

NEUROPSICOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Estado y horizonte
actuales, y
valoración de la
eficacia de la
estimulación
cognitiva



TRABAJO FINAL
DE GRADO EN
PSICOLOGÍA.
Junio de 2018

MARÍA LOUREIRO GONZÁLEZ

Consultor: David Bartrés Faz

Responsable: Diego Redolar Ripoll

INTRODUCCIÓN:

Presentación y justificación

Presentación

La EA es la causa más frecuente de demencia, con altas incidencia y prevalencia. Asociada a la vejez.

Enfermedad neuro-degenerativa de comienzo insidioso. Deterioro cognitivo y síntomas conductuales.

Justificación

Interés personal a nivel cognoscitivo

Interés orientado a la práctica clínica

INTRODUCCIÓN: Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Marco teórico actual y riguroso sobre la EA.



Revisión de evidencias de la eficacia de la Estimul. cognitiva



OBJETIVO GENERAL

Orientar práctica clínica y abrir líneas de investigación.

HIPÓTESIS

Será positivo un abordaje interdisciplinar de la EA: médico-neuro-psicológico.

La estimulación cognitiva tendrá efecto positivo sobre la sintomatología de EA en fases iniciales y prodrómicas.

METODOLOGÍA

❖ Establecer marco teórico sobre la EA:

- ❑ Manuales, monografías, publicaciones periódicas, informes.
- ❑ Búsqueda en castellano y en inglés. Booleanos y truncamientos.
- ❑ Biblioteca UOC y Scholar Google, principalmente.
- ❑ Publicaciones desde 2008, prioridad a aquellas desde 2013.
- ❑ Gestor de referencias Mendeley.

Análisis
crítico
posterior

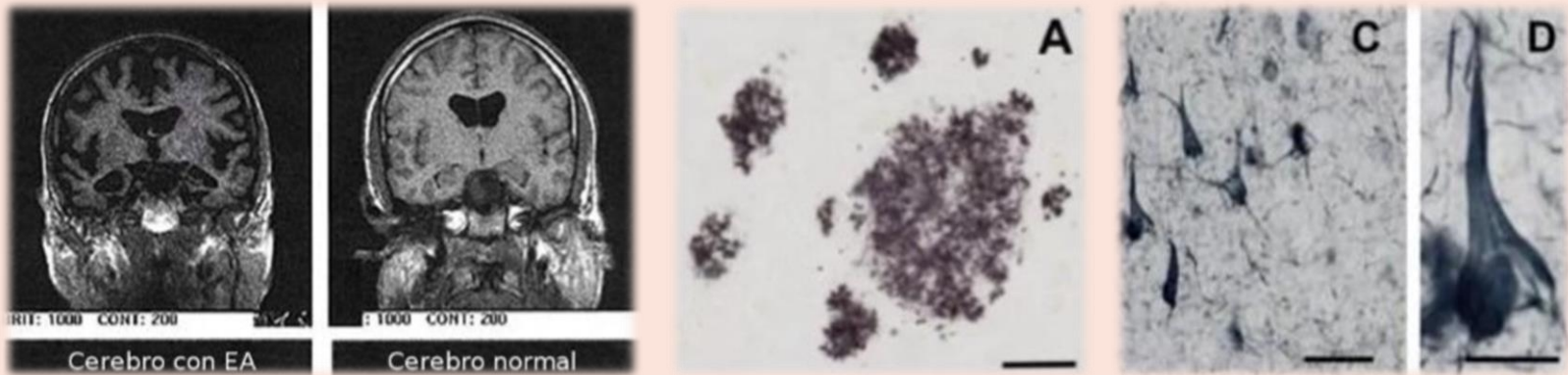
❖ Determinar evidencia empírica de la eficacia de la estimulación cognitiva en la EA:

- ❑ Revisión no sistemática, sino exploratoria.
- ❑ Publicaciones periódicas de carácter científico que cumplan con criterios de selección de rigurosidad y científicidad.
- ❑ Búsqueda en castellano e inglés. Booleanos y truncamientos.
- ❑ Biblioteca UOC, Dialnet, Scholar Google, DOAJ, PsycInfo, PubMed y Scielo.
- ❑ Publicaciones desde 2008, prioridad a aquellas desde 2013.
- ❑ Gestor de referencias Mendeley.

EA:

Anatomía patológica y etiología

ANATOMÍA PATOLÓGICA



A nivel macroscópico.

Fuente: Encuentrosenlabiologia.es

A nivel microscópico.

Fuente: Ufm.edu

- **Etiología** multifactorial: genética, individuo, ambiente.
- Factores de riesgo y protección diversos: genéticos, toxicoambientales, cognitivos, etc.
- Tres hipótesis principales:
 - Hipótesis amiloide.
 - Hipótesis de la proteína Tau.
 - Hipótesis colinérgica.

EA:

Sintomatología

- ❖ Deterioro de funciones cognitivas:
 - ❑ Memoria
 - ❑ Lenguaje
 - ❑ Praxias
 - ❑ Funciones ejecutivas, atención
- ❖ Síntomas psicológicos no cognitivos.
 - ❑ Depresivos, psicóticos, alteraciones conductuales.
- ❖ Cuatro fases, tres de ellas clínicas:
 - ❑ **Fase preclínica**, silente. Duración según factores de riesgo/protección. Aún no hay afectación funcional.
 - ❑ **Fase leve** o inicial, 3-4 años de duración. Primeros síntomas.
 - ❑ **Fase moderada**, 2-3 años de duración. Los síntomas se agravan, dependencia.
 - ❑ **Fase grave** o avanzada, 2-3 años de duración. Apenas actividad cognitiva.

EA: Diagnóstico: Proceso y criterios diagnósticos

PROCESO DIAGNÓSTICO



Fuente: PWC, 2013, p.57

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

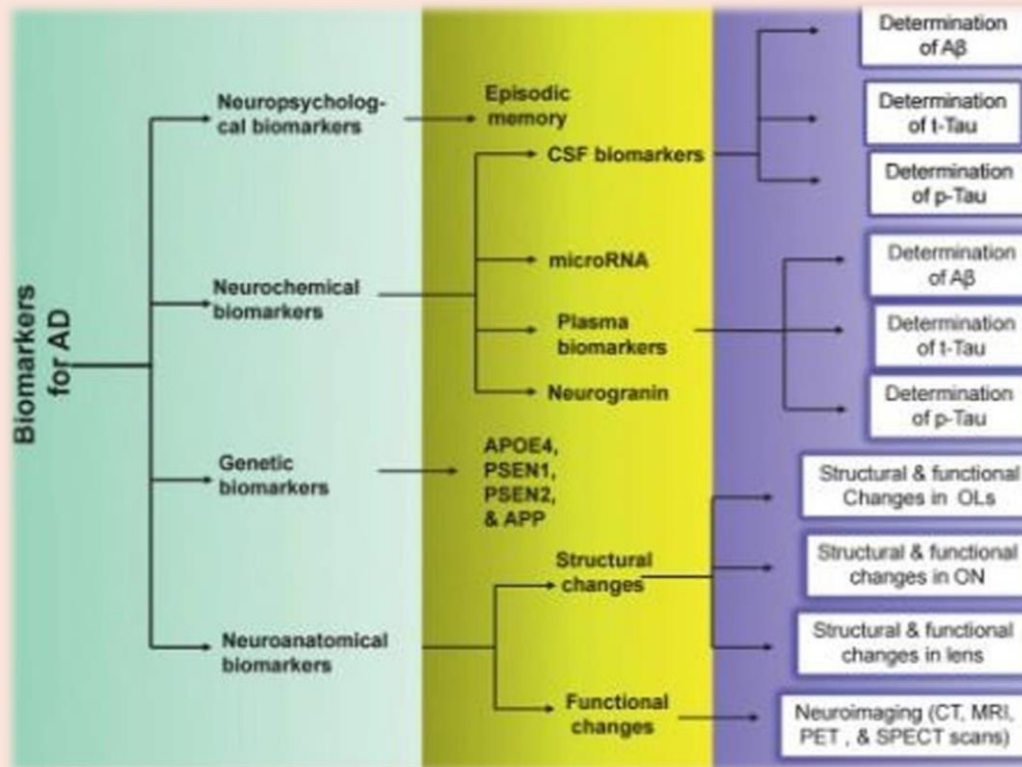
- Trastorno neurocognitivo debido a EA.
 - Mayor o leve
 - Sin o con alteración del comportamiento.
 - Tipo de alteración.



Fuente: Psychiatry.org

EA: Diagnóstico: Biomarcadores I

CLASIFICACIÓN DE BIOMARCADORES PARA EA



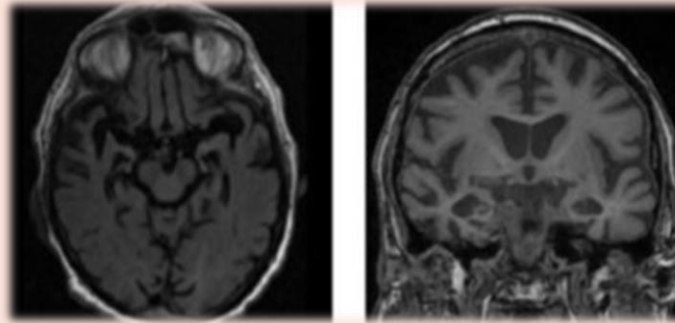
Fuente: neoclinichm.ru

Fuente: Farooqui, 2017, p.250

EA: Diagnóstico: Biomarcadores II

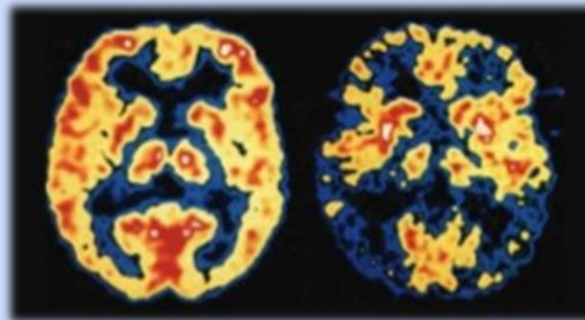
NEUROIMAGEN ESTRUCTURAL

RM de paciente
con EA en fase
severa



Fuente:
medicinaysaludpublica
.com

NEUROIMAGEN FUNCIONAL



PET de sujeto sano
(izda.) y paciente
de EA (dcha.)

Fuente:
ilsole24hore.com

EA: Diagnóstico: Evaluación neuropsicológica

❖ Tres fases orientativas:

❑ Exploración básica

- Entrevista clínica, anamnesis, datos de exploración neurológica.
- Escalas como la GDS de Reisberg et al. (1982; 1988).

❑ Exploración general

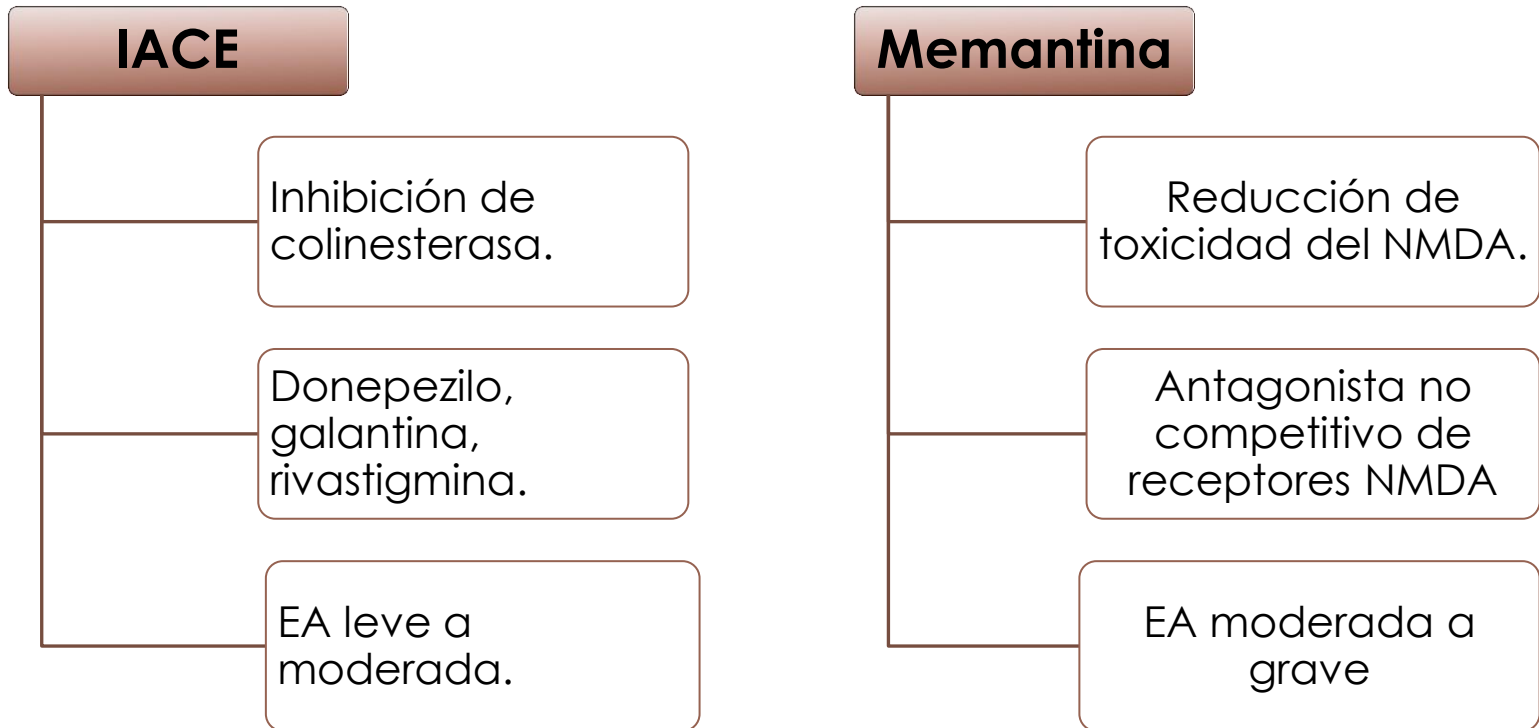
- Pruebas estandarizadas específicas como la ADAS de Mohs, Rosen y Davis (1983).
- Pruebas no específicas como el Test Barcelona de Peña Casanova (1991; 2005)
- Evaluación conductual y del estado de ánimo.

❑ Exploración detallada

- Funciones ejecutivas y atención (Test de Stroop, etc.)
- Memoria episódica verbal y visual (WMS-III, etc.)
- Memoria de trabajo (Dígitos del WAIS-IV)
- Lenguaje (Token test, etc.)
- Habilidades visoespaciales y visuoconstructivas (Figura de Rey)
- Razonamiento y abstracción (Comprensión del WAIS-IV, etc.)

EA:

Tratamiento farmacológico



Si es necesario, coadministración con otros psicofármacos.

EA:

Tratamiento no farmacológico

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Toda acción terapéutica basada en relaciones cerebro-conducta y/o cerebro-función, dirigida a pacientes con daño cerebral.

Perspectiva integral.

Tres orientaciones, combinables entre sí:

Restauración de la función dañada,
Compensación,
Optimización de funciones residuales

FUNDAMENTOS DE LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

❖ Plasticidad neuronal:



- Diasquisis
- Reorganización funcional
- Modificación de la conectividad y circuitos
- Conexiones interhemisféricas.

❖ Reserva cognitiva:

- Inteligencia innata
- Experiencias vitales, conocimientos.
- Factor protector / riesgo frente a EA.

EA y estimulación cognitiva

Un ejemplo: el PACID

ÁREA	CONTENIDO	ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO, MEDIOS, ...	TIEMPO
	* Motivación y emoción positiva	* Presentación del tema; Evaluación inicial de los conocimientos sobre el tema. Resaltar el control de los pacientes.	5 mn.
 Respiración	* Respiración	* Entrenamiento en resistencia aeróbica.	5 mn.
 Percepción Atención	* Activación	* Estimulación multisensorial	10 mn.
 Aprendizaje memoria	* Reconocimie.	* Reconociento de nombres de personajes	20 mn.
 Pensamiento Lenguaje	* Vocabulario	* Recuperar nombres de parentescos	10 mn.
 Reminiscencia Relajación	* Orientación	* Contar quién es, dónde está, eventos familiareS	10 mn.

Una sesión
prototípica

Fuente: García
Meilán y Carro
Ramos, 2011, p.22

EA y estimulación cognitiva: Evidencia empírica

- ❖ De acuerdo a estudios experimentales recientes:
 - ❑ Programas multimodales de EC ralentizan deterioro cognitivo y reducen síntomas conductuales.
 - ❑ EC en fase leve a moderada: menor deterioro cognitivo y mejor calidad de vida.
 - ❑ Incremento de plasticidad cognitiva en fase leve.
 - ❑ EC individual más eficaz que la grupal.

- ❖ Según metaanálisis y revisiones sistemáticas:
 - ❑ Eficacia de la EC, al menos, sobre la calidad de vida.
 - ❑ Principales beneficios: AVDs, funcionamiento cognitivo y estado emocional.
 - ❑ Beneficios también si es grupal y se combina con otras terapias como la relajación o ejercicios motrices.
 - ❑ Efectividad de EC mediante las TIC.
 - ❑ Problema: Heterogeneidad metodológica de las investigaciones

Conclusiones, limitaciones y prospectiva.

Objetivo principal
cumplido.

Primer objetivo
específico cumplido
y el segundo,
parcialmente.

Primera **hipótesis**
confirmada:
abordaje
interdisciplinar.

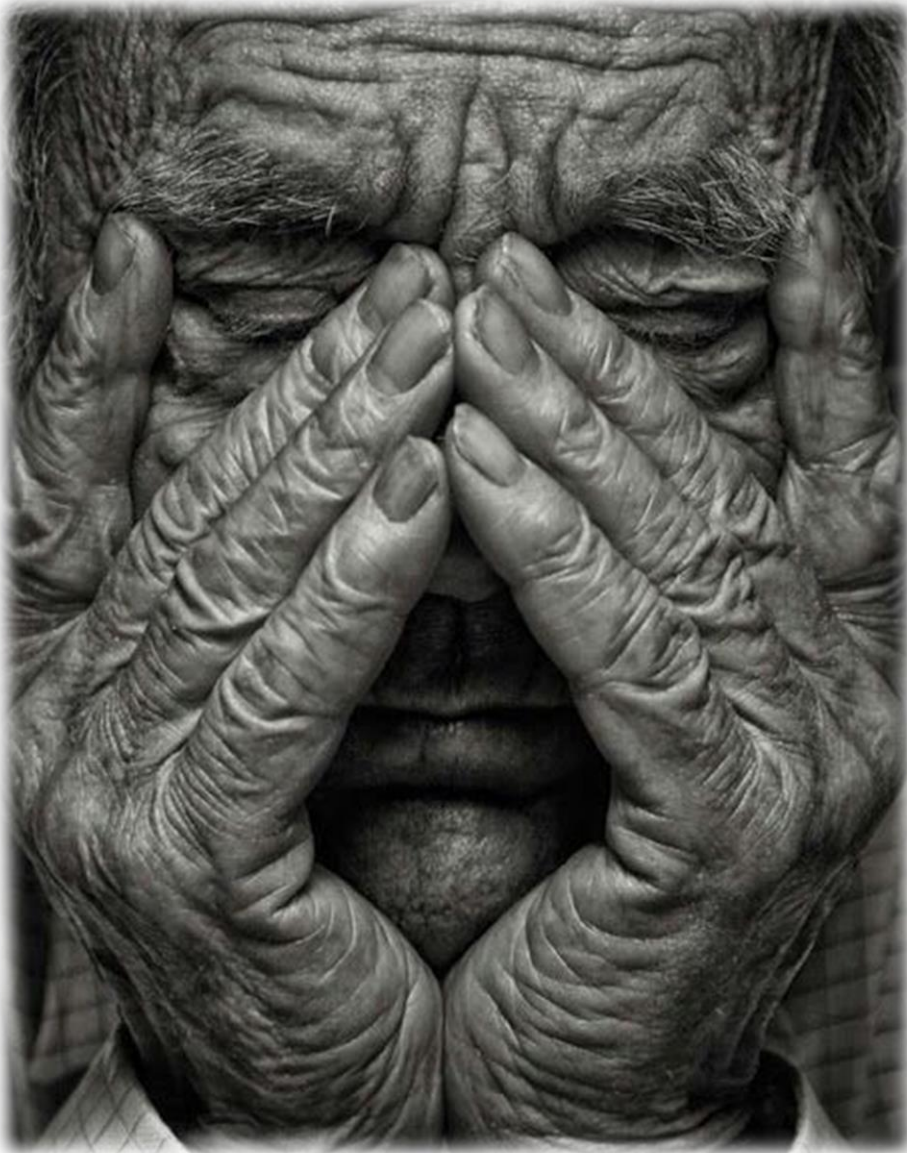
Segunda hipótesis
parcialmente
confirmada (EC).

Integración de la
teoría y la evidencia
empírica, con
atención también a
aspectos
psicosociales.

Principal **limitación**:
carácter no
sistemático de la
revisión
bibliográfica.

Prospectiva: EA
supone un gran reto
multidisciplinar.

Proyecto de futura
investigación
empírica sobre EA y
EC.



*Aunque nos olvidemos
de olvidar, seguro que
el recuerdo nos olvida.*

Mario Benedetti

**MUCHAS
GRACIAS**