

## Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve de la comunidad

Cristina González Sáenz de Lafuente, Jaime Muñoz Castellanos  
Centro de Salud General Ricardos, Gerencia de Atención Primaria de Madrid (Madrid, España)

Correspondencia: [cgsaenzdelafuente@salud.madrid.org](mailto:cgsaenzdelafuente@salud.madrid.org) (Cristina González Sáenz de Lafuente)

### Resumen

El envejecimiento de la población viene acompañado de un aumento en la incidencia de enfermedades degenerativas, como el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo leve, como etapa del proceso, permite el reconocimiento de los individuos con mayor probabilidad de desarrollar una demencia. En este sentido, la estimulación cognitiva se postula como uno de los tratamientos de elección, y la enfermería como agente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Se seleccionan 24 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, tras los test de cribado, para evaluar la efectividad de una intervención grupal de estimulación cognitiva en Atención Primaria. Se realiza una evaluación pre y postintervención, con una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación de los test MEC y MoCA tanto global como diferenciada por esferas cognitivas. Por ello, la estimulación cognitiva podría convertirse en una herramienta efectiva y sin contraindicaciones para pacientes con deterioro cognitivo leve.

Palabras clave: Estimulación cognitiva. Deterioro cognitivo leve. MEC. MoCA. Atención Primaria. Envejecimiento. Enfermería. Deterioro cognitivo.

### Effectiveness of a cognitive stimulation programme among patients with mild cognitive impairment from the community

### Abstract

Population ageing comes with an increase in the incidence of degenerative diseases such as cognitive impairment. Mild cognitive impairment, as a stage of the process, enables the identification of individuals with higher probability of developing dementia. In this sense, cognitive stimulation arises as one of the treatments of choice and nursing as a tool for preventing disease and promoting health. We chose 24 patients with mild cognitive impairment diagnosis after being assessed with screening tests in order to evaluate the effectiveness of a cognitive stimulation group intervention in Primary Health Care. Pre and postintervention evaluation was conducted, with a statistically significant improvement in MEC and MoCA tests scores, both global and classified according to different cognitive areas. Thus, cognitive stimulation could become an effective tool and without contraindications for patients with mild cognitive impairment.

Key-words: Cognitive stimulation. Mild cognitive impairment. MEC. MoCA. Primary Health Care. Ageing. Nursing. Cognitive impairment.

### Introducción

Los trastornos cognitivos conforman uno de los principales problemas de la población de edad avanzada (10% de los mayores de 65 años).<sup>1</sup> En los últimos años, la población española ha experimentado un aumento notable de la esperanza de vida desde los 36 y 38 años en hombres y mujeres en 1950 a 79,4 y 85,1 años en 2012.<sup>2</sup> En relación a esta etapa vital, existe un amplio espectro de cuadros que abarcan desde las pérdidas de memoria asociadas a la edad hasta demencias degenerativas, siendo difícil precisar los distintos perfiles cognitivos debido al solapamiento entre ellos.

El concepto de deterioro cognitivo (DC) está asociado a la combinación de cambios degenerativos del cerebro junto a la disminución progresiva de actividades que implican un aprendizaje y requieran un mínimo de atención.<sup>1</sup> Las causas de DC

pueden ser múltiples: depresión, alcoholismo, traumáticas, enfermedades cerebrovasculares, cambios postneuroquirúrgicos, etc.; aunque las demencias degenerativas son la principal causa, siendo la detección precoz el principal reto al que se enfrentan los profesionales.<sup>3</sup> Tal es así, que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a través de su grupo de expertos en actividades preventivas en mayores, afirma en la actualización de 2012 de su Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) que el DC está infradiagnosticado en Atención Primaria.<sup>4</sup>

Existe un recorrido cognitivo, al cual se refiere conceptualmente Petersen, en el que un individuo que acaba padeciendo deterioro cognitivo atraviesa ciertas fases indistinguibles de un individuo no afecto de la enfermedad, seguidas de cambios sutiles compatibles con un deterioro asociado a la edad, hasta presentar cambios cognitivos claramente patológi-

cos.<sup>5</sup> Además, Petersen fue el primer autor en elaborar criterios para definir el deterioro cognitivo leve (DCL): a) presencia de quejas de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador; b) deterioro objetivo de la memoria objetivado en una evaluación neuropsicológica (desviación estándar [DE] 1,5 por debajo de la media de edad); c) función cognitiva general normal; d) actividades de la vida diaria sencillas intactas, aunque pueda tener alteración de las complejas; e) ausencia de demencia.<sup>3</sup>

Actualmente, hay una amplia evidencia empírica sobre la posibilidad de regeneración de las neuronas lesionadas y el establecimiento de nuevas conexiones:<sup>6</sup> en una revisión de la biblioteca Cochrane, que incluyó quince ensayos clínicos realizados en diferentes países, los hallazgos indicaron que la estimulación cognitiva tiene un efecto beneficioso sobre las puntuaciones de las pruebas de memoria y pensamiento de los/as pacientes con DC y se informó de una mejoría en su calidad de vida.<sup>7</sup> Por otro lado, la *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias* cita otra revisión sistemática con siete ensayos clínicos aleatorizados, que valoraron el efecto de la estimulación cognitiva sobre el rendimiento cognitivo durante al menos tres meses en sujetos sanos/as de edad avanzada, y que mostró un efecto favorable comparado con el no entrenamiento.<sup>8</sup>

La estimulación cognitiva en el DCL, frente al envejecimiento normal o las demencias, es un campo con menor evolución debido, entre otros, a la definición reciente de esta entidad. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria desarrollan gran parte de su labor orientada a la comunidad y la prevención, de ahí la importancia de la implementación de este tipo de terapias no farmacológicas.

Por tanto, se establecieron como objetivos de este estudio los siguientes: a) valorar la efectividad de una intervención grupal de estimulación cognitiva liderada por profesionales de enfermería de Atención Primaria en pacientes con DCL; b) contrastar qué áreas cognitivas producen mejoras estadísticamente significativas; c) comparar la correlación de las dos escalas de DCL empleadas.

## Metodología

### Diseño

Estudio analítico cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo.

### Emplazamiento

El estudio fue llevado a cabo en el Centro de Salud General Ricardos, ubicado en el distrito de Carabanchel (Madrid).

### Población

Se tuvieron en cuenta a todos aquellos pacientes mayores de 65 años con historia clínica electrónica activa en el Centro de Salud de General Ricardos.

### Tipo y estrategia de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado por edad (mayores de 65 años) y que hayan manifestado algún tipo de quejas cognoscitivas.

### Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se emplea la fórmula para la comparación de medias de dos grupos, asumiendo un riesgo  $\alpha$  del 5%, una potencia estadística del 90%, una varianza (s) de 3.037 y un valor mínimo de la diferencia que se desea detectar de 1.8, obteniéndose un número de 20 participantes. Además, dadas las características de los mismos y la relativa dificultad para la consecución de los criterios del cumplimiento del programa, se sobrestimó el tamaño muestral en un 40% para compensar las posibles pérdidas. Por tanto, se fijó el tamaño muestral finalmente en 28 participantes.

### Criterios de selección de los sujetos

Los criterios de inclusión establecidos fueron: usuarios mayores de 65 años con algún trastorno cognoscitivo evidenciado mediante evaluación clínica:

- Miniexamen Cognoscitivo (MEC) con resultado  $\geq 23$ .
- Test de evaluación cognitiva de Montreal versión 7.3 (MoCA) con resultado  $\geq 20-25$ .
- Evaluación de afectación de actividades básicas de la vida diaria a través de índice de Barthel, con resultado  $\geq 60$ .

Como criterios de exclusión se estableció el cumplimiento de alguno de los siguientes:

- Analfabetismo.
- Alteraciones sensoriales limitantes.
- Incapacidad de comunicación en castellano.
- Demencia o patología psiquiátrica diagnosticada o cribado con escala de depresión geriátrica de Yessavage con resultado  $\geq 2$ .

### Estrategia de reclutamiento

La selección se produjo aleatoriamente desde las diferentes consultas de enfermería y medicina del Centro de Salud basándose en los criterios de Petersen et al.<sup>3</sup> Tras una primera selección, fueron derivados para valoración e inclusión/exclusión por los investigadores, en función del cumplimiento de los criterios establecidos en el estudio. Se derivaron 41 pacientes susceptibles de cumplir criterios, siendo finalmente 33 los seleccionados.

Una vez el potencial participante era valorado, previo cumplimiento de los criterios establecidos, se proponía su inclusión en el grupo de estimulación cognitiva. Para su participación, el sujeto debía firmar el consentimiento y aceptar su inscripción en el grupo.

### Intervención

El programa de estimulación cognitiva está basado en el *Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*,<sup>9</sup> publicado y validado por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, adaptado a las

características de la población a estudio. Consistió en una sesión semanal de dos horas, con una duración de siete semanas. Se estableció la asistencia mínima a cinco sesiones como criterio de cumplimiento del programa. Además, se incluyeron tareas programadas para su realización en el domicilio.

Cada sesión de estimulación cognitiva consta de varias fases: a) presentación de la sesión; b) repaso de la sesión previa y recogida de los ejercicios realizados en el domicilio; c) 20 minutos de contenido teórico donde se trataron las principales funciones cognitivas (atención, percepción, orientación, lenguaje y fluidez verbal, cálculo y memoria); d) 50 minutos de entrenamiento con estrategias básicas de mejora de la función cognitiva correspondiente a cada sesión; e) explicación de los

ejercicios de entrenamiento a realizar durante la semana, y f) resolución de dudas.

A continuación, tras finalizar las sesiones se realizó una postevaluación neuropsicológica, con las herramientas utilizadas antes de la intervención, a aquellos sujetos que habían cumplido todos los criterios establecidos para poder ser evaluados.

#### *Definición de variables*

Las variables de estudio utilizadas se describen en la Tabla 1, junto con la escala de medición utilizada para medir cada una de ellas.

**Tabla 1.** Variables del estudio

<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>	<i>Escala</i>
Sexo	Según sexo biológico	Dicotómica
Edad	Según años cumplidos a fecha de la inclusión	≥65 años
Nivel de Escolarización	Según años de escolarización	Factorizada: ≤12 >12
Estimulación cognitiva previa	Según la realización previa de algún ejercicio cognitivo	Dicotómica
Deterioro cognitivo	Minexamen Cognoscitivo (MEC)	0-30
	Test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)	0-30
Variación en áreas cognitivas MoCA	Esfera visoespacial ejecutiva	0-5
	Denominación	0-3
	Lenguaje	0-3
	Recuerdo diferido	0-5
	Orientación	0-6
	Abstracción	0-2
	Atención	0-6
Variación en áreas cognitivas MEC	Fijación-recuerdo	0-3
	Atención-cálculo	0-5
	Lenguaje	0-9
	Recuerdo diferido	0-3
	Orientación temporal	0-5
	Orientación espacial	0-5

#### *Recogida de datos*

Los datos autocomunicados fueron recabados de forma verbal, mediante entrevista individualizada semiestructurada (focal) y por escrito, a través de cuestionarios. En el caso de datos relativos a la esfera neurocognoscitiva mediante test validados (MoCA, MEC, Yessavage y Barthel) y a través del diseño de un cuestionario ad hoc generado por los propios investigadores para la recogida de datos sociodemográficos.

Se llevó a cabo una observación no estructurada mediante observación participante, desarrollando un plan de muestreo de eventos, recabando información referida al ambiente, los participantes, sus actividades y los fenómenos a estudiar mediante registro del investigador.

#### *Plan de análisis*

Comparación paramétrica de medias para datos emparejados (t Student), tras verificar la distribución normal de las variables empleadas. Para la determinación de la correlación de los resultados de los test de cribado de DCL empleados se utilizó el índice de correlación de Pearson. Se analizaron los datos recogidos en la ficha de captación y la puntuación en las áreas cognitivas de los test MEC y MoCa, antes y después de la intervención.

Se emplearon los programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 19.0 y EPIDAT 3.1.

**Consideraciones éticas**

Este estudio de investigación cumplió la legislación vigente y fue aprobado por el Comité Local de Investigación de la Dirección Asistencial Centro de Madrid. Se elaboró un consentimiento informado para las personas que participaron en él, y su inclusión fue totalmente voluntaria. Además, con el fin de explicar adecuadamente el fin de este estudio se adjuntó una hoja informativa sobre el tema a investigar, su finalidad, el tratamiento legal de los datos y su derecho de desestimiento a formar parte del mismo. En cualquier momento del proceso el participante podría abandonarlo sin necesidad de justificación ni desatención de ninguna clase. La información obtenida es completamente anónima y fue codificada.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en la realización de este estudio.

**Resultados**

De los 33 pacientes seleccionados para iniciar el programa, 24 cumplieron los criterios establecidos para la valoración postintervención. De las nueve personas excluidas, cuatro no comenzaron el taller y cinco acudieron a menos de cinco sesiones, principalmente por motivos de enfermedad. La edad media de los/as participantes fue de 79 años (DE: 6,62; rango: 66-91). Las variables demográficas estudiadas se exponen en la tabla 2, donde se puede observar que participaron en el estudio una gran mayoría de mujeres, y que el nivel cultural de los participantes es bajo, pues cursaron doce años o menos de escolarización. Así mismo, se midió si realizaban cualquier tipo de actividad de estimulación cognitiva en su vida diaria (lectura, escritura, pasatiempos, etc.).

**Tabla 2. Variables demográficas**

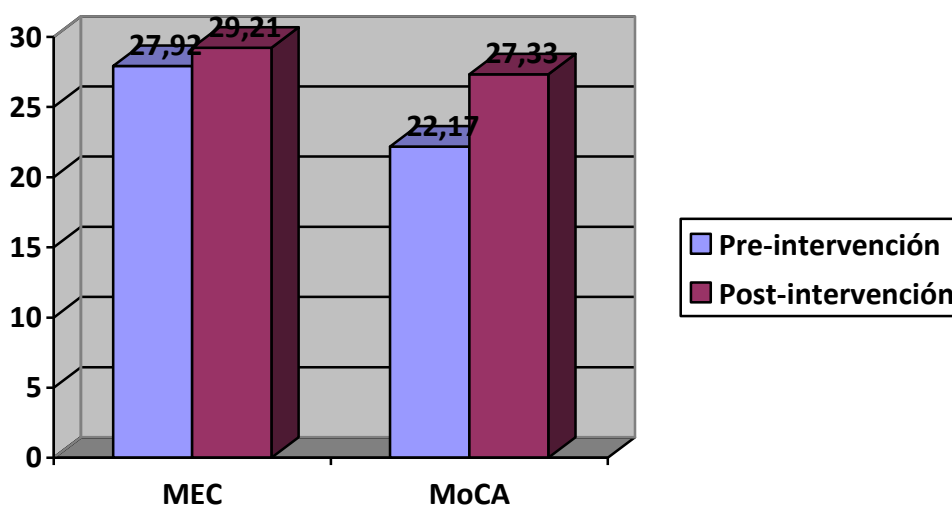
Sexo	%	Años escolarización	%	Actividades previas de estimulación cognitiva	%
Mujeres	79,16	≤ 12 años	91,66	Sí	95,83
Varones	20,83	> 12 años	8,33	No	4,16

Los resultados postintervención muestran una tendencia de mejora en todas las áreas cognitivas valoradas a través de los test de cribado. El análisis estadístico muestra una mejoría estadísticamente significativa (p=0,0030) en la puntuación del MEC (1,29 puntos), con una media de 27,92 puntos (DE: 1,840) preintervención y de 29,21 puntos (DE: 0,833) postintervención. En cuanto al test MoCA, la mejoría global (5,16 puntos) también es estadísticamente significativa (p=0,000),

con una media de 22,17 puntos (DE: 1,993) preintervención y de 27,33 puntos (DE: 2,493) postintervención. Los resultados globales pre y postintervención se muestran en el gráfico 1.

Con el objetivo de calcular el nivel de mejora de las distintas funciones cognitivas, se llevó a cabo un análisis individualizado de las áreas de evaluación de cada test de cribado, como se recoge en la tabla 3.

**Gráfico 1. Comparación de medias de resultados en test MEC y MoCA**



**Tabla 3.** Resultados antes y después de la intervención, desgregados por áreas cognitivas

MoCA			
	Media pre (DE)	Media post (DE)	Total (p)
Abstracción	1,50 (0,57)	1,79(0,41)	0,29 (0,0708)
Recuerdo diferido	1,96 (1,57)	4,13(1,42)	2,17 (0,0000)
Orientación	5,83 (0,48)	5,96 (0,20)	0,13 (0,1704)
Lenguaje	1,00 (0,88)	1,54 (0,88)	0,54 (0,0092)
Atención	4,46 (0,98)	5,58 (0,78)	1,12 (0,0001)
Denominación	2,83 (0,38)	3,00 (0,00)	0,17 (0,0388)
Visoespacial ejecutiva	3,88 (1,30)	4,54 (0,59)	0,67 (0,0080)
MEC			
	Media pre (DE)	Media post (DE)	Total (p)
Fijación/recuerdo	2,87 (0,61)	2,96 (0,20)	0,09 (0,5261)
Atención/cálculo	4,88 (0,34)	5,00 (0,00)	0,12 (0,0803)
Lenguaje	8,25 (0,74)	8,83 (0,38)	0,58 (0,0011)
Recuerdo diferido	2,25 (0,85)	2,66 (0,64)	0,41 (0,0592)
Orientación temporal	4,70 (0,62)	4,91 (0,28)	0,21 (0,0555)
Orientación espacial	4,92 (0,28)	5,00 (0,00)	0,08 (0,1749)

De este modo, el test MEC presenta mejoras estadísticamente significativas en una de sus seis áreas de valoración: el lenguaje (p=0,0011), con un aumento medio de puntuación de 0,58 puntos, tal y como muestra en el diagrama de área 1.

En cuanto al test de MoCA, se objetivaron mejoras estadísticamente significativas en cinco de sus siete áreas de valoración cognitiva: el recuerdo diferido (p=0,0000) y la atención

(p=0,0001) fueron las esferas con una mejora más evidente, con un aumento de 2,17 y 1,12 puntos de media respectivamente. Les siguen el área visoespacial ejecutiva (p=0,0080) con +0,67 puntos de variación media, el lenguaje (p=0,0092) con +0,54 puntos y la denominación (p=0,0388) con +0,17 puntos, como se expone en el diagrama de área 2.

**Diagrama de área 1.** Evolución de mejora por esfera cognitiva. Test MEC

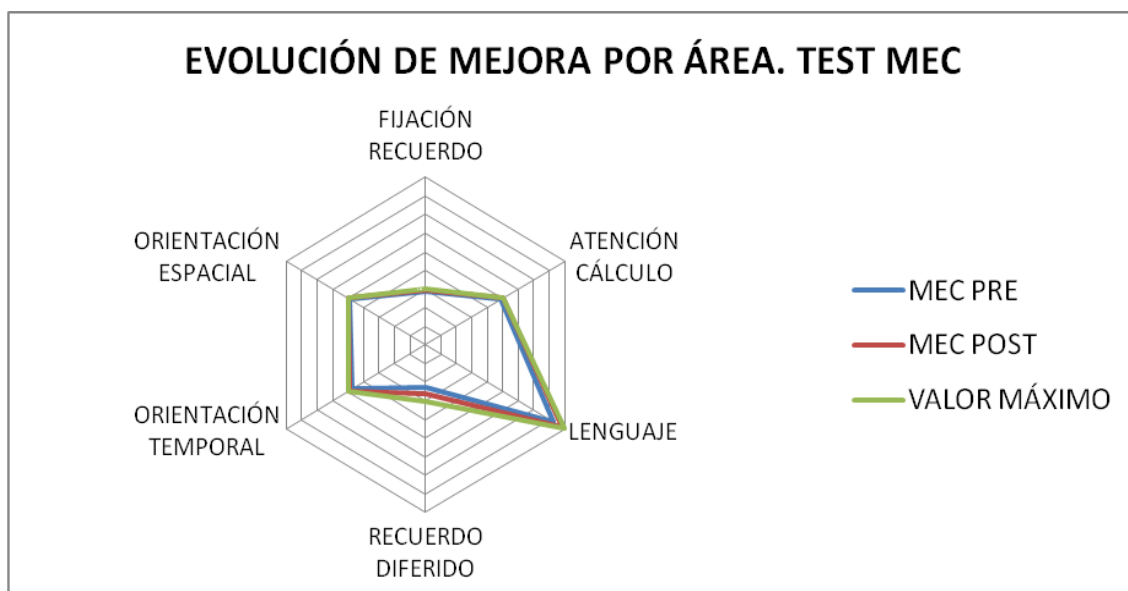
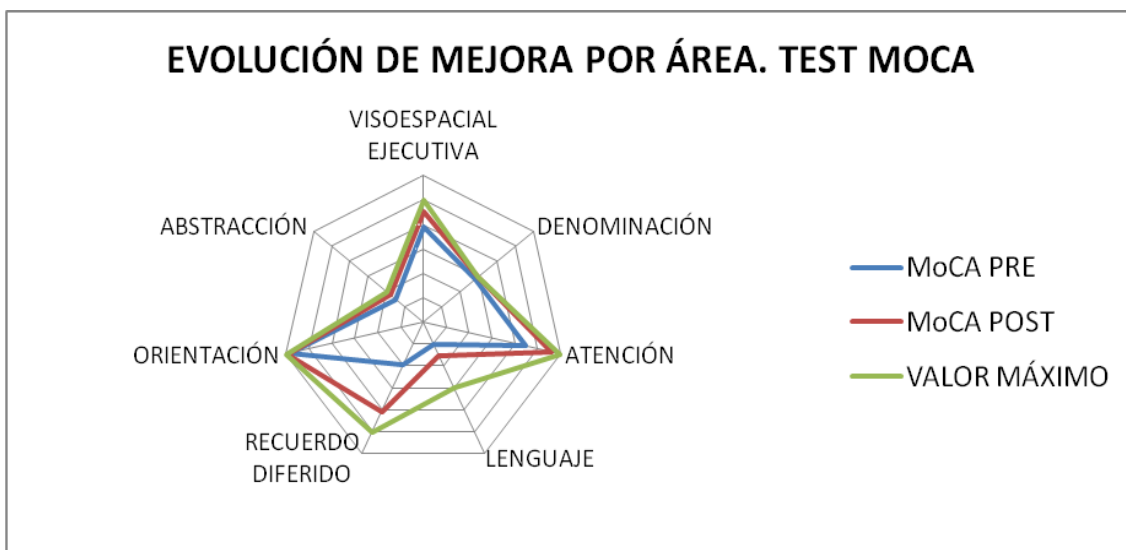


Diagrama de área 2. Evolución de mejora por esfera cognitiva. Test MoCA



Finalmente, para establecer la relación lineal entre los resultados obtenidos con ambos test globalmente y entre cada uno de ellos antes y después de la intervención, se calculó el índice de correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados:

a) MEC Pre/MEC Post: se obtiene un índice de correlación de 0,409.

b) MoCA Pre/MoCA Post: los resultados muestran un valor de 0,686 en el índice de correlación, por lo que en este caso existe una asociación con mayor potencia estadística tras la utilización del test antes y después de la intervención que con el MEC.

c) MEC/MoCA: el análisis comparativo de los datos obtenidos en cada test antes y después de la intervención muestra un resultado de 0,383 en el índice de correlación preintervención y de 0,441 postintervención respectivamente, por lo que no se puede establecer una asociación potente desde el punto de vista estadístico entre los datos obtenidos a través de ambos test.

En relación a los resultados obtenidos en este estudio, cabe destacar varios aspectos. En primer lugar, hay que señalar que todos/as los/as participantes en el programa han presentado una mejoría en su rendimiento cognitivo, según las mediciones realizadas con los test MEC y MoCA. Sin embargo, dicha diferencia se evidencia de distinta forma atendiendo al test empleado. De este modo, el aumento de puntuación medido a través de MEC es de 1,29 puntos de media, mientras que a través de MoCA es de 5,16 puntos de media. Esto es, el programa no solo ha conseguido impedir el declive de la función cognitiva de los/as participantes, sino que además ha mejorado significativamente su estado.

En este sentido, las mediciones con ambos test arrojan resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ ) entre las puntuaciones obtenidas antes y después del programa de estimulación cognitiva. Desde el punto de vista subjetivo del observador/a durante el proceso de valoración de participantes, el análisis a través del cuestionario MoCA permite un acercamiento más preciso al estado cognitivo real del/de la

paciente, siendo a su vez más sensible a las variaciones que se puedan presentar en el mismo.

Atendiendo a las distintas áreas que valoran cada uno de los test utilizados, los resultados muestran diferencias significativas en función de la esfera analizada y del test empleado. Aunque cabe destacar que tanto la valoración global como fraccionada por áreas cognitivas tras el programa de estimulación cognitiva han mejorado en ambos test, el MoCA ha presentado mejoras estadísticamente significativas en cinco de sus siete áreas de valoración, mientras que el MEC tan solo las presenta en una de sus seis esferas de valoración. El lenguaje ha sido la única área que presenta una mejora estadísticamente significativa en ambos test.

El recuerdo diferido y la atención parecen haber sido las áreas más beneficiadas tras la realización del programa.

Además, tras el análisis estadístico fraccionado de los test, parece evidente que el test MoCA es más sensible a las variaciones en el estado cognitivo de pacientes que presentan deterioro cognitivo leve.

## Discusión

En concordancia con lo hallado en otros estudios, se observa que la estimulación cognitiva es útil para mejorar el rendimiento en pacientes con deterioro cognitivo leve. Llanero Luque et al.<sup>10</sup> objetivaron una tendencia a la mejoría en todas las puntuaciones recogidas a través de MEC, con una media de 1,27 puntos entre pre y postvaloración (con una diferencia de tan solo 0,02 puntos menos que nuestro estudio). Gross et al.,<sup>11</sup> en su metaanálisis con 35 estudios sobre intervenciones de entrenamiento de memoria en mayores, confirman el beneficio que supone este tipo de programas. Así mismo, Calero García et al.,<sup>12</sup> en su artículo de análisis de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria en ancianos, donde se mide la evolución a los tres y nueve meses con respecto a un grupo control, corroboran nuevamente la efectividad de este tipo de intervenciones. Novoa AM et al.<sup>1</sup> evaluaron la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria, incluyendo 25 estudios (once consi-

derados de elevada calidad), de los cuales todos excepto uno mejoraron algún indicador de memoria.

Como novedad con respecto a la mayoría de los estudios publicados, nuestro trabajo aporta datos concluyentes sobre la importancia del papel del/de la profesional de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria como agente activo de promoción de salud y prevención de enfermedad, al ser realizado íntegramente por un equipo compuesto por estos/as profesionales.

Además, en la búsqueda bibliográfica realizada, diversos estudios como el de Lozano Gallego et al.<sup>13</sup> recomiendan continuar la investigación del MoCA como herramienta específica de valoración de DCL en Atención Primaria, aspecto que se ha desarrollado en este trabajo.

Por otro lado, a diferencia de la mayor parte de estudios consultados, este programa ha contado con una duración menor, concretamente de siete sesiones de dos horas. Para optimizarlas, se ha centrado la temática de cada sesión en una de las áreas cognitivas, pero a su vez trabajando transversalmente todas aquellas que ya habían sido abordadas con anterioridad. Pese a ello, nuestros resultados aportan una mejoría similar respecto a los antes citados.

## Bibliografía

1. Novoa AM, Juárez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gac Sanit*: 2008; 22(5):474-82.
2. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2014 [acceso 14 de febrero de 2015]. Demografía y población [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
3. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al.; Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2001; 58:1985-92.
4. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. Actividades preventivas en los mayores. *Aten. Primaria*: 2012; 44 Supl 1:57-64.
5. Vilorio Jiménez A, Gil Gregorio P, Yubero Pancorbo R. ¿Toda pérdida de memoria es Alzheimer? En: Martínez Maroto A, Gil Romero L, Serrano Marzo P, Ramos Miguel JM. Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Primera edición. Madrid: IMSERSO: 2009; p 158-187.
6. Zamarrón Cassinello MD, Tárraga Mestre L, Fernández-Ballesteros R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*. 2008; 20 (3): 432-37.
7. Woods B, Aguirre AE, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (2): CD005562.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
9. Maroto Serrano MA. La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. 2ª ed. Madrid: Comunidad de Madrid, Instituto de Salud Pública; 2005.
10. Llanero Luque M, Montejo Carrasco P, Montenegro Peña M, Fernández Blázquez MA, Ruiz Sánchez de León JM. Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer Real Invest Demenc*. 2010; 46:15-23.
11. Gross AL, Parisi JM, Spira AP, Kueider AM, Ko JY, Saczynski JS et al. Memory training interventions for older adults: A meta-analysis. *Agining Ment Health*. 2012; 16(6): 722-734.
12. Calero García MD, Navarro-González E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*. 2006 Sep; 17(2): 187-202.
13. Lozano Gallego M, Hernández Fernández M, Turró Garriga O, Pericot Nierga I, López-Pousa S, Vilalta Franch J. Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer. Real Invest Demenc*. 2009; 43:4-11.

Así mismo, este trabajo cuenta con algunas limitaciones: no se trata de un ensayo clínico aleatorizado, ya que no dispone de grupo control, por lo que no permite la comparación de efectos con otras intervenciones. Además, el número de pacientes incluidos puede resultar escaso, a pesar de ser mayor del calculado para la muestra. Por ello, hay que considerar los datos de eficacia en dicho contexto. También es preciso destacar la falta de evaluación de los/as participantes a largo plazo para determinar si el programa ha sido efectivo con la duración y metodología empleadas.

## Conclusiones

Tras los datos obtenidos en el presente estudio, parece conveniente integrar los programas de estimulación cognitiva como herramienta de los/las profesionales de enfermería de Atención Primaria en el ámbito comunitario para pacientes con DCL, ya que se trata de una actividad efectiva, exenta de efectos adversos y, por ello, recomendable su uso en pacientes con dicha patología.