



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

Sonia Pareja Jimenez¹

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 78 años, con un ligero deterioro cognitivo y con una depresión leve, a la que se ha aplicado un programa de estimulación cognitiva durante ocho semanas. Este programa ha consistido en dos sesiones semanales presenciales de 90 minutos y tareas diarias para casa. Para comprobar la eficacia de la estimulación cognitiva, se establecen medidas de las pruebas psicológicas objetivas antes y después del programa y tras dos meses de seguimiento. En la exploración cognitiva se han utilizado diferentes test: Mini-Examen Cognoscitivo, Test de Alteración de la Memoria y Test del Dibujo del Reloj. Para valorar el funcionamiento afectivo se ha utilizado la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica. Los resultados obtenidos coinciden con los de otros autores (Montejo, 1999; Panza, 1996; De Vreese, 1998), pudiendo ser la estimulación cognitiva una clave importante en la ralentización del deterioro cognitivo y, por ende, en la elevación del estado de ánimo de los ancianos.

PALABRAS CLAVE: estado de ánimo, estimulación cognitiva, depresión leve, deterioro cognitivo leve.

Abstract

The influence of the cognitive stimulation in cognitive-emotional disorder: a unique case study. The case that has been studied is about a 78-year-old woman, with a mild cognitive impairment and with a slight depression, who has completed a programme of cognitive stimulation for eight weeks. This programme consisted of two weekly in-class course of 90 minutes each class and daily tasks as homework. Some psychological measures which must be objective before and after the programme are laid down to check the efficiency of the cognitive stimulation. These measures must be taken into account in three times: pre-treatment, post-treatment and post-monitoring. The programme will be followed for two months. In the cognitive exploration they have been used different tests: Cognitive Mini-

examination, The Memory Alteration Test and the Clock Drawing Test. The Abbreviated Yesavage Geriatric Depression Scale has been used to evaluate the emotional operation of the person studied. The obtained results match up with those of other authors, (Montejo, 1999; Panza, 1996; De Vreese, 1998). That is why cognitive training may be an important key in the slowing down of the cognitive deterioration and so, to lighten the elders' mood.

Keywords: cognitive stimulation, mild cognitive impairment, mood, slight depression.

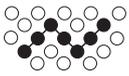
Con el paso de los años el cerebro, al igual que los demás órganos, va envejeciendo, caracterizándose en el ámbito poblacional por un declive natural de las funciones cognitivas (memoria, habilidades visoespaciales y velocidad de procesamiento de

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
29/09/2015

Aceptado:
23/10/2015

(1)Psicóloga sanitaria especialista en personas mayores y demencias .Miembro fundador del grupo de trabajo "Psicología, Alzheimer y otras demencias" del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid .Máster en Gerontología y Atención a la Tercera Edad, Experto Universitario en Neuropsicología y Demencias, Experto en Intervención Social en la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Experto en Terapia Asistida con Animales. Contacto psicologiageriatrica@gmail.com



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

la información). Este deterioro provoca que el rendimiento intelectual disminuya.

Por otro lado, el declive cognitivo no sólo depende de factores fisiológicos. Los factores ambientales influyen en la pérdida de habilidades cognitivas. El funcionamiento cognitivo se estimula por el ritmo de vida de cada persona. Al llegar a la vejez y reducirse las demandas del entorno comienza un proceso de desentrenamiento de las habilidades cognitivas (Jodar, 1994) que podrán compensarse con programas de estimulación cognitiva. Salthouse (1989) señala en su metaanálisis que la práctica, el adiestramiento o el entrenamiento de determinadas habilidades cognitivas mejoran el rendimiento. Además, como señala Ballesteros (2007), el deterioro cognitivo que se produce con la edad puede ralentizarse o disminuirse si el sujeto tiene un estilo de vida activo que incluya ejercicio físico, dieta equilibrada, en general, un estilo de vida saludable.

El entrenamiento de la memoria, al generar una estimulación cognitiva, puede poner en marcha la reserva cognitiva no ejercitada, presente en la persona con deterioro cognitivo leve. Stern (2002) definía la reserva cognitiva como la capacidad del individuo para hacer frente a las alteraciones del sistema nervioso ocurridas en la vejez, usando estrategias cognitivas compensatorias, empleando redes neuronales alternativas. También, como señala Haan et al. (2000), las relaciones sociales incrementarían la reserva cognitiva al exigir a los sujetos una mayor y más eficiente capacidad comunicativa, así como la participación en tareas complejas que exigen la puesta en marcha de recursos y capacidades cognitivas.

Los programas desarrollados para potenciar las destrezas cognitivas de los ancianos con deterioro cognitivo leve se basan en la estimulación sistemática y continua de funciones, capacidades, destrezas y habilidades cognitivas aún preservadas mediante un conjunto de actividades y estrategias dirigidas a potenciar la neuroplasticidad (Íñiguez-Martínez, 2004). La intervención cognitiva engloba tareas dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo global (memoria, lenguaje, atención, razonamiento, abstracción, cálculo y praxias).

La creencia popular indica que la afectación de la memoria en la edad adulta es síntoma inicial de demencia; sin embargo, no todas las quejas subjetivas de memoria u objetivada mediante pruebas neuropsicológicas indican el comienzo de una demencia.

La primera nosología de las alteraciones cognitivas del envejecimiento fue ideada por Kral (1962) al distinguir entre envejecimiento cognitivo benigno y maligno. Posteriormente, aparecieron otras definiciones que reunían distintos criterios, entre ellos destacamos: “alteración de la memoria asociada a la edad” (Crook et al., 1986) que incluía personas que muestran problemas puros de memoria, es decir, personas sin problemas neurológicos, psiquiátricos o médicos que muestran unos cambios de memoria debidos a la edad, significativos y suficientes para generar quejas subjetivas; “deterioro cognitivo ligero” (Petersen et al., 1997), definiéndolo como estado transitorio entre la normalidad y la demencia que no interfiere significativamente en la adaptación social y personal del sujeto; y, “declive cognitivo asociado al envejecimiento” (Asociación Internacional de Psicogeriatría en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, 1994), incluyendo personas con quejas subjetivas de memoria, déficit objetivos de memoria y aprendizaje y otras funciones cognitivas.

De forma general, podríamos definir el deterioro cognitivo como una alteración cognitiva cuya intensidad no es suficiente para ser catalogada como demencia, caracterizándose por quejas subjetivas, con frecuencia de alteración de la memoria, confirmado por una valoración objetiva. Ciertas funciones cognitivas se encuentran preservadas o escasamente alteradas, no estando alterada la autonomía funcional de las actividades de la vida diaria.

La aplicación de pruebas de rastreo cognitivo puede ayudar a detectar síntomas de forma temprana, pudiendo iniciar un programa completo de intervención para ralentizar el posible deterioro del anciano. La finalidad de las pruebas utilizadas (Mini-Examen Cognoscitivo, Lobo, 1979; Test de Alteración de la Memoria, Rami, 2007; Test del Dibujo del Reloj, Thalman, 1996; Escala Abreviada de Depresión Geriátrica, Yesavage, 1986), de fácil y rápida aplicación y corrección, es facilitar la detección de esas manifestaciones provocadas por la alteración de alguna de las funciones superiores.

En la vejez se produce una especial asociación entre la depresión y el deterioro cognitivo, llegando incluso a confundirse. Reifer et al. (1982) afirman que los ancianos con deterioro cognitivo presentan, en muchos casos, depresión lo que indica la especial interacción entre las variables cognitivas y afectivas durante la ancianidad. Algunos autores intentan dar explicación al problema planteado en la interrelación entre depresión y deterioro cognitivo. Deptula et al.



Sonia Pareja Jimenez

(1993) señala que los estados emocionales, como depresión o ansiedad, tienen un especial impacto sobre el rendimiento cognitivo en la vejez a diferencia de otras edades.

En este estudio, la hipótesis planteada es que el programa de estimulación cognitiva mejorará el rendimiento del sujeto, observándose un aumento progresivo en las puntuaciones de las pruebas neuropsicológicas utilizadas y, al mismo tiempo, disminuyendo las puntuaciones obtenidas en la valoración afectiva. Todo ello señala que la estimulación cognitiva ha puesto en funcionamiento habilidades cognitivas desentrenadas consiguiendo además mejorar el estado de ánimo del sujeto.

MÉTODO

Participantes. El estudio se ha realizado con una mujer de 78 años de edad, casada, con un nivel de estudios medio (Bachillerato elemental, estudió hasta los 15 años), de profesión ama de casa. Convive sola con su marido en casa de su propiedad, sin problemas económicos, es independiente para las actividades de la vida diaria, aunque apenas cocina (dice no acordarse de las recetas), no recibe ayudas externas de ningún tipo. Tiene una red social bastantes escasa. Uno de sus tres hijos vive en la misma ciudad que ella.

El sujeto presenta quejas subjetivas de memoria desde hace casi dos años, corroboradas por su marido, con desorientación temporo-espacial objetiva, uso de palabras ómnibus y anomia.

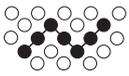
Materiales. Para la realización de los talleres de estimulación cognitiva se han confeccionado dos cuadernillos personalizados, con fichas elaboradas por la autora del estudio, a partir de diferentes programas de entrenamiento cognitivo. Cada cuadernillo contenía tareas para estimular diferentes funciones cognitivas (atención, gnosias/praxias, lenguaje, cálculo, funciones ejecutivas y memoria), un registro semanal de actividades lúdicas (dentro y fuera de casa), ejercicio físico y descanso (Anexo I) que tenía que rellenar a diario. Además se confeccionó un registro de actividades diarias relacionadas con la función cognitiva estimulada (Anexo II). Para la realización de las fichas, el sujeto disponía de diferente material para colorear y escribir (lápices de colores, bolígrafo, goma de borrar). En las sesiones presenciales se usaban postales antiguas, fotografías. La mayor parte de las sesiones de reminiscencia se hicieron en la calle.

Los programas utilizados en la elaboración de las fichas han sido:

- “Volver a empezar”. Tárraga, L. y Boada, M: (1999). Nos presentan estrategias de intervención de un programa de estimulación cognitiva que abarca las funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria. Se encuentra incluido dentro de un programa de psicoestimulación integral, presentado en diferentes cuadernos según la fase de la enfermedad.
- “Activemos la mente”. Peña-Casanova, J. (1999). Proyecto creado con el objeto de mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer, familiares y cuidadores. Está formado por un conjunto de materiales teórico-prácticos presentados en una caja de tres cajones con material de manualidades y seis libros que informan y ofrecen diferentes estrategias sobre la enfermedad.
- “Estimulación cognitiva: guía y materiales para la intervención”. Martínez, T. (2002). Se presenta una compilación de instrumentos y materiales técnicos para el desarrollo de programas de estimulación cognitiva, proporcionando a los profesionales una guía en su labor atendiendo a las personas mayores con deterioro cognitivo o demencia.
- “Estimulación cognitiva para adultos: cuadernos de introducción y ejemplos”. Sardinero, A. (2009). Está constituida por seis talleres diferentes (atención, funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, percepción y lectoescritura y visoconstrucción), ordenados en cinco niveles de dificultad.
- “Córtex”. Maroto, M. A. et al. (2012). Compuesto por un conjunto de ejercicios desarrollados para mantener y conservar las capacidades cognitivas de personas afectadas con algún tipo de demencia. Está formado por setecientas fichas con formato digital, organizados en dos niveles, según el grado de deterioro (leve/moderado), con ocho módulos diferentes (atención, cálculo, lenguaje, funciones ejecutivas, memoria, gnosias, praxias y orientación).

Los test utilizados para valorar las funciones cognitivas fueron:

Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, A. et al., 1979). Es la versión validada y adaptada en España del MMSE de Folstein (1975). Se trata de un test de rastreo general cuya finalidad es hacer un cribado del estado cognitivo global. Este instrumento de screening consta de 35 ítems y se utiliza en la detección del deterioro cognitivo, explorando de una forma rápida



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

y estandarizada un conjunto de funciones cognitivas que pueden estar alteradas en las personas mayores (orientación temporo-espacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias). El punto de corte óptimo para establecer la presencia de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años y bajo nivel educativo es 24 puntos; cuando el nivel educativo es medio-alto, el punto de corte es 27 puntos. La edad y los años de escolaridad influyen en el resultado final.

Test de Alteración de la Memoria (Rami, L. et al., 2007). Es un test breve, de fácil aplicación, que evalúa memoria episódica de tipo verbal y memoria semántica, incluyendo preguntas de orientación espacio-temporal. Se ofrece una puntuación global, además de la obtenida en cada uno de los cinco apartados de los que consta (memoria inmediata, de orientación temporal, memoria remota semántica, de evocación libre y de evocación con pistas). Discrimina deterioro cognitivo leve de tipo amnésico y enfermedad de Alzheimer en la población general. Su puntuación máxima es 50 puntos. Para distinguir el deterioro cognitivo leve tipo amnésico de quejas subjetivas de memoria se establece el punto de corte en 37. El punto de corte óptimo para la enfermedad de Alzheimer es de 31.

Test del Dibujo del Reloj (Thalman, B. et al., 1996). Test de rastreo específico. Es una prueba sencilla, que se utiliza para el screening de demencia, ya que proporciona información sobre múltiples dominios cognitivos (comprensión, concentración, memoria visual y abstracción, planificación, inhibición de respuesta y visoconstrucción). Su puntuación máxima es 10 puntos; una puntuación menor de 6 permite discriminar a pacientes con enfermedad de Alzheimer leve de sujetos sanos con una eficacia global del 93% (Contador, I. et al., 2010). En este estudio, se utiliza el formato de aplicación "a la orden", aplicando los criterios de puntuación de Cacho (1999).

Test utilizado para valorar el funcionamiento afectivo:

Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (Yesavage, J. et al., 1986). Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en los ancianos. Consta de 15 preguntas, diez positivas y cinco negativas, que requiere de cinco a siete minutos para ser completada, con respuestas dicotómicas (sí/no). El punto de corte indicativo de depresión es 6; puntuaciones de 0 a 5, sujeto sin depresión; de 6 a 9,

depresión leve; puntuaciones mayores de 10, depresión establecida.

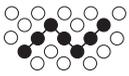
Procedimiento. Unos días antes de iniciar los talleres de estimulación cognitiva se realizan en el domicilio del sujeto los test para valorar su funcionamiento cognitivo y afectivo, en el marco de una entrevista clínica. Se utiliza una entrevista dirigida semiestructurada, de modo que, al recoger la información deseada, el sujeto se sintiese motivado a contestar con la mayor sinceridad posible, explicándole en todo momento en qué consistían los test que iba a realizar, reforzándole con sus respuestas, favoreciendo la interacción, sirviéndome de la escucha activa.

Se repetirán los test en dos ocasiones: al concluir el programa de entrenamiento de ocho semanas y tras los dos meses de seguimiento.

Los talleres comienzan el día 19 de marzo. Se le entrega el primer cuadernillo con las actividades correspondientes a las cuatro primeras semanas, acompañado del material que ha de utilizar e instrucciones orales para su elaboración (dichas instrucciones también aparecen escritas en cada cuadernillo). Se le insiste en que, ante cualquier duda, se dirija a mí, no pida ayuda a su marido ni deje que otros hagan las actividades por ella. Le indico que es muy importante que sea ella quien las realice; no hay actividades mal hechas, todas están bien, lo fundamental es su trabajo.

El registro de actividades lúdicas, ejercicio físico y descanso semanal que se incluye en cada cuadernillo servirá para descartar la influencia de posibles variables extrañas en la mejora del rendimiento en las pruebas. Este tipo de actividades las realiza el sujeto desde hace tiempo.

En los talleres presenciales semanales, que duraban una hora y media aproximadamente, se estimuló la expresión oral, realizando actividades de fluencia verbal, cálculo y memoria (palabras encadenadas, operaciones matemáticas mentales), praxias (usando objetos cotidianos y relacionándolos con distintas partes de su cuerpo), dictados y resúmenes escritos de párrafos leídos por el sujeto. En otras ocasiones, se colocaban sobre la mesa una serie de objetos (reloj de pulsera, mando de televisor, libro, gafas, teléfono móvil), nombrándolos en voz alta. Se cubrían con una tela y posteriormente, tenía que recordarlos, realizando asociaciones extravagantes con ellos, de modo que la saliencia de las asociaciones le ayudase en el recuerdo de los objetos. Estas tareas se realizaban en el domicilio del sujeto, sin la presencia de otras personas.



Sonia Pareja Jimenez

Como he señalado anteriormente, en el Anexo II se recoge el calendario con las tareas realizadas diariamente por el sujeto relacionadas con la función cognitiva ejercitada. Además, tenía que anotar diariamente la fecha en que realizaba la tarea como ejercicio de orientación. Aunque las tareas se han dividido según las funciones cognitivas estimuladas, en la mayoría de ellas se estimulaba más de una función. Las tareas desarrolladas son:

a) Para estimular la atención, el sujeto realizaba tareas basadas en la capacidad para orientar, seleccionar y mantener la captación de los estímulos relevantes, inhibiendo los irrelevantes. Ejemplo de las actividades desarrolladas son: búsqueda de figuras, preguntas sobre la colocación de diferentes objetos respecto a un punto concreto, tachado de números/letras, búsqueda de errores.

b) A la hora de ejercitar las funciones ejecutivas, responsables de la programación, planificación y ejecución de la conducta, se practicaba con tareas de ordenación de elementos según un orden temporal establecido, series alternantes, clasificación de palabras, claves de números, lo común/lo diferente de parejas de palabras.

c) El trabajo con la memoria iba dirigido a estimular la capacidad para almacenar información aprendida, recuperándola en momentos concretos. Para ello se utilizaban tarea de estimulación de los diferentes tipos de memoria; resumen de un texto leído por el sujeto (memoria inmediata), ordenar alfabéticamente una serie de palabras presentadas por escrito (memoria de trabajo), recordar hechos de la infancia (memoria episódica), escribir sinónimos/antónimos de una lista de palabras (memoria semántica), vestirse correctamente (memoria implícita).

d) Con los ejercicios de lenguaje se maximizan las capacidades lingüísticas preservadas, ejercitando la mecánica de la lectoescritura y optimizando la expresión verbal, manteniendo la comprensión verbal. Tareas realizadas: dictados, escritura espontánea, descripción de escenas.

e) En las tareas de cálculo se intenta favorecer la discriminación de cantidades (operaciones matemáticas, problemas), la discriminación de números (clasificar pares/impares), cálculo mental para favorecer también los niveles atencionales, activar y promover la lectura de cifras y números contando elementos y relacionándolos con el número correspondiente.

f) Por último, las tareas de praxias se basaron en ejercitar habilidades visoconstructivas, con copia de dibujos tridimensionales, simetrías, tareas de construcción de modelos, reconstrucción de partes de dibujos, colorear, de modo que se estimule la motricidad fina, favoreciendo la producción de actos motores voluntarios y manteniendo la mecánica de la escritura como ejercicio de praxia gráfica. En las actividades de gnosias, se realizan tareas de discriminación visual (asociación imagen-palabra), ejercitando la percepción mediante estímulos visuales (tareas de clasificación de elementos por características físicas iguales: color, forma, etc.), tareas de identificación de errores en imágenes o dibujos, reconocimiento de colores.

Las primeras sesiones de reminiscencia también se desarrollaron en su domicilio. Con esta técnica de comunicación se busca estimular la memoria autobiográfica utilizando postales antiguas, fotos de su juventud y adultez, juegos infantiles, rememorando momentos emotivos, unas veces de forma oral y otras, las menos, por escrito. Antes de caer en la monotonía de las sesiones y considerando lo reducido de sus relaciones sociales se me ocurrió que podría beneficiarle trasladar las sesiones de reminiscencia a las calles donde ella creció. Las seis sesiones restantes se realizaron paseando por la calle donde se ubica el instituto en el que estudió, los lugares que frecuentaba, dónde iba a comprar, su domicilio de entonces.

El 12 de mayo, un día después de concluido el programa de estimulación, se hace la segunda valoración del funcionamiento cognitivo y afectivo, pidiéndole su opinión sobre las tareas que se le han propuesto. Relata que las actividades que más le han gustado son cálculo y pintar; las que menos, escribir. Lo que le ha hecho sentirse mejor han sido los "*paseos por su infancia*" y quiere seguir realizando tareas en el futuro porque le han servido para "*recordar cosas*".

El 14 de julio se hace la última valoración cognitiva y afectiva del sujeto en su domicilio, utilizando el mismo formato que en las dos ocasiones anteriores.

Diseño: Para la realización de este proyecto se ha elegido un diseño de caso único de medidas repetidas. Se establece una línea base de las cuatro pruebas de valoración cognitivo-afectivo (Mini-Examen Cognoscitivo, Test de Alteración de la Memoria, Test del Reloj y Escala de Depresión abreviada). Posteriormente, se evalúa su progreso tras la fase de estimulación cognitiva y pasados los dos meses fijados como fase de seguimiento.

La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

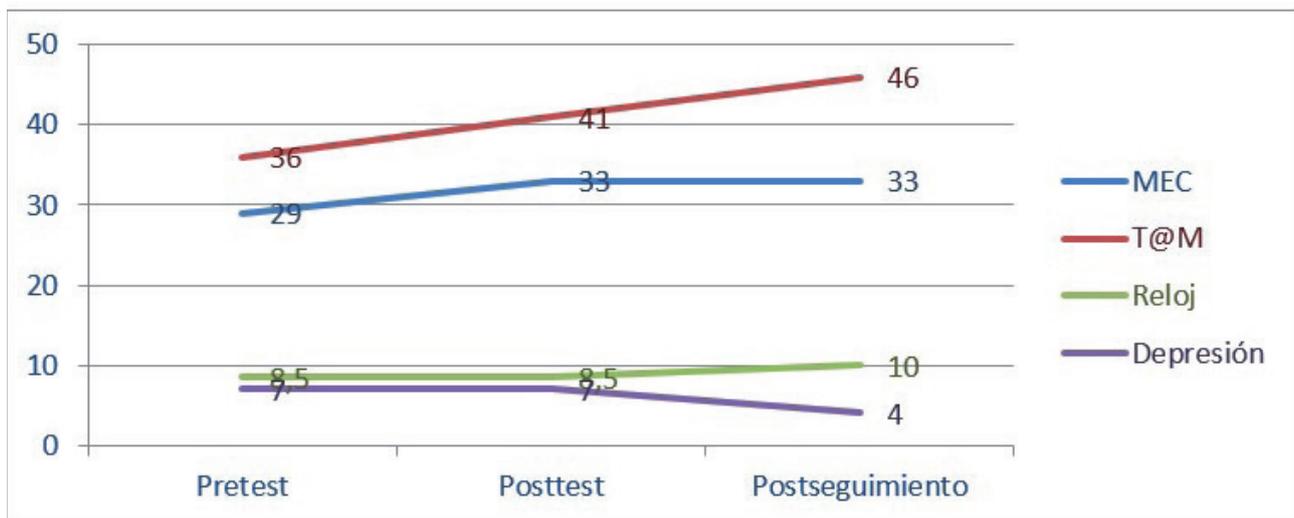
RESULTADOS

Como podemos apreciar en la Gráfica 1, los datos descriptivos muestran una tendencia ascendente en las puntuaciones obtenidas en las pruebas de valoración cognitiva, aplicadas en las fases post-test y post-seguimiento, indicando que ha mejorado su rendimiento. También se observa la disminución de las puntuaciones obtenidas en el test de valoración del funcionamiento afectivo, sugiriendo una mejoría en el estado de ánimo del sujeto (menor puntuación es indicativo de normalidad).

puntos) para diferenciar el deterioro cognitivo leve de las quejas subjetivas de memoria. Tras los talleres de estimulación cognitiva, consigue incrementar esa puntuación, alcanzando 41 puntos, quedando muy cerca de la puntuación máxima en la valoración tras el seguimiento, 46 de un total de 50 puntos.

3. Test del Dibujo del Reloj (Thalman, et al., 1996): todas las puntuaciones obtenidas por el sujeto están dentro de la normalidad, no variando en el pre-post. Tras el seguimiento obtiene la puntuación máxima (10 puntos) propuesta por Cacho et al. (1999).

4. Escala abreviada de Depresión Geriátrica (Yesavage, et al., 1986): la puntuación que obtiene el



Gráfica 1. Resultados de la valoración afectiva y cognitiva.

Haciendo un recorrido específico por cada prueba realizada, los resultados muestran:

1. Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, et al., 1979): la puntuación obtenida por el sujeto antes de comenzar el programa de estimulación cognitiva es de 29, según la clasificación de Menéndez y San José (1995), se incluiría en el grupo definido como Bordinde (rango 25-29). Después del tratamiento, el sujeto alcanza 33 puntos situándole en un nivel de normalidad (puntuación 30-35) que se mantiene durante el seguimiento.

2. Test de Alteración de la Memoria (Rami, et al., 2007): el resultado obtenido por el sujeto en la primera valoración es de 36 puntos, está un punto por debajo del nivel de corte propuesto por Rami (37

sujeto antes de iniciar el programa (7 puntos) le clasifica como sujeto con depresión leve (de 6 a 9 puntos). Este valor no cambia con la estimulación cognitiva, pero sí tras el seguimiento, consiguiendo una valoración de 4 puntos, que le sitúa dentro de la normalidad (rango 0-5).

Se ha utilizado el Índice de Cambio Cognitivo (ICC) (Spector et al., 2003), para evaluar la eficacia de la estimulación cognitiva en el sujeto. La fórmula para calcular este índice es $ICC = \text{puntuación obtenida en la línea base} - \text{puntuación obtenida en fase posterior}$ (Tabla 1). De este modo, observamos el efecto de la intervención: una puntuación de signo positivo alejada del cero sugiere ineficacia del tratamiento; por el contrario, una puntuación con signo negativo alejada del cero indica mejora en el rendimiento cognitivo, es decir, la hipótesis propuesta se cumple y la estimulación cognitiva ha mejorado las habilidades cognitivas y el estado afectivo del sujeto.

Sonia Pareja Jimenez

ICC	Pre/Post	Post/Seguimiento	Pre/Seguimiento
MEC	-4	0	-4
T@M	-5	-5	-10
Reloj	0	-1.5	-1.5
Depresión	0	-3	-3

Tabla1. Índice de Cambio Cognitivo en los tres momentos de medida.

(Valores negativos señalan mejora del rendimiento en las pruebas)

Tras la estimulación cognitiva se observan efectos positivos en el MEC y en el T@M, con puntuaciones -4 y -5, respectivamente. No se aprecian cambios en las puntuaciones obtenidas en el Test del Reloj ni en la Escala de Depresión. Transcurridos los dos meses de seguimiento, la influencia positiva de la estimulación cognitiva se sigue observando en el T@M. Asimismo, se producen cambios en las puntuaciones obtenidas en el Test del Reloj y en la Escala de Depresión, con puntuaciones -1.5 y -3, respectivamente. El MEC no varía.

Podemos decir que, respecto al MEC tanto en el pre/post como en el pre/seguimiento las diferencias encontradas son significativas ($z=.088$, $p \geq .05$, en ambos casos) no hallándose diferencia en el post/seguimiento. En cuanto al T@M, las diferencias son significativas ($p \geq .05$) en todos los casos: pre/post ($z=.088$), post/seguimiento ($z=.081$) y pre/seguimiento ($z=.171$). Sin embargo, en el Test del Reloj no existen diferencias en el pre/post, aunque sí tanto en el post/seguimiento como en el pre/seguimiento ($z=.115$, $p \geq .05$, en ambos casos). Por último, en la Escala de Depresión encontramos diferencias significativas entre las fases post/seguimiento y pre/seguimiento ($z=.370$, $p \geq .05$, en ambos casos), no existiendo diferencias en el pre/post.

A la luz de todos estos resultados, podríamos afirmar que, con el programa de estimulación cognitiva se ha logrado incrementar el rendimiento del sujeto en las pruebas cognitivas, apuntando una mejoría en su funcionamiento cognitivo y, al mismo tiempo, se ha conseguido mejorar su estado de ánimo, observado en un descenso en las puntuaciones obtenidas en su valoración afectiva.

DISCUSIÓN

Tratándose de un diseño de caso único, la principal objeción con la que nos encontramos es no poder generalizar los resultados. Sin embargo, una gran ventaja al poder establecer una estimulación cognitiva individualizada es la mayor aproximación del programa a los déficits e intereses del anciano.

La mejora en el rendimiento del sujeto en este estudio coinciden con la investigación de Montejo (1999) con población española, quien logra unos resultados que muestran una mejoría significativa en el rendimiento de la memoria inmediata después del tratamiento, incrementándose en el seguimiento a los seis meses. De forma similar, Panza (1996) en su estudio con personas con deterioro cognitivo leve prueba la eficacia del entrenamiento en memoria obteniendo una mejora significativa en el grupo de tratamiento, en la prueba dirigida a evaluar la memoria. Igualmente, De Vreese (1998) en su trabajo analiza la eficacia de un entrenamiento en memoria por la mejoría de un grupo de personas con deterioro cognitivo leve y/o con quejas subjetivas de memoria. De los resultados obtenidos por este autor se desprende que ambos grupos experimentan una mejora significativa en su memoria tras el entrenamiento, siendo los sujetos con deterioro cognitivo los que más se benefician de ese entrenamiento.

Corroborando lo señalado por Calero y Navarro-González (2006), las intervenciones dirigidas a estimular y a ejercitar las habilidades cognitivas pueden actuar contrarrestando los efectos negativos del envejecimiento. Por este motivo, dichas intervenciones se convierten en una herramienta de actuación muy importante en la vejez, debiendo incluirse en los protocolos de intervención con la población anciana con y sin deterioro cognitivo.

Se estima que la prevalencia del deterioro cognitivo leve se sitúa, como media, en el 19% en personas mayores de 75 años. Íñiguez-Martínez (2009) señala que entre el 10 y el 15% de estas personas desarrollarán demencia en el plazo de un año. Con estos datos es conveniente llevar a cabo proyectos psicoeducativos dirigidos a la población mayor como forma de prevención, así como programas de estimulación cognitiva destinados a las personas afectadas de deterioro. Establecer unas rutinas diarias en las que se incluya ejercicio físico, un programa de entrenamiento cognitivo estructurado como el que se ha desarrollado en este estudio, o, simplemente, con lectura diaria, hacer crucigramas,



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

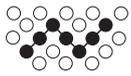
pasear, viajar, unido a la fuerte motivación del sujeto por frenar su deterioro, han servido para conseguir resultados positivos.

Por otro lado, la sintomatología ansiosa/depresiva concurrente con el deterioro cognitivo leve se asocia con su progresión. La depresión se ha relacionado como factor de riesgo en diferentes estudios (Gabryelewicz, T. et al., 2007; Teng, E. 2007), observándose una evolución a demencia en sujetos con deterioro cognitivo leve y síntomas neuropsiquiátricos. Baquero et al. (2006) en su estudio concluyen que en un 62% de los casos de deterioro cognitivo leve existe algún síntoma psicológico o conductual, siendo un tercio de ellos depresión e irritabilidad. Del mismo modo, Lyketsos et al. (2000), Apostolova (2008), observan que los síntomas depresivos son los más frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo leve. Sería muy recomendable proporcionar a los ancianos las estrategias y medios necesarios para fortalecer y ampliar las redes sociales de que disponen. Es sustancial señalar la importancia de las relaciones sociales para aumentar la capacidad comunicativa que repercute en el aumento del estado de ánimo.

El sujeto protagonista de este estudio es una persona con sentimientos de soledad “su vida está vacía”, constantemente preocupada porque le vaya a pasar algo a ella misma o a alguien de su familia; no se ve con fuerzas ni energía para empezar nuevos proyectos. Con esta intervención se consigue que su estado de ánimo sea más alegre y disminuya su sentimiento de soledad, aunque sigue con sus pensamientos catastróficos sobre lo que le pueda pasar a alguien de su familia. Se insta al sujeto que aumente sus relaciones sociales participando en actividades de ocio grupales (por ejemplo, bailes de salón, gimnasia, aprendizaje de uso de ordenadores, voluntariado) que fomenten la comunicación, consiguiendo preservar la independencia y la adaptación social.

REFERENCIAS

1. Apostolova, L.G., Cummings, J.L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, pp. 115-126.
2. Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. UNED. Editorial Universitat, S.A. Madrid.
3. Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E.M., Andreu-Catalá, M. (2006). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38, pp. 323-326.
4. Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L., Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 7, pp. 648-655.
5. Calero, M.D. y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17(2), pp. 187-202.
6. Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., Tapias-Merino, E., Bermejo-Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, pp. 677-686.
7. Crook, T.H., Bartus, R.T., Ferris, S.H., Whitehouse, P., Cohen, G.D., Gershon, S. (1986). Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a national institute of mental health work group. *Developmental Neuropsychology*, 2, pp. 261-276.
8. De Vreese, L., Belloi, L., Iacono, S., Finelli, C. y Neri, M. (1998). Memory training programs in memory complainers: efficacy on objective and subjective memory functioning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6, pp. 141-154.
9. Deptula, D., Singh, R. y Pomara, N. (1993). Aging, emotional states and memory. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 429-434.
10. Folstein, M.E., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State; a practical method for grading the mental state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, pp. 189-198.
11. Gabryelewicz, T., Styczynska, M., Luczyewk, E., Barczak, A., Pfeffer, A., Androsiuk, W. et al. (2007). The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, pp. 563-567.
12. Haan, M.N., Mungas, D., González, H.M., Jagust, W.J. (2000). Cognitive functioning and dementia prevalence in older latinos: cardiovascular and cultural correlates. *Neurobiology of Aging*, 21(1), pp. 35.
13. Íñiguez-Martínez, J. (2004). El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia tipo Alzheimer. *Informe Portal Mayores*, 17.
14. Íñiguez-Martínez, J. (2009). El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico. *Informe Portal Mayores*, 58, pp. 397-405.
15. Jodar, M. (1994). La memoria en el anciano: disminución y potenciación. *Ger Press*, 24, pp. 1-3.
16. Kral, V.A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86, pp. 257-260.
17. Latorre, J.M. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), pp. 243-264.
18. Lobo, A., Ezquerro, F., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría*, 7, pp. 189-201.
19. Lyketsos, C.G., Sheppard, J.M., Steele, C.D., Kopunek, S., Steinberg, M., Baker, A.S. et al. (2000). Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of setraline in the treatment of depression complication Alzheimer's disease: initial results from the depression in Alzheimer's disease study. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1686-1689.



Sonia Pareja Jimenez

20. Maroto, M.A., y Blanco, V. (2012). *Córtex: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo en enfermos de Alzheimer y otras demencias*. Ediciones TEA. Madrid.
21. Martínez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Consejería de Asuntos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.
22. Menéndez, M. y San José, A. (1995). *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistemas de información para centros asistenciales*. Fundación Caja Madrid. SG Editores.
23. Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A., de Andrés, M. y Claver, M. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, pp. 199-208.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD10)*. Madrid: Meditor.
25. Panza, F., Solfrizzi, V., Mastroianni, F., Nardó, G., Cigliola, F. y Capurso, A. (1996). A rehabilitation program for mild memory impairments. *Archives of Gerontology Geriatrics*, 5, pp. 51-55.
26. Peña-Casanova, J. (1999). *Activemos la mente*. Fundación La Caixa. Barcelona.
27. Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. & Kokmen, E. (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, pp. 65-69.
28. Rami, L., Molinuevo, J.L., Sánchez-Valle, R., Bosch, B., Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, pp. 294-304.
29. Reifier, B.V., Larson, E. y Hanley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 623-626.
30. Salthouse, T.A. (1989). Age-related changes in basic cognitive processes. En P. T. Costa, M. Gatz, B.L. Neugarten, T.A. Salthouse, & I.C. Siegler (Eds.), *The adult years: Continuity and change*. (pp. 9-40). Washington, DC: American Psychological Association.
31. Sardinero, A. (2009). *Estimulación cognitiva para adultos: cuadernos de introducción y ejemplos*. Editorial GESFOMEDIA. Madrid.
32. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 248-254.
33. Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal International of Neuropsychological Society*, 8(3), pp. 448-460.
34. Tárraga, L. y Boada, M. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Fundación ACE. Barcelona.
35. Teng, E., Lu, P., Cummings, J. (2007). Neuropsychiatry symptoms are associated with progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Dementia of Geriatric Cognitive Disorders*, 24, pp. 253-259.
36. Thalman, B. et al. (1996). Improved screening for dementia: combining the clock drawing test and the Mini-Mental State Examination. Conferencia presentada en The 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium. Nice, 10-14 Abril, 1996.
37. Yesavage, J.A., Sheikh, J.L. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5 (1-2), pp. 165-173.