

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.

Elaine Hernández Ulloa

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, La Habana, Cuba.

Fidelina Rodríguez Herrera

Hospital “Wilfredo Santana”, La Habana, Cuba.

Norge de Jesús Santiesteban Velazquez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba.

Resumen

Los trastornos neurocognitivos tienen alta prevalencia y sus costos a nivel individual, familiar y social son inestimables, por ello se hace necesario implementar estrategias de intervención dirigidas a ralentizar el progreso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de enfermos y cuidadores. Con el objetivo de estimular capacidades cognitivas y funcionales se realizó un estudio de intervención terapéutica, enfoque mixto, con un diseño cuasi-experimental, que incluyó evaluación pre y post test, durante los meses de noviembre del 2020 a enero del 2021 en 14 personas con deterioro cognitivo leve. El programa contó con 12 sesiones, de dos frecuencias semanales y una duración de 60 y 90 minutos, se trabajó entrenamiento cognitivo, entrenamiento en las actividades instrumentadas de la vida diaria y reminiscencia. Los resultados mostraron que el 42.9 % de los participantes mejoraron su funcionamiento cognitivo global al concluir el programa. El 71.4% de las personas mayores fueron independientes para realizar sus actividades del diario vivir. El programa de intervención terapéutica fue efectivo en la estimulación de la fluidez verbal, capacidades viso espaciales/ejecutivas y recuerdo diferido, así como el grado de dependencia funcional de las personas mayores de la investigación.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve, entrenamiento cognitivo, reminiscencia, actividades de la vida diaria, intervención terapéutica.

Abstract

Neurocognitive disorders are highly prevalent and their costs at the individual, family and social levels are inestimable, which is why it is necessary to implement intervention strategies aimed at slowing down the progress of the disease and improving the quality of life of patients and caregivers. With the aim of stimulating cognitive and functional abilities, a therapeutic intervention study was carried out, mixed approach, with a quasi-experimental design, which included pre- and post-test evaluation, during the months of November 2020 to January 2021 in 14 people with mild cognitive impairment. The program had 12 sessions, with two weekly frequencies and a duration of 60 and 90 minutes, cognitive training, training in instrumented activities of daily life and reminiscence were worked on. The results showed that 42.9% of the participants improved their global cognitive functioning at the end of the program. 71.4% of the elderly were independent to carry out their daily activities. The therapeutic intervention program was effective in stimulating verbal fluency, visuo-spatial/executive abilities and delayed recall, as well as the degree of functional dependence of the older people in the study.

Keywords: Mild cognitive impairment, cognitive training, reminiscence, activities of daily living, therapeutic intervention.

Introducción

La magnitud y la velocidad de los cambios demográficos que están ocurriendo en el mundo son muy notables. Las proyecciones de población de Naciones Unidas señalan que entre 2010 y 2050 la población mundial de mayores de 65 años se multiplicará por tres, pasando de 523 millones a 1,486 millones. De igual modo, serán los países en vías de desarrollo los protagonistas de este proceso de envejecimiento, en tanto su población de mayores de 65 años y más se multiplicará por 3,5; mientras que en los países desarrollados se multiplicará por 1,7 (Ramos-Monteagudo y Yordi-García, 2018).

Según informes de la Primera Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento celebrada en Chile en noviembre de 2003, en América Latina y el Caribe existe una importante variación. Sobresalen Argentina, Uruguay, Puerto Rico y Cuba, con un porcentaje de la población mayor de 60 años superior al 13 %. Las proyecciones indican que uno de cada cuatro latinoamericanos será mayor de 60 años para el 2050 (*World Alzheimer Report*, 2015).

En Cuba los indicadores demográficos revelan que actualmente el 20.4% de la población es adulta mayor (*Anuario Estadístico de Salud*, 2018), lo que supone el incremento de enfermedades relacionadas con el envejecimiento entre las que se destacan los trastornos neurocognitivos.

El Trastorno Neurocognitivo Leve o Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (más conocido por sus siglas en inglés, MCI, por *Mild Cognitive Impairment*) es una alteración cognitiva que no llega a catalogarse como demencia y donde la persona que la presenta, tiene preservada la funcionalidad cotidiana; en algunos casos el deterioro comienza por las habilidades mnésicas y en otros casos con la afectación de otras funciones neuropsicológicas distintas a la memoria (De la Peña-Álvarez, 2017). Su prevalencia es variable en los estudios publicados hasta la fecha pero se estima de un 3 al 22% en mayores de 65 años, esto depende de las características demográficas de la población estudiada (Sanford, 2017) y los criterios utilizados para su diagnóstico (Gramunt-Fobuena y Molinuevo-Guix, 2015). Al momento, no se conoce de estudios de prevalencia en Latinoamérica y el Caribe, pero es de suponerse que sigue la tendencia internacional, a la par del envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida.

Esta problemática requiere de la realización de estudios encaminados no solo a describir el fenómeno, sino también a desarrollar estrategias que disminuyan la intensidad de su repercusión; instancia que puede ser satisfecha desde la óptica de la Psicología de la Salud; rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de salud (Morales-Calatayud, 1999) y como parte de las funciones del psicólogo en esta esfera, las intervenciones psicológicas constituyen una alternativa eficaz en el abordaje de los trastornos cognitivos.

Dentro de esta área han recibido mucho apoyo por parte de los investigadores las intervenciones psicológicas que incluyen estimulación cognitiva, terapias afectivas y emocionales, conductuales, entre otras. Se ha demostrado que dichas terapias combinadas con las terapias físicas, pueden ser tan efectivas, o incluso en algunos casos, más que el uso de fármacos por sí solos para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de enfermedades demenciales (García-Meilán y Carro-Ramos, 2011) (Barrio-Sordo *et al.*, 2019).

La bibliografía existente hasta la fecha avala un enfoque multidimensional como tratamiento para las personas enfermas de Alzheimer y otras entidades cognitivas y el uso de intervenciones terapéuticas van dirigidas a potenciar la cognición, mejorar los síntomas

afectivos y conductuales del enfermo para lograr un mejor rendimiento y adaptación de este (Urrutia-Amable *et al.*, 2017)(O'Connor, 2014).

Algunos expertos en el tema utilizan el término de terapias no farmacológicas; estas se entienden como aquellas intervenciones no químicas, teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, realizada sobre el enfermo o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante (Muñiz y Olazarán, 2009). Otros se refieren a terapias psicológicas y conductuales (CEAFA, 2016), sin embargo, cualquier terminología hace referencia a un conjunto de acciones, convencionales psicoterapéuticas de amplio espectro, encaminadas a lograr la mayor funcionabilidad posible y cuyo fin último es el bienestar de las personas enfermas, sus cuidadores principales y familia en general.

Las intervenciones psicológicas que se utilizan en el abordaje de los trastornos cognitivos se pueden clasificar en distintas categorías según el área de la intervención propuesta: área cognitiva, área funcional, área emocional y área integral. Además pueden estar orientadas a la persona enferma, al cuidador no profesional, familiar o no y al cuidador profesional.

En la actualidad, la gran mayoría de las intervenciones psicológicas se orientan a la persona enferma. Se incluyen como modalidades la estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva, entrenamiento cognitivo, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, orientación a la realidad, reminiscencias, terapia física, intervenciones conductuales, intervenciones sensoriales, ayudas externas, validación, terapia con animales, arteterapia, el uso de las nuevas tecnologías e intervenciones multicomponentes. Según lo planteado por Muñiz y Olazarán (2009), estas últimas se refieren al conjunto de diversas técnicas que se desarrollan a partir de una planificación adecuada sobre la base de la valoración cognitiva, afectiva-conductual y funcional de la persona enferma, tomando en consideración su historia de vida, redes de apoyo, intereses, aficiones, valores, creencias y sus propias necesidades (Nevado-Rey, 2017).

Las modalidades de terapias psicológicas mencionadas con anterioridad pueden incluirse en programas de intervención terapéutica basados en programas de intervención más específicos e individualizados que combinan tanto actividades en grupo como otras individuales, diseñadas en función del déficit que presente la persona enferma.

Actualmente en Cuba existe una carencia de programas de intervención terapéuticos para tratar a personas que padecen DCL y demencias. El poco aprovechamiento de ellos en la práctica asistencial y la necesidad de resolver brechas del conocimiento sobre su efectividad en el tratamiento de los trastornos cognitivos, así como las escasas evidencias científicas publicadas en nuestro contexto, son elementos a tener en cuenta para trazar estrategias de intervención psicológica en relación a estos problemas de salud.

Ante la gran demanda en los servicios de atención a personas mayores con trastornos cognitivos en el contexto cubano es vital potenciar una interacción del individuo con su entorno, estimular la funcionabilidad en la vida cotidiana individual, familiar y social y lograr el bienestar subjetivo, según lo permitan sus condiciones cognitivas. Por ello el presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención terapéutica que estimule capacidades cognitivas y funcionales de personas mayores con DCL.

Método

Diseño de Investigación

Estudio de intervención terapéutica, de enfoque mixto, con un diseño cuasi-experimental, que incluyó evaluación pre y post test, en personas mayores con diagnóstico de DCL, durante los

meses de noviembre del 2020 a enero del 2021, que asisten al Centro Alzheimer, adscrito al Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), La Habana, Cuba.

Participantes

Muestra intencionada conformada por 14 personas mayores evaluadas y diagnosticadas con DCL durante el mes de octubre de 2020 en el centro antes mencionado (13 del sexo femenino y 1 masculino, con más de 70 años de edad, niveles medios y altos de escolaridad y la mayoría de ellos casados o unidos consensualmente) y sus cuidadores principales; con voluntariedad para participar en el programa de intervención terapéutico.

Fueron excluidas aquellas personas mayores con DCL que tenían tratamiento medicamentoso con algún inhibidor de la acetilcolinesterasa, déficits sensoriales importantes (sordera, ceguera) y enfermedades psiquiátricas asociadas (retraso mental, esquizofrenia u otras) que pudieran interferir con el desarrollo del programa.

Materiales

El programa de intervención terapéutica resultó factible y viable, demandó de recursos materiales y humanos de los que se disponía. Fue coordinado por dos especialistas, quienes estuvieron presentes en todas las sesiones de trabajo. Una de ellas en el rol de coordinadora para guiar al grupo en el desarrollo de las actividades y el otro como observador tomando evidencias (gráficas, verbales, conductuales) de los aspectos tratados en cada una de las sesiones, el desempeño de cada participante, así como los aspectos más relevantes en relación al estado y funcionamiento del grupo durante todo el programa.

Se utilizaron como recursos materiales el local destinado a las actividades grupales del centro. Este espacio posee una adecuada iluminación, ventilación, privacidad y mobiliario indispensable para el desarrollo exitoso de las actividades. Además del empleo de otros materiales como: papel, lápices, colores, set de estimulación cognitiva, materiales simbólicos para las actividades de la vida diaria como objetos del hogar (dormitorio, cocina, baño, etc.) y para las reminiscencias, fotografías y objetos personales facilitados estos últimos por los cuidadores.

Procedimiento

La investigación constó de tres etapas:

1. Diagnóstica.
2. Intervención
3. Evaluación del Programa de Intervención.

Durante la *etapa diagnóstica* se evaluaron de manera individual las capacidades cognitivas y funcionales de las personas mayores seleccionadas, a través de los instrumentos seleccionados.

Posteriormente en la *etapa de intervención* y a partir de la información obtenida en el diagnóstico, se diseñó el programa de intervención terapéutica que incorporó principios de la Educación Popular y técnicas propias de la metodología participativa como: técnicas de presentación, animación, evaluación y cierre (Rodríguez-Arce, 2008). También se incluyeron en todas las sesiones técnicas propias de las diferentes modalidades de intervención que conforman el programa (entrenamiento cognitivo, terapia de orientación a la realidad,

entrenamiento en las AVD, reminiscencia) entre las que se destaca: reconocimiento, categorización, visualización, asociación, asistencia graduada, demostración, entre otras.

El programa se organizó en 12 sesiones de trabajo con dos frecuencias semanales y una duración de 90 minutos cada una excepto la inicial y final cuya duración fue de 60 minutos. En la primera sesión se declararon mediante la negociación y el acuerdo con los participantes y sus cuidadores los criterios de trabajo en cuanto a frecuencia, fecha, hora, lugar, cantidad de encuentros, duración de estos, así como las normas de trabajo grupal. Cada sesión tuvo objetivos específicos abordados mediante las diversas técnicas. Es válido señalar que se tomaron en cuenta las diferencias individuales dentro del trabajo grupal.

Como parte de la *etapa de evaluación del programa* se realizaron evaluaciones sistemáticas para valorar el *progreso*, a través de la observación de indicadores cualitativos como la *comunicación verbal y no verbal, ritmo de trabajo, utilización de niveles de ayuda y participación* durante las sesiones de trabajo, así como el diálogo con los cuidadores antes de comenzar cada sesión, sobre el desenvolvimiento en las tareas orientadas para el hogar y las rutinas cotidianas de los participantes.

La evaluación de la *efectividad* del programa se realizó una vez terminada su implementación, con el objetivo de valorar la existencia de modificaciones en algunas de las esferas objeto de intervención, utilizando los mismos instrumentos seleccionados.

Mediciones

Para medir las variables del estudio (capacidades cognitivas y funcionales) se utilizaron los siguientes instrumentos:

Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA): Herramienta de cribado, de uso libre, desarrollada originalmente por Nasreddine y colaboradores (2005). Constituye una batería de pruebas breves, de fácil administración, con una duración aproximada de 10 minutos, presenta una sensibilidad alta para detectar el deterioro cognitivo leve (90 %) y la demencia tipo Alzheimer (100 %). Identifica correctamente 85 % de los sujetos sin deterioro cognitivo. Este instrumento examina: orientación en tiempo y espacio, atención/concentración/memoria de trabajo (mediante una tarea de atención sostenida y una de dígitos), cálculo, funciones ejecutivas con diferentes tareas de alternancia gráfica adaptada del Trail Making Test B, una de fluencia fonémica y dos ítems de abstracción verbal. Además evalúa memoria que consta de dos ensayos de aprendizaje de 5 palabras que posteriormente debe ser evocada libremente, de no ser así, se facilita el recuerdo por pistas semánticas y elección múltiple de respuesta (en estos dos últimos casos no se puntúa en el total de la escala). Evalúa al mismo tiempo lenguaje con tres ítems de denominación por confrontación visual de 3 animales de bajo grado de familiaridad, repetición de dos frases complejas y la tarea de fluencia antes mencionada, así como las capacidades visuconstructivas a través del test de reloj y la copia de un cubo. El puntaje máximo es de 30; se utilizaron los puntos de corte de la validación preliminar en adultos mayores cubanos donde una puntuación superior a 26 puntos se considera normal, entre 26-18 puntos, DCL e inferior a los 18 puntos, demencia probable (Rodríguez-López *et al.*, 2020).

Índice de Lawton: Escala para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria ampliamente utilizada en la población mayor. Su objetivo es evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en la vida diaria. Es una escala heteroadministrada y el

tiempo requerido para su cumplimentación es de aproximadamente cinco minutos. El sistema de puntuación está basado en la información obtenida tanto a partir del propio sujeto (en el caso de que su capacidad cognitiva esté intacta) como de personas allegadas o del personal, si es un anciano institucionalizado. Consta de 8 ítems que valoran las siguientes actividades: utilizar el teléfono, realizar compras, preparar comidas, realizar tareas domésticas, utilización de transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y capacidad para manejar dinero. Cada uno de los 8 ítems tiene cuatro posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 o 0. El entrevistador debe seleccionar una de estas respuestas en cada ítem. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8 puntos, diferenciándose la calificación final por sexo: Mujeres: (0 puntos dependencia total, 2-3 puntos dependencia grave, 4-5 puntos dependencia moderada, 6-7 puntos dependencia leve, 8 puntos independiente) Hombres: (0 puntos dependencia total, 1 puntos dependencia grave, 2-3 puntos dependencia moderada, 4 puntos dependencia leve, 5 puntos independiente) (Valderrama y Pérez del Molino, 1997).

Asimismo se realizó una entrevista estructurada dirigida a los cuidadores principales para confirmar las alteraciones cognitivas y funcionales que presentan las personas mayores estudiadas, así como la revisión documental de las historias clínicas para corroborar el diagnóstico dado por los especialistas (médicos) participantes en la evaluación clínica del centro.

A partir del análisis y la comparación de los resultados obtenidos por los participantes antes y después del programa se estableció el criterio de efectividad para los instrumentos utilizados de la siguiente manera:

1. Moca: una puntuación mayor o igual en la ejecución del Moca final comparado con el inicial.
2. Lawton: una puntuación mayor o igual en la ejecución del Índice de Lawton final comparado con el inicial.

Análisis estadísticos

Se utilizó una PC Intel Core I3 para el procesamiento de la información, el Microsoft Office 2010 para la edición del documento, el SolidConverter PDF 5.1 para su conversión y protección, el Mozilla Firefox 19.0.2 para el acceso a la bibliografía así como métodos de estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Aspectos éticos

El estudio cumple con las regulaciones establecidas en la última versión de la Declaración de Helsinki (2013) y con las regulaciones estatales vigentes en la República de Cuba para ello. Además de respetar la normativa de la Declaración universal de principios éticos para psicólogas y psicólogos, adoptada por la Asamblea de la Unión Internacional de Ciencia Psicológica (IUPsyS) en Berlín, el 22 de julio de 2008 y por la Comisión Directiva de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (IAAP), en Berlín, el 26 de julio de 2008.

La información relacionada con los participantes y el proceso de intervención fue tratada confidencialmente y manejada por el equipo coordinador. Se informó a los participantes y sus cuidadores que los resultados de la intervención serían utilizados, en la totalidad de los casos,

con fines científicos. Se firmó voluntariamente la disposición para participar a través del consentimiento informado y se les permitió abandonar la intervención en el momento deseado sin que esta decisión implicara un perjuicio directo o indirecto a su persona o el compromiso de la atención que reciben en sus respectivas áreas de salud.

Es válido señalar que a pesar de las limitaciones presentadas por la situación pandémica de la Covid-19, no hubo abandono del programa por parte de los participantes.

Resultados

En la tabla 1 se muestran los resultados en relación a las capacidades cognitivas de manera global según puntuaciones del Moca antes y después del programa terapéutico. En este sentido el 42.9% de los participantes mejoraron su puntaje global al concluir el programa.

Deterioro cognitivo global	Evaluación inicial		Evaluación final	
	No	%	No	%
18 - 20 puntos	3	21.4	3	21.4
21 - 23 puntos	11	78.6	5	35.7
24 - 26 puntos	-	-	6	42.9
Total	14	100	9	100

Tabla 1. Distribución de personas mayores con DCL según puntuación global del MOCA antes y después del programa de intervención terapéutico. Centro Alzheimer, noviembre 2020 - enero 2021.
n = 14 Fuente. Moca

La tabla 2 muestra de manera específica la evaluación de las capacidades cognitivas de las personas mayores antes y después del programa de intervención. Como se puede observar después de la intervención mejoraron los resultados en la fluidez verbal, las capacidades viso espaciales/ejecutivas y el recuerdo diferido. Se mantuvieron con igual porcentaje las alteraciones de cálculo, abstracción y orientación espacio-temporal.

Capacidades cognitivas	Sin alteraciones				Con alteraciones			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Visoespacial/ejecutiva	8	57.1	12	85.7	6	42.9	2	14.3
Identificación	14	100	14	100	-	-	-	-
Atención/concentración	6	42.9	7	50.0	8	57.1	7	50.0
Cálculo	6	42.9	6	42.9	8	57.1	8	57.1
Lenguaje/ Repetición	14	100	14	100	-	-	-	-
Fluidez verbal	5	35.7	13	92.9	9	64.3	1	7.1
Capacidad de Abstracción	6	42.9	6	42.9	8	57.1	8	57.1
Recuerdo Diferido	-	-	6	42.9	14	100	8	57.1
Orientación espacio/temporal	6	42.9	6	42.9	8	57.1	8	57.1

Tabla 2. Distribución de las personas mayores con DCL según capacidades cognitivas antes y después del programa de intervención terapéutico. Centro Alzheimer, noviembre 2020 - enero 2021. n=14
Fuente: Moca

La tabla 3 refleja el grado de dependencia de los participantes para realizar las AIVD antes y después del programa según el Índice de Lawton. En ella se observa que una vez finalizada la intervención el 71.4% de las personas mayores con DCL fueron independientes y de un 28.6 % con dependencia moderada al inicio de la intervención se mantuvo en este grado de dependencia el 21.4%.

Grado de dependencia	Antes		Después	
	No	%	No	%
Independiente	9	64.2	10	71.4
Dependencia Leve	1	7.1	1	7.1
Dependencia Moderada	4	28.6	3	21.4
Dependencia Severa	-		-	-
Total	14	100	14	100

Tabla 3. Grado de dependencia en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria en las personas mayores con DCL antes y después del programa de intervención terapéutico. Centro Alzheimer, noviembre 2020 – enero 2021.
n=14
Fuente: Índice de Lawton

Los indicadores referentes a la *comunicación verbal y no verbal, ritmo de trabajo, utilización de niveles de ayuda y participación* durante las sesiones de trabajo, revelaron de manera general, resultados positivos en los participantes.

Desde el inicio del programa se estableció buena dinámica grupal y participación, con adecuados niveles de comunicación entre los miembros. Las tareas ejecutadas a ritmos lentos de trabajo fueron fundamentalmente tareas de memoria, atención y funciones ejecutivas.

La utilización de niveles de ayuda en la mayoría de los participantes dependió de la complejidad de las tareas y el compromiso de algunos dominios cognitivos. Fue necesario potenciar el trabajo bajo los principios de la Zona de Desarrollo Próximo y se evidenció progreso durante las sesiones de trabajo.

Sobre el desenvolvimiento en las tareas orientadas para el hogar y las rutinas cotidianas, según refirieron los cuidadores el progreso de los participantes fue positivo y favorecedor especialmente en la esfera afectiva-conductual a pesar de no haber sido objeto de intervención.

Se refirieron motivaciones en relación a la realización de actividades y ejercicios en casa de manera individual y colectiva, implicando a otros miembros de la familia.

Algunas de las frases referidas por los cuidadores se muestran a continuación:

1. *“Me costó mucho que realizara los ejercicios de cálculo, pero le encanta encontrar las diferencias en las figuras”.*
2. *“Ella es la que me recuerda que tiene que hacer la tarea e incluso, hizo que mi hijo se sentara con ella para que viera todo lo que hacía”.*

3. *“El otro día llamó por teléfono a una compañera del grupo, yo no sabía que habían intercambiado los números, pero ahora se llaman a cada rato”.*
4. *“Lo noto más contento, conversador y dispuesto cuando lo mando a realizar alguna tarea”.*
5. *“Duerme mejor, practica los ejercicios de respiración todos los días y la veo más concentrada”.*

Discusión

A pesar de la diversidad en el diseño y la efectividad, la mayoría de las intervenciones psicológicas muestran evidencias significativas en el abordaje de los trastornos neurocognitivos (Mogollón-González, 2014) (Urrutia-Amable *et al.*, 2017) (Peng *et al.*, 2019).

En relación a las capacidades cognitivas de los sujetos intervenidos hubo mejorías en la puntuación global del instrumento aplicado al concluir el programa. Urrutia y colaboradores (2017) resaltan también la efectividad de la estimulación cognitiva al intervenir en personas mayores cubanas con demencia en primeros estadios.

Por su parte Llanero y colaboradores (2010) estudiaron el efecto de un programa de estimulación cognitiva en 38 pacientes con DCL. Dicho programa grupal consistía en tres sesiones semanales de 90 minutos cada una y con una duración de 8 semanas. El análisis de los resultados mostró una mejoría en el deterioro cognitivo general, mediante los resultados obtenidos en el MMSE de Folstein, test de los 7 minutos y lista de palabras, siendo esta la variable más factible de predecir un mayor rendimiento tras la estimulación cognitiva. El presente estudio muestra resultados similares con mejorías en el funcionamiento cognitivo global de los participantes, el recuerdo diferido y la fluidez verbal.

Recientemente Zaldívar-Pérez (2018), publicó una intervención con tres sujetos con deterioro cognitivo a partir de una metodología clínica de estudios de caso, en la cual se emplearon tareas de atención, concentración, memoria y orientación en sesiones de una hora aproximada de duración, con dos frecuencias semanales, por espacio de 6 semanas. Los valores obtenidos demostraron una mejoría en cuanto a su funcionamiento cognitivo, alteraciones del sueño y bienestar emocional. En la presente investigación aunque no fue objeto de intervención, se obtuvieron resultados similares en la esfera afectiva-conductual de los participantes. Según la percepción de cuidadores e incluso los propios sujetos, se evidencian mejorías en el estado de ánimo, motivaciones y sueño. Durante las sesiones de trabajo se registraron vivencias positivas a nivel individual/grupal que favorecen el desarrollo de habilidades sociales y bienestar emocional de los participantes.

En una revisión bibliográfica realizada por Villalba y Tortajadab en 2014, se hace referencia a uno de los estudios dirigidos por la Fundación “María Wolf” y realizado por un grupo de profesionales de distintos centros públicos de España y Estados Unidos, para valorar los efectos de la estimulación cognitiva y motora en los pacientes con Alzheimer y otros trastornos cognitivos. Dicho estudio fue realizado con 84 pacientes con DCL, demencia leve y primera fase de la demencia moderada. El tratamiento consistía en dos sesiones semanales de 3 horas de duración cada una dirigida a un grupo. Los resultados publicados en la revista *Neurology*, mostraron que al cabo de un año los pacientes que habían acudido a las sesiones de estimulación cognitiva y motora presentaban estabilidad en las funciones cognitivas mientras que las de los pacientes que no las recibieron habían declinado. Estos resultados son comparables con los obtenidos en la investigación que se expone a pesar del corto tiempo de

intervención y la metodología que los autores proponen, ya que los sujetos intervenidos mostraron de manera general, estabilidad en las funciones cognitivas y funcionales.

Desde el punto de vista funcional la intervención terapéutica en cuestión estimula la conservación de las capacidades funcionales en las personas mayores con DCL para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria. Los resultados que se exponen revelan cómo el entrenamiento en estas diligencias a partir de estrategias compensatorias, la asistencia graduada y las reestructuraciones ambientales pueden mantener e incluso mejorar, el grado de dependencia.

Según Llanes-Díaz (2005) la Psicología de la Salud facilita la intervención y el análisis de diferentes acciones que constituyen comportamientos en salud. Una condición o un estatus de salud no constituye un comportamiento, pero sí las percepciones de dicho status, de su deterioro o recuperación y en este sentido las apreciaciones que se tiene de la problemática en cuestión por parte de enfermos y cuidadores/familiares son un factor determinante para mantenerse en un programa terapéutico como el que se implementó.

Si se toma en consideración dicho referente se puede plantear que el actual programa de intervención estimuló comportamientos protectores de salud, entre ellos prácticas saludables relacionadas con la higiene del sueño y la adherencia terapéutica, además de prácticas de seguridad que facilitan el mejor desenvolvimiento en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria y adaptación a la enfermedad.

El uso de la reminiscencia jugó un papel fundamental para alcanzar el objetivo propuesto. En la bibliografía consultada se visualizan efectos beneficiosos de la terapia de reminiscencia en cuanto a la cognición y en el estado de ánimo, además de mejorar las habilidades del cuidado personal, la comunicación y los trastornos conductuales. (González-Arévalo, 2015)

Gracias al uso de reminiscencia grupal e individual los pacientes logran mayor confianza, anticipación a eventos futuros y sociabilidad, mostrándose más habladores y declarando aumento en la estimulación, diversión y risa. (Tolson y Schofield, 2012)

De manera general los resultados obtenidos al implementar el programa de intervención terapéutico en personas mayores con DCL aunque no pueden ser generalizados, concuerdan con los obtenidos por otros investigadores antes mencionados en cuanto a la utilidad de la estimulación cognitiva, la TOR, el entrenamiento en las AVD y el uso de las reminiscencias.

El estudio presenta limitaciones en el alcance de los resultados debido al tamaño de la muestra y dificultad para realizar asociaciones estadísticas significativas, justificadas de alguna manera por la situación pandémica provocada por la Covid-19 y las medidas de restricción y confinamiento que han sido tomadas. Sin embargo, demostró la estimulación de las capacidades cognitivas y funcionales de personas mayores con DCL.

En opinión de los autores, la sinergia entre los diferentes métodos y procederes utilizados, ha permitido hacer importantes contribuciones en la búsqueda de mejores formas de atención a estos pacientes. Los programas terapéuticos se deben realizar en las fases iniciales del deterioro, considerando a la intervención psicológica una terapia de primera línea y cuyos efectos se extienden a múltiples áreas.

Conclusiones

Se diagnosticó en las personas mayores participantes de la investigación deterioro en sus capacidades cognitivas de manera global con mayor afectación en la viso-espacial/ejecutiva,

fluidez verbal, recuerdo diferido y orientación espacio/temporal. Entre las capacidades funcionales alteradas predominó el grado de dependencia moderado en la ejecución de AIVD.

Se diseñó e implementó un programa de intervención terapéutico con modalidades de estimulación cognitiva, TOR, entrenamiento en actividades de la vida diaria y reminiscencia; efectivo al estimular capacidades cognitivas como fluidez verbal, capacidades viso espaciales/ejecutivas, recuerdo diferido, mejorar capacidades funcionales y grado de dependencia en esas personas mayores con ese tipo de deterioro cognitivo.

Referencias bibliográficas

Alzheimer Disease International. (2015). *World Alzheimer Report* <http://www.alz.co.uk/news/world-alzheimer-report-2015-reveals-global-cost-of-dementia-set-to-reach-usd-1-trillion-by-2018>

Anuario Estadístico de Salud (2018). *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud*. MINSAP. pp.16–22.
https://salud.msp.gov.cu/wpcontent/Anuario/anuario_2019_edici%C3%B3n_2020.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Seúl, Corea.

Baltazar-Ramos, AM. (2018). *Intervenciones psicológicas*. UNAM, FES Zaragoza.
<https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Intervenciones-Psicologicas-2018.pdf>

Barrio-Sordo, E., González-Pérez, S., Pérez-Pardo, M., Pérez-Valdez, L. (2019). *Programa de estimulación para personas con Alzheimer*. CEAFA www.ceafa.es

CEAFA. (2016). *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. Guías metodológicas de implantación*.
<https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF-2.pdf>

De la Peña-Álvarez, C., Parra-Bolaños, N., Fernández-Medina, J., Bernabéu-Brotons, E. (2017). Diferencias neuropsicológicas entre subtipos de deterioro cognitivo leve. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(4), 4-14.
https://www.researchgate.net/publication/320298449_Diferencias_neuropsicologicas_entre_subtipos_de_deterioro_cognitivo_leve

García-Meilán, JJ., Carro-Ramos, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral (PACID). Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca* (IMSERSO). <http://www.imserso.es>

Gramunt-Fobuena, N., Molinuevo-Guix, JL. (2015). *El espectro del deterioro cognitivo: de la normalidad a la demencia*. Tratado Med. GERIÁTRICA Fundam. Aten. Sanit. Los Mayores, ELSEVIER, 2(2a)

Gómez-Soria, I. (2017). *Intervención a través de la estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo o demencia leve en atención primaria*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157748>

González-Arévalo, KA. (2015). *Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia*. *Psicogeriatría*, 5 (3),101-111 www.viguera.com/sepg

Instituto Cooperativo Interamericano (2004). *Principios fundamentales de la Educación Popular*. En Romero, M. I. y Hernández, C. N. (eds.). *Concepción y metodología de la educación popular: Selección de lecturas*. pp. 303-323. La Habana: Caminos.

Llanero, M., Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, MA., Ruiz, JM. (2010). *Estudio preliminar de los resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve. Alzheimer*. Real Invest, Demenc. 46, 5-13.

Llanes-Díaz, G. (2005). *El comportamiento en Psicología de la Salud*. La Habana: Científico Técnica.

Mogollón-González, EJ. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Educare Electronicv Journal*, 18(2), 1-17 doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-2.1>

Morales-Calatayud F. (1999). *Psicología de la Salud*. La Habana: Científico Técnica.

Muñiz, R., Olazarán J. (2009). *Mapa de TNF'S para demencia tipo Alzheimer. Guía de Iniciación Técnica para profesionales*.

www.crealzheimer.es/interPresent2/groups/imsero/documents/binario/Mapayguainiciacintnfalzparapr.pdf

Nasreddine, ZS., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment*. J Am Geriatr Soc, 53:695-9.

Nevado-Rey M. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve. Intervenciones no farmacológicas*. RevEspGeriatrGerontol, 52(Supl1), 44-46. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18300805>

O'Connor, CM., Clemson, L., Brodaty, H., Jeon, YH., Mioshi, E., Gitlin, LN. (2014). *Use of the Tailored Activities Program to reduce neuropsychiatric behaviors in dementia: an Australian protocol for a randomized trial to evaluate its effectiveness*. IntPsychogeriatr, 26(5), 857-869. <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/use-of-the-tailored-activities-program-to-reduce-neuropsychiatric-3>

Ramos-Monteagudo, AM., Yordi-García, MJ. (2018). *Challenges facing the Cuban State arising from demographic aging*. Medwave, 18(4), 7231 doi: <https://10.5867/medwave.2018.04.7231>

Rodríguez-Arce, MA. (2008). *Técnicas Participativas*. La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez-López, G., Tamargo-Barbeito T., Castro-Jiménez, M., Rodríguez-Martínez, Y., Goenaga-Morejó, J. (2020). Validación preliminar del test de evaluación cognitiva de Montreal en una muestra de adultos mayores. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 10(2):e368

Sanford, AM. (2017). Mild Cognitive Impairment. *Clin Geriatr Med*, 33:325–37. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.005>.

Tolson, D., Schofield, I. (2012). Football reminiscence for men with dementia: lessons from a realistic evaluation. *NursInq*, 19, 63-70.

<https://research-portal.uws.ac.uk/en/publications/footbal-reminiscence-for-men-whit-dementia-lessons-from-a-realis>

Urrutia-Amable, N., Sosa-Pérez, S., Álvarez-Chávez, Y., López-Brito, D., Hernández-Rodríguez, EW. (2017). *Estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer en Artemisa, Cuba, 2014-2016*. Rev Cubana Hig Epidemiol, 55(2), 13-30 <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/index>

Valderrama, E., Pérez del Molino, J. (1997). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 32 (5), 297-306.

Villalba-Agustina, S., Tortajada-Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *THERAPEÍA*, 6, 73-93.

Zaldívar-Pérez, DF. (2018). Entrenamiento cognitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 6(18), 58-68. <http://www.alfepsi.org/revista-alternativas-cubanas-en-psicología-vol6-n18/>