



TALLER JERONI DE MORAGAS
S. Coop. C. Lda.

PLATAFORMA **tjmapps**

ESTIMULACIÓN COGNITIVA
Marco teórico y bibliografía

Taller Jeroni de Moragas, SCCL.

Villadelprat, 79
08197 SANT CUGAT DEL VALLÈS
Telf: 936745048 Fax:936753048





Índice:

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. ¿Qué es la Estimulación Cognitiva?.....	3
1.2. Evidencia científica.....	3
1.3. Programas de estimulación cognitiva.....	6
1.4. Efectividad de la estimulación cognitiva en las demencias.....	9



1. INTRODUCCIÓN:

1.1. ¿Qué es la estimulación cognitiva?

La estimulación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, memoria, lenguaje, orientación, razonamiento, organización, planificación, imaginación...) mediante una serie de prácticas y actividades concretas.

Un programa de entrenamiento cognitivo es una forma de ejercitación teórico-práctica que tiene como fin transmitir estrategias para preservar el funcionamiento mental, fundamental para lograr una buena calidad de vida, y entrenar y estimular las diversas funciones cognitivas implicadas.

El interior del encéfalo humano, repleto de neuronas y sus conexiones, es capaz de adaptarse, modificarse y desarrollarse en función de las exigencias del medio. Cada vez que resolvemos un problema, meditamos entre varias opciones, mantenemos una conversación, visitamos lugares nuevos, cada vez que utilizamos nuestras funciones cognitivas estamos ayudando a la actividad de nuestras neuronas, creando nuevas conexiones entre ellas. A esto se le denomina plasticidad neuronal.

El concepto de entrenamiento cognitivo parte de la premisa de que las capacidades cognitivas responden positivamente al ejercicio constante y repetido incrementándose su función. Este entrenamiento es útil en personas con deterioro cognitivo, con discapacidad intelectual y/o con enfermedades neurológicas degenerativas. Ayuda a preservar y desarrollar las funciones cognitivas no deterioradas y estimular las deterioradas.

1.2. Evidencia científica.

La estimulación cognitiva es uno de los pilares fundamentales de la rehabilitación neuropsicológica repercutiendo en el cerebro en forma de neuroplasticidad. Todas las investigaciones coinciden en el efecto positivo, mejora e incremento en el funcionamiento de las diferentes áreas cognitivas en comparación con el grupo control (grupo al que no se le aplica el tratamiento). Encontrando diferencias significativas entre el pretest y postest que demuestran la efectividad de los tratamientos.

Las nuevas tecnologías han permitido que se creen plataformas informáticas especializadas que hace que las sesiones sean mucho más atractivas para los usuarios y obtengan un mejor rendimiento logrando ser más efectivo que el tratamiento tradicional.



Se ha demostrado que un tratamiento combinado (farmacológico + estimulación cognitiva) es el que muestra mayores beneficios.

Muchas son las investigaciones científicas que demuestran su efectividad:

-Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. Sara Villalba Agustín y Raúl Espert Tortajada, abril 2014.

En su revisión neuropsicológica concluyen que la Estimulación Cognitiva (EC) abarca todas aquellas actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las praxias, las gnosias son, entre otros procesos neuropsicológicos, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas de EC.

Por otro lado, la EC empieza a ser entendida como un tipo de gimnasia cerebral (*brainfitness*) pautada y programada con claros objetivos que repercuten sobre el cerebro en forma de neuroplasticidad, neurogénesis, compensación cerebral o reserva cerebral. Si el envejecimiento implica una merma fisiológica de funciones cognitivas, la EC se erige como una técnica de gran pujanza (junto con el abordaje farmacológico) para compensar o prevenir dichos déficits.

https://www.researchgate.net/publication/280573379_Estimulacion_cognitiva_Una_revision_neuropsicologica

-Ginarte Y. Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. Rev. Neurol., 2002; 34 (9): 870-876.

En la actualidad, la rehabilitación de funciones cerebrales constituye una de las tareas fundamentales de la neuropsicología, y la rehabilitación cognitiva se considera uno de sus pilares fundamentales. Existen múltiples concepciones para su definición teórica y su abordaje, pero todas se centran en el propósito común de recuperar los déficits existentes en las capacidades cognitivas. Durante los últimos años ha habido un considerable incremento de los estudios de intervención cognitiva, especialmente en aquellos pacientes portadores de lesiones cerebrales de etiología traumática o vascular. El desarrollo alcanzado por las neurociencias y la informática ha permitido que los métodos convencionales de rehabilitación se sustituyan paulatinamente por programas informáticos que proporcionan innumerables ventajas al proceso rehabilitador.

<https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/07/Rehabilitaci%C3%83%C2%B3n-Cognitiva.-Aspectos-te%C3%83%C2%B3ricos-y-metodol%C3%83%C2%B3gicos.pdf>

- Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. Zamarrón MD, Tárraga L, Fernández - Ballesteros R. Psicothema, 2008; 20 (3): 432-437.



El objetivo de este estudio es el de investigar potenciales cambios en plasticidad cognitiva tras entrenamientos de psicoestimulación en enfermos de Alzheimer en fase leve. Participaron en el estudio 26 pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en fase leve, 17 de los cuales seguían un programa de estimulación cognitiva (PPI de Tarraga, 2001) durante 6 meses y los otros 9 fueron asignados al grupo control. Con el objetivo de evaluar la plasticidad cognitiva, todos los participantes fueron evaluados antes y después del tratamiento con tres subtests de la Batería de Evaluación del Potencial de Aprendizaje (BEPAD). Los sujetos tratados incrementaron su rendimiento en todas las pruebas de evaluación de potencial de aprendizaje con respecto al nivel previo al entrenamiento: memoria viso-espacial, audio-verbal y fluidez verbal. Sin embargo, los pacientes del grupo control disminuyeron su rendimiento en todas las pruebas. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el entrenamiento cognitivo realizado puede eficazmente incrementar la plasticidad cognitiva, en pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve, en tareas de memoria viso-espacial, audio-verbal y en fluidez verbal, y que los pacientes que no son tratados declinan en su plasticidad cognitiva.

El Programa de estimulación cognitiva PPI se puede encontrar en el libro “La enfermedad de Alzheimer y trastornos afines, obra social caja Madrid”.

<http://www.psicothema.com/pdf/3504.pdf>

-*Valencia et al. (2008)* exponen que se han realizado numerosos estudios en los que se han demostrado efectos positivos para compensar el deterioro cognitivo con programas de entrenamiento cognitivo, ya sean generales o específicos para funciones como la memoria. Estos programas aplicados a adultos sanos tienen efectos benéficos a corto y medio plazo en la memoria objetiva, la atención, el razonamiento inductivo, la velocidad de procesamiento de la información y la función ejecutiva.

-*Ana M. Novoa et al (2008)*, en su revisión de estudios concluyen que los resultados sugieren que determinadas intervenciones cognitivas desarrolladas en personas mayores sanas son efectivas en la prevención del deterioro de la memoria, especialmente sobre la memoria reciente verbal. Las intervenciones más efectivas y, por tanto, las que sería aconsejable aplicar en los programas realizados en la comunidad, son las que se administran mediante sesiones grupales con una duración entre 60 y 90 min. El tipo de estrategia utilizada no es determinante. Además, dado que únicamente se mejoran las áreas entrenadas, las intervenciones deberían incluir actividades en diferentes áreas o ajustarse a las necesidades de cada individuo.

-*Ana Rey Cao et al (2012)* concluyen que los resultados expuestos descubren mejoras cognitivas en el grupo experimental tras su participación en el programa “Memoria en Movimiento” y coinciden con otras investigaciones que señalan mejoras significativas en las mediciones de las funciones cognitivas tras la aplicación de programas de memoria.

-*George Rebok et al. (2014)* exponen que los adultos mayores que recibieron diez sesiones de entrenamiento cognitivo avanzado mostraron mejoras en la capacidad de



razonamiento y la velocidad de procesamiento hasta diez años después de la intervención en comparación con los individuos del grupo de control que no fueron entrenados. Estas ganancias fueron aún mayores para los que recibieron sesiones adicionales de refuerzo en los siguientes tres años.

-Según el estudio de Álvarez, M. (2005), las personas mayores sanas mejoran significativamente en las habilidades entrenadas, y esta mejora es estructural, o sea, afecta a la habilidad subyacente y se mantiene por un tiempo.

1.3. Programas de estimulación cognitiva.

Las recomendaciones extraídas de los diferentes programas de estimulación cognitiva según su propia experiencia son:

Las sesiones deberán estar guiadas por monitores/as formados y supervisados por profesionales especializados en neuropsicología. Los grupos serán homogéneos. Es aconsejable un monitor por cada 5 personas con deterioro cognitivo moderado-severo, pudiendo elevarse hasta 1 monitor/a por cada 10 personas con deterioro cognitivo leve.

La duración de las sesiones oscilarán entre 30 a 60 minutos reales.

La frecuencia de las sesiones será desde un mínimo de 2 días por semana a una frecuencia diaria.

Se dedicarán a una única función cognitiva en cada sesión si las sesiones son diarias. Si no son diarias se trabajarán diferentes áreas cognitivas en una misma sesión. Se aconseja trabajar diferentes áreas en cada sesión para no generar cansancio en los pacientes.

La duración del tratamiento será de 10 a 40 sesiones según la patología de los usuarios.

Los usuarios serán evaluados antes y después del tratamiento con tests o baterías especializadas de evaluación neuropsicológica.

Algunos programas de estimulación cognitiva:

-*Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales. Teresa Martínez Rodríguez, 2002.*

Dan orientación en el diseño de los grupos y sesiones:

a) Respecto a los monitores/as que dinamizan las sesiones:

- Como ya se ha apuntado, las sesiones deberán estar guiadas por monitores/as formados y supervisados por profesionales especializados en neuropsicología.
- Una ratio aconsejable para el desarrollo de las sesiones es que exista un monitor/a para cada 5 personas con deterioro cognitivo moderado-severo, pudiendo elevarse esta proporción hasta 1 monitor/a por cada 10 personas con deterioro cognitivo leve.

b) Frecuencia y duración de las sesiones:

- La frecuencia de las sesiones puede ser variable, estimándose apropiada una periodicidad que vaya desde un mínimo de tres sesiones semanales hasta una frecuencia diaria.
- La duración de cada sesión suele oscilar entre los 30 y los 90 minutos para cada grupo, dependiendo tanto de la severidad del deterioro de los componentes del mismo, como del tipo de tareas que componen la sesión.



c) Composición de los grupos:

- Es importante que en la medida de lo posible los grupos sean homogéneos en función del grado de deterioro cognitivo.
- Como orientación general en una misma sala no es aconsejable que se supere el número de 15 personas, siempre que se trabaje luego en subgrupos guiados por monitores/as según la ratio indicada anteriormente. Asimismo, la composición del grupo debe posibilitar el trabajo individual que demandan algunas de las tareas estimulativas.
- Finalmente es importante controlar la composición y dinámica del grupo, evitando que en el mismo se aliente un clima competitivo o descalificador de las personas que presentan dificultades o ritmos diferentes, aspecto que dependerá fundamentalmente de las estrategias dinamizadoras del monitor/a.

d) Estructura de las sesiones:

- La estructura de las sesiones puede ser muy variable. Variará, entre otros factores, en función de la frecuencia y de la duración de las mismas.
- Una posibilidad bastante utilizada es programar sesiones que mantengan una frecuencia diaria y cuya duración sea de alrededor de 60 minutos, dedicando monográficamente la sesión a una función cognitiva, iniciando y finalizando la sesión con actividades de orientación.
- Cuando la frecuencia de las sesiones no sea diaria, estructuras como la siguiente pueden resultar adecuadas: Iniciar la sesión con tareas de orientación, seguir con tareas relacionadas con las diferentes funciones cognitivas (memoria/praxias/gnosias/f. ejecutiva) y finalizar con tareas de lenguaje.

<https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4565>

-Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID). Grupo de investigación neuropsicología cognitiva. Universidad de Salamanca. Juan José García Meilán y Juan Carro Ramos, 2011.

Estructura y Secuenciación de cada sesión:

En cada sesión se abordan diferentes aspectos psicológicos, cognitivos y conductuales. Los programas que dedican cada sesión a un proceso cognitivo pueden parecer mejor estructurados y lógicos, pero genera cierto cansancio en los pacientes y elimina las ventajas de un programa global e integrador. Así, en el PACID se pretende en cada sesión abordar la mayor cantidad de procesos cognitivos posible. Cada sesión comienza con una actividad activadora, motivadora y emocionalmente positiva. Pretende fomentar la capacidad de autocontrol y generar sentimientos de autoeficacia en los pacientes. Tras ella se desarrolla una actividad de respiración o resistencia aeróbica. En tercer lugar, tres actividades pertenecientes al área cognitiva. Dependiendo de la sesión intervendrán procesos de sensación, percepción, atención, aprendizaje, memoria, pensamiento o lenguaje. Finalmente, una actividad de reminiscencia o/y relajación. Las sesiones se planificarán para 60 minutos de actividad cognitiva real. De este modo, los retrasos no influirán en las sesiones de 90 minutos reales. Los temas varían entre las diferentes sesiones o semanas. Del mismo modo también las actividades y procedimientos son lo más variados posible. Cada uno de ellas tiene el mayor grado de validez ecológica posible.



Se trata de que los ejercicios de lápiz y papel no sobrepasen el 30% del tiempo (30 minutos).

http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guia_paciod_web.pdf

-Programa de Estimulación Cognitiva en el proceso de Deterioro por envejecimiento en Población con Discapacidad Intelectual. Departamento de Investigación, Desarrollo e innovación CIVITAS Departamento de Psicología de CIVITAS Centro Sanitario autorizado por el Servicio Canario de Salud U.900-P, N.º de Registro 5661.

La muestra estuvo formada por 29 sujetos con discapacidad intelectual, usuarios de alguno de los Centros Especializados en Personas con Discapacidad Intelectual CIVITAS, con edades comprendidas entre los 33 y los 67 años, siendo la media de edad de 48,92. Del total de la muestra, 18 son hombres y 11 mujeres.

La metodología utilizada ha sido adaptada a las características y necesidades de los participantes, centrada en la participación, flexibilidad y significación para ellos. Las funciones o dominios cognitivos que se han trabajado durante todo el proyecto han sido: Orientación, sistema atencional, funciones mnésicas, funciones prefrontales y ejecutivas, lenguaje, funciones visoperceptivas y visoespaciales.

El programa fue aplicado en pizarra digital y con tablets, siendo la secuencia de 3 sesiones en pizarra y 1 con tablets, en un aula específica de las instalaciones de la Asociación que cuenta con los medios tecnológicos necesarios para su desarrollo. Se aplican un total de 40 sesiones para cada grupo.

La estructura básica de trabajo de todas las sesiones fue la siguiente:

- Memoria episódica: cada participante hablaba de lo que había hecho días previos o justo la tarde anterior.
- Orientación temporal: señalar en el calendario la fecha completa, incluida la estación del año y nombrar todos los acontecimientos relevantes que tendrán lugar ese mes.
- Atención auditiva: de distinta manera, ya fuese repitiendo series de palabras, frases o dar una palmada ante un estímulo target.

A partir de ese momento variaban las sesiones, trabajando distintas funciones cognitivas que no siempre coincidían; en algunas la memoria visual, en otra la memoria auditiva, razonamiento, expresión lingüística..., dependiendo de la programación de la sesión elaborada.

En la primera sesión se administraron los siguientes test: el AVLT de Rey, el Test de la A, Span Verbal Directo e Inverso, el Span Visual Directo e Inverso de Corsi y el Cuestionario de Orientación. En la segunda sesión se administraron la Tarea de Atención Visual, el Subtest de Vocabulario del Test de Boston y el COWAT (fluidez verbal fonológica y semántica). Tras finalizar el proyecto de estimulación cognitiva fue administrado el mismo protocolo de evaluación que en la fase inicial, respetando el orden de aplicación.

Tras analizar los resultados los participantes obtuvieron un mejor rendimiento en las tareas cognitivas en el re-test, siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas en gran parte de las funciones cognitivas evaluadas, haciendo un mejor uso de los dominios cognitivos ejercitados en el programa. Los participantes han mejorado



significativamente en la orientación en sus tres esferas, la atención auditiva, la capacidad de aprendizaje, memoria verbal a corto y largo plazo, la fluidez fonológica y el vocabulario.

https://asociacioncivitas.es/wp-content/uploads/2018/09/proyectoEC_2017_memoria.pdf

1.4. Efectividad de la estimulación cognitiva en las demencias.

Los tratamientos de estimulación cognitiva se están utilizando más en personas con deterioro cognitivo, personas con discapacidad intelectual y/o con enfermedades neurológicas degenerativas. En el caso de las demencias la mayoría de los programas están dirigidos a la demencia tipo Alzheimer.

Distintas investigaciones sobre su efectividad en las demencias:

-Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Pardo, N.; López, R.; García, M.; Valero, B; Gavilán, M. 2012.

En el artículo se destaca el auge de las intervenciones combinadas dirigidas a la enfermedad de Alzheimer, en las que se incluye la estimulación cognitiva.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo-longitudinal (casos y controles) en la que participaron 52 sujetos diagnosticados con enfermedad de Alzheimer y con Mini-mental State Examination mayor o igual a 20, divididos en un grupo experimental de 31 sujetos (expuesto al tratamiento durante 9 meses) y un grupo control de 21 pacientes (que no recibió el tratamiento). El tratamiento se llevó a cabo por una neuropsicóloga en sesiones de 6 personas, de una duración de 120 minutos, 2 veces por semana. Durante las sesiones se trabajaron actividades estructuradas por las siguientes áreas: orientación, memoria, lenguaje, atención, cálculo, funciones ejecutivas, gnosias, praxias. En los resultados de las pruebas se observa que en el grupo control existe una tendencia a la descendencia en los resultados y en el grupo experimental se evidencia que los resultados del pre y el post son similares, por lo tanto, se mantienen. A partir de este estudio se concluye que el grupo experimental mantiene sus puntuaciones estables tanto en el pre y el post frente al grupo control, en donde se observa un descenso en las puntuaciones.

-Implementación de un Programa de Estimulación Cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad
Miranda, C.; Mascayano, F.; Roa, A.; Maray, F.; Serraino, L. 2011.

Este estudio destaca los antecedentes de investigaciones que muestran la efectividad de la estimulación cognitiva en población anglosajona. El objetivo estuvo dirigido a evaluar la



eficacia de la terapia de estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer.

La muestra estuvo constituida por 22 pacientes con el diagnóstico de la enfermedad en fase leve-moderada de un centro asistencial de Chile. El diseño del estudio fue de tipo cuasi-experimental mixto de dos medidas repetidas. Se dividió el grupo de la muestra en dos (un grupo experimental y otro control). Los grupos fueron evaluados para determinar niveles iniciales de estado cognitivo, calidad de vida y funcionalidad global.

El tratamiento se llevó a cabo durante 7 semanas, en las que se realizaron 14 sesiones (2 sesiones por semana, de 45 min). En estas sesiones se trabajaron actividades de: identificación de sonidos, exploración de infancia, denominación de alimentos, discusión sobre actualidad, identificación de caras/escenas, asociación de palabras, categorización de objetos, desarrollo del sentido de orientación, utilización de dinero, etc.

Para las mediciones se empleó el Mini-mental, el Alzheimer's Disease Assesment Scale-Cognitive, el Quality of Life-Alzheimer Disease Scale y el Índice de Barthel. En los resultados de este estudio se encontró que el grupo control mantuvo su progresión de deterioro cognitivo, mientras que el grupo experimental incrementó su rendimiento cognitivo significativamente en todos los niveles evaluados, también se observó que la calidad de vida aumentó y finalmente, que no hubo un efecto significativo en el nivel de funcionalidad.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728763012>

-Tecnologías en Pacientes con Demencia tipo Alzheimer Fernández, B.; Rodríguez, R.; Contador, I.; Rubio, A.; Ramos, F. 2011.

El fin que persigue el presente estudio consiste en comprobar la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo computarizado basado en un videojuego, frente a un programa de estimulación cognitiva tradicional (de lápiz y papel), para lograr retrasar la evolución del deterioro cognitivo en pacientes con Alzheimer en etapa temprana reduciendo los síntomas psicológicos.

Para esto se tomó una muestra de 45 pacientes con enfermedad de Alzheimer probable en fase leve.

El grupo se dividió en tres subgrupos:

1. Pacientes que recibieron el programa de estimulación cognitiva computarizada.
2. Pacientes que recibieron el programa de estimulación cognitiva tradicional.
3. Pacientes que no recibieron ningún tipo de estimulación cognitiva "grupo control".

Los pacientes fueron evaluados con el Mini-mental, la versión española del inventario neuropsiquiátrico abreviado y la escala de evaluación rápida de discapacidad. Todos los participantes fueron evaluados por un psicólogo antes y después de la intervención.

El programa de intervención fue de 12 semanas de duración (36 sesiones de intervención), se hizo de forma individual durante una hora.

A partir de los resultados obtenidos se observó que el programa de estimulación cognitiva computarizado logró ser más efectivo que el programa tradicional, pues los pacientes que se beneficiaron del primero manifestaron una reducción significativa de su declive cognitivo y de los síntomas depresivos. Sin embargo, los pacientes que recibieron un



tratamiento tradicional también presentaron cambios, logrando reducir las alteraciones en contraposición al grupo control.

<http://www.psicothema.com/PDF/3848.pdf>

-Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. Olazarán, J.; Reisberg, B.; Clare, L.; Cruz, I.; Peña-Casanova, J.; Teodoro del Ser.; Woods, B.; Beck, C.; Auer, S.; Lai, C.; Spector, A.; Fazio, S.; Bond, J. 2010.

El presente artículo pretende exponer los resultados de una evaluación de los datos científicos mejor logrados sobre los efectos de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. Como metodología se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de ensayos clínicos en revisiones anteriores y en las bases de datos. Se incluyeron artículos a partir del 2008. De allí se obtuvieron 179 estudios. Como resultado final se obtuvo un meta-análisis.

En el escrito se hace un recorrido de forma integral sobre los diferentes aspectos que abarca la terapia no farmacológica como: Intervenciones multicomponente para el cuidador, entrenamiento cognitivo, entrenamiento en actividades de la vida diaria, manejo conductual, entre otras.

Como conclusión se encuentra que las terapias no farmacológicas son efectivas y además representan un bajo costo, en áreas como cognición, AVDs, conducta, estado de ánimo, la magnitud del efecto fue similar al observado con el uso de fármacos.

Se ha observado que específicamente en lo referente al funcionamiento cognitivo los pacientes logran beneficiarse de la estimulación cognitiva, y en conjunto con una terapia integral se logra retrasar el deterioro y la institucionalización de las personas aquejadas por la enfermedad.

https://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf

-Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: Estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. Ruiz, J. 2012.

El presente artículo plantea el abordaje del tema de la estimulación cognitiva desde una perspectiva teórica y empírica. Se pretende hacer una revisión sistemática de la efectividad de las diferentes propuestas de tratamiento no farmacológico. A partir de esto se concluye que la estimulación cognitiva, ha sido la terapia que cuenta con mayor apoyo empírico en casos de envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencias.

En el caso específico de las demencias, se observó que la mayoría de programas están dirigidos a la demencia tipo Alzheimer, teniendo en cuenta su alta prevalencia, sin embargo, se ha evidenciado que los pacientes con demencias menos frecuentes, pese a tener un cuadro diferente, también se pueden beneficiar de los programas de estimulación cognitiva con adaptaciones.

También se resalta la importancia de brindar a los pacientes con demencia un



TALLER JERONI DE MORAGAS

S. Coop. C. Lda.

tratamiento combinado de estimulación cognitiva y tratamiento farmacológico, no siendo recomendable la EC como única alternativa de intervención, pues esta funciona mejor con ayuda de los fármacos.

En cuanto a la estimulación cognitiva también se habla de programas computarizados, que no son ideales para todos los pacientes, pero representan un medio que puede ser efectivo, teniendo en cuenta que son más recomendables los de realidad virtual que simulan las actividades cotidianas del paciente y su entorno.

Para un tratamiento efectivo es necesario combinar los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, pues se han mostrado mayores beneficios ya que se basan en la condición biopsicosocial del individuo, teniendo en cuenta aspectos antes no reconocidos como la funcionalidad y el entorno familiar y social.

El paciente con enfermedad de Alzheimer se puede beneficiar de la estimulación cognitiva presentando mejoras cognitivas y funcionales significativas, si bien un cerebro en periodo de envejecimiento es más rígido, aún sigue existiendo la neuroplasticidad necesaria para generar aprendizajes.