.2 n.5 (24-35).

(16) Maestu. F, Requena Hernández. C, Campo Martínez-Lage. P, Fernández Lucas. A, Gil Gregorio. P, Ortiz Alonso. T. Efectos del tratamiento combinado de fármaco más estimulación cognitiva en la demencia moderada: seguimiento de dos años. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2007. Vol. 42, n.1 (3-10).



10. ANEXOS.

GRÁFICA 1:

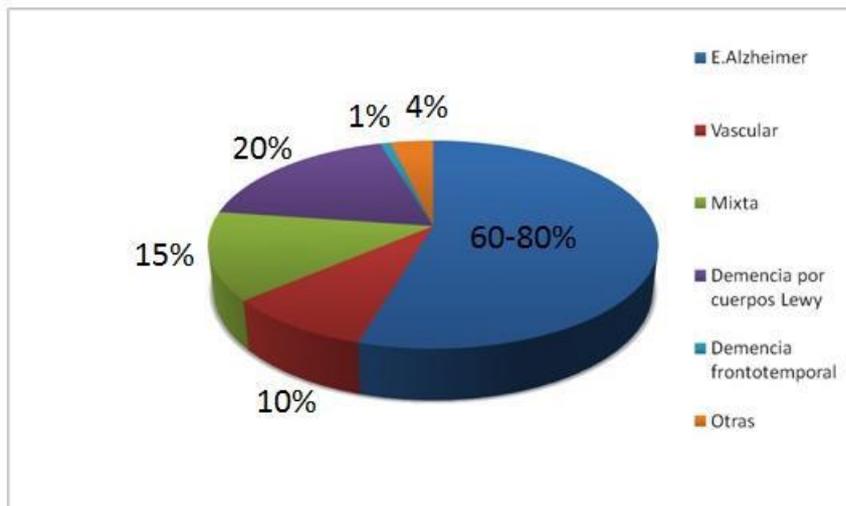


TABLA 1:

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> Haberse perdido en un lugar no familiar Evidencia de rendimiento laboral pobre Dificultad para recordar palabras y nombres tras la lectura retiene escaso material olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> olvido de hechos cotidianos o recientes déficit en el recuerdo de su historia personal dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> orientación en tiempo y persona reconocimiento de caras y personas familiares capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

TABLA 2:

AUTOR	DURACIÓN	MÉTODO	MEDIDAS EVALUACIÓN	RESULTADOS
Tárraga	1 año.	121 ptes con demencia 5 días a la semana, 8 horas	MMSE(Mini-Mental)	Los ptes mejoran en MMSE a los 2 meses manteniéndose hasta el 6º mes donde declinan
Ermini Füngchilling y Col.	1 año.	38 ptes (19 GC/19 GI) 60min/sesion Grupo de 6/7 personas	MMSE(Mini-Mental) GDS (escala depresion)	Puntuaciones en MMSE estables al año. Mejoría en la escala GDS. El GC sufre un declive.
I.Francés, M. Barandiaran, T. Marcellan, L.Moreno.	6 meses.	GI:9ptes EA leve-moderado GDS(3-4) GC:8 ptes. Ambos con tto farmacológico. Se trabaja: orientación,memoria, praxis, gnosias, cálculo, lenguaje.	ADAS-Cog.	Diferencia entre lo dos grupos a favor del GI. No Diferencias en conducta, función y estado de ánimo.
Domenech Pou, Sara.	1 año 96 sesiones.	24ptes (12GI/12GC).Acuden de la Unidad de Diagnóstico de Trastornos Cognitivos y de la conducta de la Fundación ACE. Programa de memoria.	MMSE, ADAS-Cog, Rivermead, Syndrom kurz Test, Escala de Blessed, Rapid Disability Rating Scale-2, Neuropsychiatric Inventory.	Efectivo en el rendimiento cognitivo global, en mantenimiento de memoria y de las AVD's y mejora del estado de animo
Miranda Casti llo. C, Mascayano Tapia.F, Roa Herrera.A, Serraino Guerra.L	7 semanas 14 sesiones 45 min 2sesiones por semana.	22 ptes Ea leve-moderada (11GC711GI. Estudio cuasi- experimental. Se evalúa cognición, calidad de vida y capacidad funcional.	MMSE, ADAS-Cog, Barthel, Quality ofLife-Alzheimer (QoI-AD).	GI: mejora en estado cognitivo y Calidad de vida. GC: no evidencia de cambios, empeora el estado cognitivo. No cambios en el estado funcional.
Cadavid Ramirez.AM, Vi- llada Gonzalez.T, Klimenco.O	6 meses.	Estudio preexperimental con pretest-postest. Programa de EC en el hogar Santa Isabel de Envigado.	MMSE.	Mejora en el estado cognitivo.
Wolf. M	1 año. 3.5 horas 2 sesiones a la semana.	84 ptes con tto farmacoló- gico en estadio 3,4,5 en la escala de Reisberg. 44 fueron elegido al azar.		Presentaban una situación afectiva más positiva. Menos problemas conductuales y mejor calidad de vida. Las funciones cognitivas se mantenían estables.
Spector.A, Woods.B, Orrell.M	14 sesiones de 45 min/sesión	201 ptes de 23 centros: 18 hogares residenciales, 5 centros de día. Con demencia moderada. Se realiza terapia de estimulación cognitiva.	MMSE. ADAS-Cog.	MMSE: el GI mejoró en un promedio de 0.9ptos, el GC empeoró en 0.4ptos. ADAS-Cog: cambios a favor del GI. No cambios en el área conductual.
Spector.A Thorgrimsen.L Woods.B Royan.L Davies.S Butterworth. M, Orrell.M	7 semanas. 14 sesiones 2 veces por semana 45 min/sesion	201 ptes (115GI/86GC). Se mide la funcion cognitiva y la calidad de vida.	MMSE ADAS-Cog. QoI-AD	El grupo de intervención mejoró significa- tivamente frente al grupo control. MMSE: p=0.044 ADAS-Cog: p=0.014 QoI-AD: p= 0.028
Orrell.M Spector.A Thorgrimsen.L Woods.B	7 semanas, 2 veces/semana de EC. 16 se- manas de mantenimiento	Estudio controlado aleatorio 35 ptes con demencia. GC: dos hogares residencia- les. No recibieron tto. Utili- zan medidas repetidas ANOVAS.	MMSE	Mejora continua y significativa en la función cognitiva para quien recibió mantenimiento de terapia d EC en com- paración con los que recibieron EC o no recibieron tto. No efectos en la calidad de vida, comportamiento o comunicación.

AUTOR	DURACIÓN	MÉTODO	MEDIDAS EVALUACIÓN	RESULTADOS
Kesslak Nacklou Sandman	4 semanas.	Sesiones grupales de EC de 11 ptes con EA y 11 sanos Se les presenta informacion sobre los demas ptes y ellos tenían que recordarlo.		Las personas con EA mostraron mejor desempeño en la evocación de nombres. El grupo control se mantuvo constante.
Avila Bottino Carvalho Santos Seral Miotto	14 semanas.	Programa de EC para AVD's con 5 ptes con EA.	Evaluaciones pre y post Test neuropsicológicos Test funcionalidad.	Diferencias significatias en el tes de funcio nalidad. Los autores observaron un incremento en todas las escalas, especial- mente en los de memoria.
Davis Massman Doody	5 semanas.	37 ptes con EA, recibieron estimulación cognitiva.		Mejor capacidad de evocación de nombre información personal, asociación de rostro y mejor desempeño en atención.
Farina.E Fioravanti.R Chiavari, L. Imbornone, E. Alberoni M Pomati, S et al	3 meses.	22 ptes con EA. 11 reciben EC, 11 tto AVD's	Pruebas neuropsicológicas. Pruebas funcionales.	Según autores la EC no muestra ser útil. Los ptes mejoran en los test funcionales y neuropsicológicos, aunque mejoró el grupo que recibió tto en AVD's. 3 meses después del tto los 22 ptes volvieron a su nivel inicial.
Matsuda.	1 año	Estudio de 30 ptes con EA divididos en grupo con tto farmacológico y grupo combinado (tto farma+EC)		Al año mostraron menor tasa de deterioro cognitivo el grupo combinado a favor del grupo con tto farmacológico.
Chapman. Weiner Rackley Hynan Zientz		54 ptes con EA moderada divididos en grupo tto farmacológico y grupo combinado.		Grupo combinado mejoró en habilidades de comunicación, funcionales y síntomas emocionales en comparación al grupo de tto farmacológico.
García He- rranz. Sara	9 meses.	5 usuarios con EA leve en un programa de EC	Evalúa pre-post: pruebas neuropsicológicas, funcion-ales y emocionales	Mejoría tras el entrenamiento cognitivo en lenguaje y habilidades visuoespaciales Mejoría del estado de ánimo.
Maestu.F Requena.C Campo.P Fernández.A Gil.P Ortiz.T	2 años.	50 ptes en 4 grupos. G1: 12 ptes EC; G2: 13 ptes tto farmacológico, G3: 12 ptes tto combinado y G4: 13 ptes sin tto.	MMSE ADAS-Cog FAST Utilizan ANOVAS.	Los grupos tto mostraron cambios positivos frente al declive del grupo control p<0.0001. Al cabo de dos años el efecto es homogéneo en los grupos, aunque en el G3 enlentecimiento de su deterioro funcional. El tto combinado en EA en estadio moderado efectos beneficiosos al año y mitiga el deterioro al cabo de dos años en relación a otros ttos.

GRÁFICA 2:

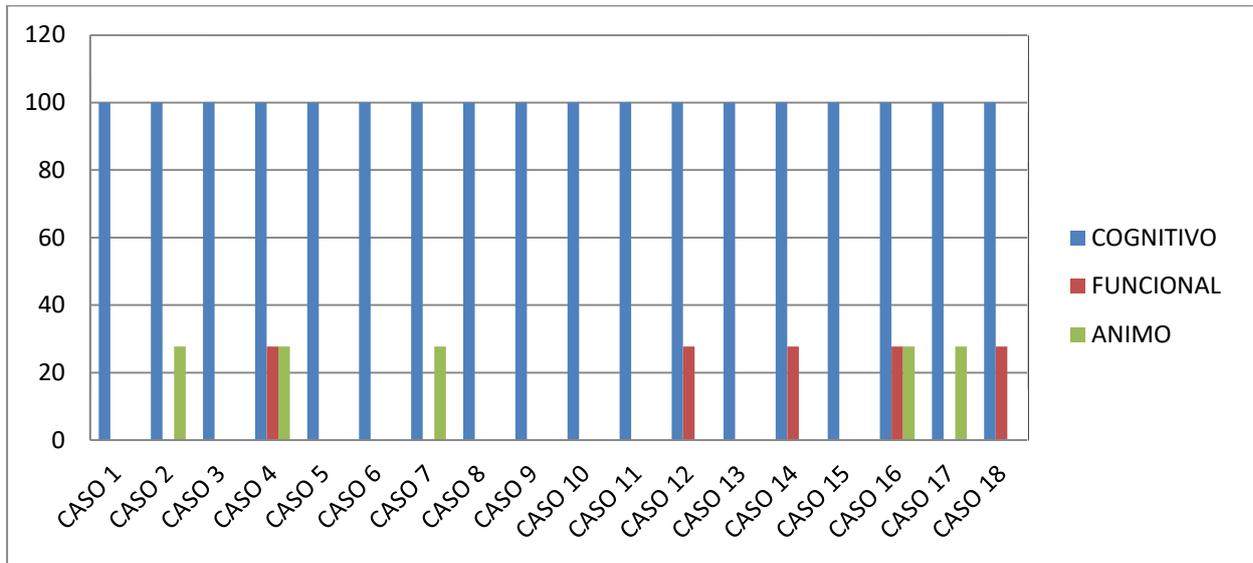


TABLA 3:

	ESTADO COGNITIVO	ESTADO DE ÁNIMO	ESTADO FUNCIONAL
TOTAL	18	5	5
PORCENTAJE	100%	27.77%	27.77%