



PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DETERIORO COGNITIVO

Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo

Primitivo Ramos Cordero^a y Raquel Yubero^{b,c}

^a Secretario General de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

^b Unidad de Memoria, Servicio de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Servicio de Neurología, Hospital Quirón, Madrid, España

Palabras clave:

Deterioro cognitivo
Terapias no farmacológicas
Neuroplasticidad
Actividades de la vida diaria
Alimentación y nutrición
Antioxidantes

RESUMEN

A lo largo de este artículo se revisa el efecto de las terapias no farmacológicas en las personas que desarrollan un cuadro de deterioro cognitivo, especialmente aquellas encaminadas a la estimulación y mantenimiento funcional, ya que tanto las terapias farmacológicas como las no farmacológicas que inciden a nivel de la esfera cognitiva y psicoafectiva son objeto de otra sección de esta monografía. Del mismo modo se aborda la estrecha y recíproca relación que existe entre el deterioro cognitivo, la alimentación y el estado nutricional de las personas, describiendo los principales factores de riesgo nutricional y los factores protectores para el desarrollo del deterioro cognitivo.

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-pharmacological treatment of cognitive impairment

ABSTRACT

This article reviews the effect of non-pharmacological therapies in persons with cognitive impairment, especially treatments aimed at brain stimulation and functional maintenance, since both pharmacological and non-pharmacological therapies affecting the cognitive and psychoaffective domains are reviewed in another article in this supplement. The article also discusses the close and reciprocal relationship between cognitive impairment, diet and nutritional status and describes the main nutritional risk factors and protective factors in cognitive decline.

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Cognitive impairment
Non-pharmacological therapy
Neuroplasticity
Activities of daily living
Diet and nutrition
Antioxidants

Ya ha quedado expuesto en otras secciones de esta monografía que los cuadros de deterioro cognitivo pueden deberse a diferentes etiologías y, por tanto, no todos siguen un mismo curso clínico, sino que, por el contrario, encontramos una gran diversidad de comportamientos en su evolución. No obstante, cada año en ese curso evolutivo un 15-20% de los casos evoluciona de forma progresiva, perdiendo la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar. También pueden desorientarse en tiempo y espacio, sufriendo confusión y dificultad para discernir entre el día y la noche y puede afectar a otras áreas como el lenguaje, la expresividad, la conducta o el comportamiento,

con cambios de personalidad, irritabilidad, pasividad o apatía y depresión.

Estos cuadros evolutivos, finalmente, acaban afectando a la esfera funcional, perdiendo destreza en las actividades avanzadas, instrumentales y finalmente básicas de la vida diaria.

Todo lo anteriormente expuesto va originando que disminuya la aptitud o capacidad para cuidarse y dirigir sus actos por sí mismo, de una forma coherente y responsable, es decir, se acaba perdiendo uno de los bienes más preciados de cualquier persona, como es su autonomía y la capacidad de autogobierno.

Correo electrónico: primitivo.ramos@gmail.com (P. Ramos Cordero);
rayubpan@gmail.com (R. Yubero).

También sabemos que actualmente no podemos predecir con exactitud la progresión y los cambios que van a ocurrir en las personas que inician un cuadro de deterioro cognitivo, pero sí sabemos que muchos de estos cambios acaban constituyendo un problema para las personas que lo padecen y para los que conviven con ellas, familiares, amigos o cuidadores, por las dificultades que conlleva adaptarse a estos. En definitiva, que produce una pérdida de la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar, originando grandes dificultades en la convivencia.

Debido a ello, una de nuestras principales apuestas ha de ser propiciar un enfoque integral, en el que el conocimiento, la prevención, la detección precoz y la intervención una vez que se detectan son esenciales para conseguir mantener la autonomía y minimizar algunos riesgos de estas personas, así como para conservar o mejorar su calidad de vida, ya que se ha demostrado mediante estudios experimentales que cuanto más precozmente se intervenga, con una terapia adecuada y acorde a las posibilidades de cada persona, mejor se puede detener la evolución del proceso.

Aproximadamente, casi el 80% de los procesos etiológicos responsables del deterioro cognitivo no tiene tratamiento farmacológico curativo, motivo por el que los tratamientos y abordajes no farmacológicos en estos han adquirido un protagonismo creciente a lo largo de la década de los noventa y hasta ahora, frente al nihilismo terapéutico al que estaban abocados en los años previos¹.

Actualmente, los tratamientos farmacológicos, limitados en cuanto a acción y en cuanto a períodos, bien sean los anticolinesterásicos y/o los inhibidores de los receptores NMDA del glutatión (memantina), ya comentados a lo largo de esta monografía, se complementan con las terapias no farmacológicas, a través de lo que ha venido denominándose el abordaje integral del deterioro cognitivo o de la demencia, en el que se abordan de una forma integral y holística todas las áreas y dimensiones (física, mental, social y funcional) de la persona que padece el deterioro cognitivo o la demencia, más que la enfermedad o proceso en sí mismo. Es decir, atendemos a personas más que a enfermedades y, además, no solo atendemos a la persona que la padece, sino a su entorno próximo, familia y cuidadores. En definitiva, se ha pasado a una atención mucho más humanizada y de mayor calidad para las personas que padecen deterioro cognitivo y su entorno (familiares, cuidadores, etc.)^{1,2}.

Las terapias no farmacológicas engloban una serie de intervenciones con las que, a través de agentes de naturaleza no química, pretendemos mejorar o mejoramos la calidad de vida de las personas y su entorno. Se aplican desde hace décadas y han debido abrirse camino no sin dificultades, ya que los primeros estudios hacia los años setenta y ochenta, en los que se evaluaba la validez y efectividad de estos programas, eran escasos, tenían graves problemas metodológicos y no se fundamentaban sobre estudios científicos muy rigurosos, ya que se partía de sesgos entre los grupos de casos y controles, se comparaban muestras de diferentes procedencias (centros de día, residencias, hospitales, etc.) con las diferencias tan ostensibles que existen entre ellas, no resultaban representativas pues estudiaban a 40-50 personas, los períodos de seguimiento eran cortos, no se llevaban a cabo estudios longitudinales, etc. De ahí que gozasen de escasa credibilidad y solo se contemplaban como un mero "entretenimiento" o "paso del tiempo", e incluso en sus primeras etapas se utilizó una denominación un tanto peyorativa, como la de "terapias blandas"³.

El punto de partida sobre el que se fundamenta la validez y efectividad de las terapias no farmacológicas desde un punto de vista científico arranca en la década de los ochenta con la *teoría de la neuroplasticidad* o capacidad plástica del cerebro, de sus estructuras y redes para modificarse y así adaptarse a nuevas situaciones restableciendo su equilibrio previo (plasticidad), alterado tras una lesión. Esta teoría nos muestra al cerebro como un órgano dinámico y activo capaz de modificar su estructura y circuitos funcionales (neuronas, sinapsis, neurotransmisores, etc.), desbancando así a las previas hasta aquel momento, que consideraban al cerebro como un órgano estático. Hay

estudios que ponen en evidencia la capacidad de regenerarse y desarrollar nuevas conexiones de las neuronas previamente lesionadas.

La plasticidad viene determinada por factores intrínsecos de las personas (genética, biología, fisiología) y factores extrínsecos (factores y estímulos ambientales), y es sobre estos últimos en los que mayor capacidad de intervención disponemos a través del aprendizaje para la recuperación o rehabilitación de las funciones cerebrales perdidas por un daño o lesión previa.

Es evidente que esta capacidad plástica no es idéntica en todas las personas ni en todas las etapas de la vida (niño, adulto, mayor) y que a medida que avanza el grado de deterioro cognitivo y neuromotor, esta se va mermando hasta llegar a ser prácticamente nula en fases muy avanzadas de la demencia. Esto es lo que invita a que las intervenciones encaminadas a recuperar la función cognitiva y neuromotora sean lo más precoces posibles, ya que su potencial de recuperación es mayor; o, en el peor de los casos, en los que no exista potencial de recuperación, el mantenimiento se efectúa en un umbral funcional más alto, con la consiguiente mejoría de su calidad de vida.

La merma de las funciones intelectivas-cognoscitivas o neuromotoras se puede producir por varios motivos: por una lesión orgánica de causa vascular, degenerativa, metabólica, etc., o bien por alteración funcional, por "desuso" o ausencia continuada de estímulos sobre la función cognitiva, intelectual-relacional, neuromotora, etc., que conducen a la atrofia de esta. Es aquí donde está nuestro reto y donde alcanza toda su expresividad la intervención de una forma racional y proporcional a las posibilidades de cada persona mediante los programas de estimulación funcional y cognitiva^{4,5}.

Objetivos de las terapias no farmacológicas

En la actualidad, las terapias no farmacológicas se definen como las intervenciones de naturaleza no química que pueden realizarse y replicarse en el paciente o el cuidador y potencialmente conseguir un beneficio importante. Las terapias no farmacológicas persiguen múltiples y diferentes objetivos, entre los que cabe destacar como más relevantes los siguientes:

- Estimular, mantener o mejorar la capacidad mental y el rendimiento cognitivo = *área de la cognición-conducta*.
- Mantener o fortalecer la integración con el entorno y las relaciones sociales, mejorando su autoestima = *área afectivo-relacional*.
- Evitar o minimizar el estrés y las reacciones psicológicas anómalas = *área psicoafectiva*.
- Mejorar o mantener el rendimiento funcional y la autonomía personal para las AVD = *área de la autonomía funcional*.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal = *área de seguridad*.
- Mejorar la calidad de vida de la persona enferma, de sus familiares y sus cuidadores = *área del confort*.

Existen estudios basados en evidencia científica que demuestran que la intervención en estas áreas es capaz de detener tanto la evolución clínica como el deterioro de las AVD, permaneciendo prácticamente estables durante 1 año, sin progresión del deterioro al que habrían estado abocadas sin estas⁵.

Es obvio que algunas de estas intervenciones se abordan en otra sección de esta monografía y, por tanto, no serán objeto de desarrollo en esta sección, por lo que desglosaremos las restantes.

Área de la autonomía funcional: actividades de la vida diaria

Las personas que padecen un cuadro de deterioro cognitivo, si no se les estimula adecuadamente, comienzan a presentar limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD), primero en las actividades avanzadas, posteriormente en las instrumentales, y si progresa afecta incluso a las actividades básicas de la vida diaria. La práctica de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5043811>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5043811>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)