

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ALZHEIMER TIPO LEVE.

La demencia de Alzheimer es la causa más común de demencia en personas mayores y se caracteriza por ser una enfermedad degenerativa cerebral que da lugar a la afectación de múltiples funciones cognitivas tales como la memoria, atención, pensamiento, orientación, etc. que se acompaña con frecuencia de un deterioro del control emocional, conducta social o motivación (OMS, 1992)¹. Actualmente, constituye un problema de salud pública y asistencia sanitaria importante, que tiene una trascendencia que va más allá de lo puramente médico-psicológico, sino que tiene repercusiones laborales, económicas, sociales, etc. debido a la carga que supone para los que le acompañan, así como las inversiones en cuidados que hay que realizar.

Por otra parte, la evidencia empírica apoya que el deterioro cognitivo asociado a la propia enfermedad de Alzheimer está relacionado con la adquisición, almacenamiento y recuperación de la información (Verhaeghen, Marcoen, y Gossens, 1992). Partiendo de esta premisa la pregunta se orienta hacia si es posible la rehabilitación de tales déficits en este tipo de pacientes. Es sabido que el cerebro tiene una importante neuroplasticidad y capacidad adaptativa incluso cuando está deteriorado, con lo que sería razonable el que las técnicas de intervención psicoterapéutica y de estimulación resultaran también beneficiosas para la detención y en ocasiones mejora, de la enfermedad de Alzheimer (Bergado-Rosado y Almaguer-Melian, 2000).

La terapéutica propuesta en el estudio que se describe (psicoestimulación con el programa Grador) está basada en modelos cognitivos que establecen estrategias individuales de tratamiento cognitivo a partir del deterioro del paciente, y se sustentan sobre la base de la posibilidad de conseguir respuestas optimizadas si se parte del nivel defectual de cada paciente y se persigue la prevención de la pérdida funcional, así como el mantenimiento de habilidades residuales y de las actividades de la vida diaria o recuperación de las olvidadas. Un aspecto importante de estas terapias es que al incidir sobre los aspectos más conservados de la persona, y si se aplican bien, conseguirán reforzar a la persona de Alzheimer, ya que no trabajan sobre los déficits (que produciría frustración) sino sobre sus partes conservadas. Todo ello influirá en los aspectos emocionales de la persona y la autoestima, lo cual secundariamente servirá para la mejora global de la conducta y estado de ánimo.

Por ello, el objetivo del presente estudio pretende evaluar la eficacia de una intervención de rehabilitación neuropsicológica informatizada combinada con terapia conductual y cognitiva en sujetos que reúnan los criterios de demencia tipo Alzheimer con deterioro leve para mejorar su calidad de vida, retrasando la entrada en etapas de demencia moderada.

POBLACION, MATERIAL Y METODO.

Se planteó un ensayo clínico con un grupo control y otro experimental que reunían los criterios diagnósticos de demencia tipo Alzheimer de tipo leve según criterios de la CIE-10 (OMS, 1992). Para ello, se utilizó dos grupos, uno experimental al cual se le aplicó el tratamiento propuesto y un grupo control en el se trató de observar la tendencia degenerativa natural de esta enfermedad. Las evaluaciones se realizaron en un momento basal y dieciocho meses después evaluando la evolución de las capacidades cognitivas de estos pacientes mediante el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo, et al. 1979).

Se estableció un grupo control, compuesto por 197 pacientes residentes en la provincia de Zamora, de éstos solo 79 finalizaron el periodo de estudio y se ajustaron al criterio de selección establecido por la media \pm la desviación típica obtenida en el grupo experimental ($23,43 \pm 4,55$). El perfil básico de este grupo era de aquellos pacientes que tenían una edad media de 80.6 años,

había casi el doble de posibilidades de que fuesen mujeres en vez que hombres, casi la mitad eran viudas, y habían cursado principalmente estudios primarios.

En relación al grupo experimental compuesto en un primer momento por 54 pacientes diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer con un deterioro leve, contaban con una edad de 72,9 años, y eran tanto hombres como mujeres, la mayoría estaban casados, vivían con su propia familia y habían cursado estudios de primaria. Los pacientes en este grupo estaban distribuidos entre los distintos centros participantes en el estudio de la siguiente manera, 23 en Valladolid y 31 en Zamora.

Debido a las características del estudio, prospectivo y longitudinal, se han ido produciendo pérdidas de participantes reduciéndose la muestra en el último momento de medida a 28 sujetos. Los principales motivos de abandono del estudio fueron debido a cambios de residencia, cuestiones familiares, exitus y a debido a procesos degenerativos.

Como se ha comentado anteriormente, un objetivo específico del estudio fue el “*análisis de la evolución de las distintas capacidades cognitivas y no cognitivas*”. Para ello se evaluaron a los tres, seis, nueve, doce y dieciocho meses, las distintas capacidades cognitivas mediante el MEC (Lobo et al. 1979)¹⁴ y ADAS COG (Pascual et al. 1997)ⁱⁱ; y actividades funcionales de la vida diaria, tanto básicas “BARTHEL” (Batzán et al. 1994)ⁱⁱⁱ como instrumentales “LAWTON” (Cruz-Jentoff et al. 1992)^{iv}; con respecto al estado de ánimo, comportamiento y alteraciones neuropsiquiátricas se utilizó la subescala no cognitiva del ADAS; por último, se empleó el test de *Nottingham Health Profile* (Alonso, et al. 1990)^v, para medir la calidad de vida en los pacientes.

RESULTADOS Y DISCUSION.

En relación al objetivo específico que planteaba *la evolución clínica de los sujetos en el tiempo* se observó, tras realizar una prueba de contraste de medias, el tratamiento empleado actuaba provocando mejorías significativas en aquellas escalas que valoran aspectos emocionales y comportamentales, como sucede con la subescala del ADAS no cognitivo ($t_{(27)} = 3.75$; $p > .001$) y un mantenimiento, ya que no disminuyen durante el periodo de estudio, tanto de las capacidades cognitivas de los sujetos en las puntuaciones del MEC y ADAS Cognitivo, como de las actividades funcionales de la vida diaria, básicas e instrumentales. Por tanto, un mantenimiento en la calidad de vida a través del periodo evaluado.

En cuanto al objetivo general del estudio, referido a *la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica informatizada*. Los resultados obtenidos, mediante ANOVAS de medidas repetidas, en relación a las capacidades cognitivas evaluadas mediante el MEC entre el **grupo control y experimental**, señalan como el primer grupo reflejaba la tendencia degenerativa de las capacidades cognitivas propia de la EA. En relación al grupo experimental, vimos como mantenían sus funciones cognitivas a través del intervalo de estudio (18 meses). Por tanto, se obtuvo diferencias significativas ($F_{(1,104)} = 17.58$; $p > ,001$) entre ambos, ya que mientras unos mantenían sus capacidades cognitivas otros las perdían en un intervalo de dieciocho meses.

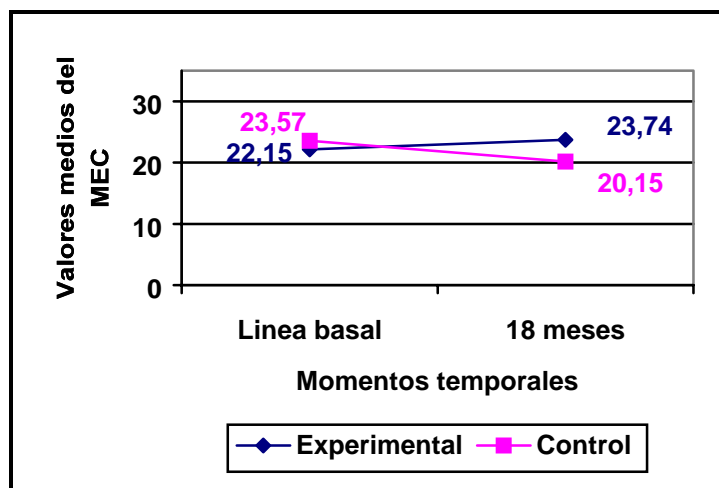


Fig. 1 Grupo Control y Experimental de los valores obtenidos del Test MEC

Conclusiones.

Parece entonces observarse que existen beneficios a largo plazo de la intervención psicoterapéutica en pacientes con EA con deterioro leve. Ya que los resultados obtenidos parecen ser indicativos de un mantenimiento de la función cognitiva y la no progresión del deterioro, y que el reforzamiento de la estimulación, se centra especialmente en las funciones conservadas.

No se han encontrado relaciones claras entre los cambios neuropsiquiátricos y la disminución de capacidades cognitivas, con lo que parecería que existen mejorías cognitivas no evaluables mediante los test tradicionales que influirían sobre las alteraciones de conducta.

ⁱ Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

ⁱⁱ Pascual, L. F., Saz, P., Larumbe, R., Martínez-Lage, P., Muruzábal, J., Morales, F., Lobo, A., Martínez-Lage, J. M. y Sastre Hernández, M. (1997). Estandarización en un población española de la escala ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale). *Neurología*, 12(6), 238-244.

ⁱⁱⁱ Batzán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcon, T, San Cristóbal, E., Izquierdo G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad de cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28(1), 32-40.

^{iv} Cruz-Jentoff et al. (1992). Valoración pronóstica de la valoración funcional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27 (8), 68.

^v Alonso, J., Anto, J.M., y Moreno, C. (1990). Spanish versión of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.