

DIMENSIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COGNITIVA Y PREVENCIÓN DE DEMENCIAS

Dimensions for cognitive health's promotion and prevention of dementias

Yunier Broche Pérez^{1*}

¹Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas/Departamento de Psicología. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yunierbp@uclv.edu.cu

RESUMEN

En la actualidad existe un aumento exponencial en el número de personas que reciben diagnóstico de demencia cada año. Sin embargo, el control de determinados factores de riesgo en la población general podría reducir significativamente la tasa global de pacientes que presentan declive cognitivo o algún tipo de demencia (incluida la enfermedad de Alzheimer). Esta realidad convierte a la promoción de salud cognitiva en un campo prioritario desde el cual deben diseñarse acciones encaminadas a potenciar el bienestar cognitivo global con énfasis en el envejecimiento. De esta manera el objetivo de este material es discutir un grupo de premisas y dimensiones que deben considerarse para la concepción, diseño e implementación de programas orientados a la promoción de salud cognitiva y la prevención de demencias. Se propone que el diseño de programas orientados a la promoción de salud cognitiva y la prevención de demencias pueden concebirse partiendo de tres dimensiones principales: a) *exploración de creencias y conocimiento general*, b) *educativo-formativo* e c) *investigación-implementación*. La promoción de salud cognitiva está llamada a convertirse en un importante recurso para reducir el declive cognitivo patológico y el riesgo de padecer demencias. Para alcanzar este objetivo la salud cognitiva y prevención de demencias deben constituir una prioridad dentro de los sistemas de salud (y de los profesionales que los integran), concretándose en el diseño de programas dirigidos a reducir los factores de riesgos relacionados con el deterioro cognitivo patológico, y la implementación de intervenciones en función del bien público.

Palabras clave: Salud cognitiva; promoción de salud; envejecimiento cognitivo; demencia; enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

Nowadays, there is an exponential increase in the number of people diagnosed with dementia every year. However, control of certain risk factors in general population could significantly reduce the overall rate of patients with cognitive decline or some form of dementia (including Alzheimer's disease). This reality turns cognitive health's promotion into a priority field from which actions should be designed to encourage the overall cognitive wellbeing with an emphasis in aging. The objective of this paperwork is to discuss a group of premises and dimensions that must be considered for the conception, design and implementation of programs oriented to cognitive health's promotions and the prevention of dementias. It is proposed that the design of programs oriented to the promotion of cognitive health and the prevention of dementias can be conceived from three main dimensions: a) exploration of beliefs and general knowledge, b) educational-formative and c) research-implementation. The promotion of cognitive health is called to become an important resource to reduce pathological cognitive decline and the risk of dementias. To achieve this goal, Cognitive Health and Dementia Prevention must be a priority within the health systems (and the professionals that integrate them), focusing on the design of programs aimed to reduce the risk factors related to pathological cognitive impairment, and the implementation of interventions in function of the public good.

Keywords: Cognitive health; health promotion; cognitive aging; dementia; Alzheimer's disease.

Recibido: 09/10/2017

Aceptado: 13/10/2017

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha incrementado considerablemente el conocimiento disponible sobre los mecanismos que permiten preservar la salud cerebral y cognitiva.⁽¹⁾ En el caso particular de la *Salud Cognitiva* se ha comprobado que este constructo es fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida a lo largo de todo el desarrollo humano, desde la infancia hasta la tercera edad. No ha sido sino hasta hace muy poco que el término *Salud Cognitiva* ha cobrado fuerza como campo de investigación específico, esto debido fundamentalmente a que durante muchos años el continuo salud-enfermedad ha sido abordado desde una dimensión predominantemente patológica. Esta es una de las razones que justifican la inexistencia de un consenso sobre la definición de salud cognitiva, aunque la mayoría de los expertos coinciden en incluir dentro del funcionamiento cognitivo saludable procesos tales como el lenguaje, el pensamiento, la memoria, las funciones ejecutivas y la atención.^(2,3) No obstante, si bien no todos están de

acuerdo con "qué es" la salud cognitiva, sí existe comunidad de criterios con aquello "que facilita". Esto significa que se reconoce que la SC es un factor fundamental para la adaptación activa de los individuos a su medio social, que permite la independencia funcional e incrementa su calidad de vida.⁽⁴⁾ Tomemos en consideración que la ausencia de salud cognitiva puede ser la razón para que una persona tenga que abandonar sus actividades habituales, no pueda cuidar de sí mismo ni de los suyos, tampoco pueda ser fuente de ingresos para su familia o realizar actividades tan sencillas como tomar un medicamento a la hora indicada o cuidar de su higiene personal.⁽²⁾

Partiendo de esta realidad algunos proyectos han surgido en los últimos años dirigidos específicamente a la promoción de salud cognitiva, tanto en poblaciones psiquiátricas, el público general, así como en personas con déficit cognitivos específicos (DCL, demencias y otros). De esta forma, podemos mencionar la iniciativa denominada *Cognitive Remediation to Promote Recovery* (CR2PR), primer proyecto en los Estados Unidos orientado a la salud cognitiva en pacientes psiquiátricos,⁽⁵⁾ la iniciativa propuesta por la Asociación de Alzheimer bautizada como *TheHealthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health*, orientada al público general,⁽²⁾ y más recientemente el proyecto *My Mind Project* especialmente concebido para pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer.⁽⁶⁾

No obstante, todavía son pocas las iniciativas orientadas específicamente a la promoción de salud cognitiva, quizás porque no existe plena conciencia (en las personas, las instituciones y los gobiernos) de los incontables beneficios que pudieran obtenerse si se desarrollaran e implementaran programas dirigidos a este fin. Por ejemplo, se conoce que la modificación de factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la actividad física, la hipertensión arterial, la diabetes y la depresión, podrían reducir hasta en el 48,4% los casos que en la actualidad son diagnosticados con un síndrome demencial.⁽⁷⁾ Esto sería posible si se tomara como marco de referencia a la promoción de salud cognitiva y el desarrollo de estilos de vida saludables, como complemento al tradicional enfoque centrado en la enfermedad.

Esta realidad cobra especial importancia en el continente americano pues que se calcula que para el 2020 más de 200 millones de personas en América serán adultos mayores y de ellos la mitad vivirán en Latinoamérica y el Caribe.⁽⁸⁾ De no realizarse intervenciones inmediatas en el plano de la promoción de salud cognitiva, para el 2030 aproximadamente 530 mil adultos mayores de la región habrán recibido el diagnóstico de demencia, cifra que representa un incremento del 449% con relación el 2010 y serán Cuba, República Dominicana y Puerto Rico los países que experimentarán los mayores índices de la enfermedad.⁽⁶⁾

Estas y muchas otras razones justifican la necesidad de diseñar e implementar estrategias en el campo de la salud cognitiva en los países de la región latinoamericana y caribeña. Para contribuir a este objetivo en el presente trabajo se propone discutir un grupo de premisas y dimensiones que deben considerarse para la concepción, diseño e implementación de programas orientados a la promoción de salud cognitiva y la prevención de demencias.

PREMISAS PARA ABORDAR LA SALUD COGNITIVA

Las acciones orientadas al prevención del deterioro cognitivo y la promoción de la salud cognitiva que se proponen en este trabajo parten de tres premisas fundamentales. La *primera* de ellas guarda relación con el hecho de que *el declive cognitivo no se restringe a la etapa de la adultez mayor*,⁽⁹⁾ se puede observar una disminución en el funcionamiento de dominios cognitivos específicos en distintas edades a lo largo del desarrollo.⁽¹⁰⁾ Por ejemplo, existe considerable evidencia de que los procesos relacionados con la inteligencia fluida (la eficiencia y efectividad del procesamiento de la información) comienzan a disminuir desde la adultez, y muestra o los mayores niveles de dificultad en edades posteriores.⁽¹¹⁾

Los hechos sugieren además, que en comparación con etapas anteriores de la vida, los adultos mayores muestran una disminución en la neuroplasticidad (entendida como la capacidad de las células cerebrales de modificarse en respuesta a factores internos y externos).⁽¹²⁾ Sin embargo, también se ha demostrado que la realización de actividades cognitivas de ocio durante esta etapa de la vida puede incrementar el volumen de estructuras en el cerebro (por ejemplo el hipocampo)⁽¹³⁾ y potenciar de esta forma la plasticidad cerebral. Incluso se ha comprobado que los efectos resultantes de la estimulación cognitiva en los adultos mayores perduran en el tiempo en un rango que abarca desde los 3 hasta los 5 años según sea el tipo de intervención.⁽¹⁴⁾

Por otra parte, procesos como las habilidades verbales (incluido vocabulario), la comprensión y la solución de problemas numéricos prácticamente no muestran dificultades durante el envejecimiento normativo.^(11,15) Esta realidad es contraria a la creencia popular que considera que el declive cognitivo es una problemática que solamente debe preocupar a quienes arriban a los 60 años de edad.

Como *segunda premisa* debe considerarse que *el deterioro cognitivo y las demencias (incluyendo Alzheimer) pueden ser prevenidos*,⁽¹⁶⁾ y que su diagnóstico no implica un camino irreversible hacia el declive cognitivo.⁽¹⁷⁾ Incluso en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se ha comprobado que determinadas intervenciones (con enfoque multimodal) pueden resultar muy útiles para revertir el deterioro cognitivo y devolver a los pacientes la funcionabilidad necesaria para desenvolverse adecuadamente en sus entornos cotidianos.^(18,19) Por otra parte, las acciones para la potenciación de la salud cognitiva no deben reducirse únicamente a la etapa de la adultez mayor, sino que deben implementarse desde las edades tempranas de la vida atendiendo a las particularidades de cada grupo de edad.⁽⁵⁾

Por último, la *tercera* premisa sustenta la necesidad de abordar la problemática de *la salud cognitiva* desde enfoques multimodales, que integren los conocimientos obtenidos por distintas disciplinas con el objetivo de dar respuesta a un problema de naturaleza multicausal. Mientras que para algunas enfermedades crónicas como los trastornos cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y el VIH existen alternativas terapéuticas multimodales exitosas,⁽²⁰⁾ en el caso del Alzheimer y el DCL las terapias unimodales propuestas no han corrido la misma suerte.⁽¹⁸⁾ Una de las principales razones que dan al traste con el éxito de estos tratamientos radica en que todos tienen un único objetivo terapéutico, mientras que la patofisiología de la enfermedad es multicausal. Esto implica que al abordar la salud cognitiva se necesita un enfoque donde se integren distintos componentes, para de esta forma lograr un efecto sinérgico que incremente su valor terapéutico.^(18,19)

DIMENSIONES PARA ABORDAR LA SALUD COGNITIVA

Las acciones que se proponen a continuación tienen su anclaje disciplinar dentro del movimiento de la neuropsicología positiva, campo que ha sido definido como la orientación práctica y académica enfocada en el estudio y la promoción de la salud cognitiva.^(21,22) La primera dimensión contiene las acciones orientadas a la *exploración de creencias y conocimiento general sobre la salud cognitiva y las demencias*, en segundo lugar se encuentra la *dimensión educativa-formativa*, que contiene aquellas acciones cuyo objetivo es la sensibilización del público general en relación con los factores de riesgo para el desarrollo de demencias y la promoción de salud cognitiva. En tercer lugar se encuentra la dimensión de *investigación-implementación* que tiene como núcleo el desarrollo de estudios en el campo de la salud cognitiva (con enfoque predominantemente multidisciplinario), así como la puesta en práctica de acciones orientadas a la potenciación de la salud cognitiva, que podrían implementarse desde los servicios sanitarios tradicionales o en instituciones especialmente creadas para estos fines. A continuación se presentan las tres dimensiones y las posibles acciones que podrían realizarse como parte de cada una de ellas.

Dimensión 1: Exploración de creencias y conocimiento general

Cualquier acción orientada a la prevención de demencias y la promoción de salud cognitiva debe partir de la exploración sobre el conocimiento (y creencias) que tiene la población sobre este tema en particular. Esto permite conocer las concepciones erróneas relacionadas con la salud cerebral y cognitiva, cuánta conciencia existe sobre los factores de riesgo para el desarrollo de demencias, qué hacen las personas para prevenir el declive cognitivo patológico, entre otros.

Los estudios de este tipo llevados a cabo en naciones desarrolladas, y que han utilizado muestras amplias, han arrojado interesantes resultados. Por ejemplo, una encuesta realizada en Australia en 1 003 participantes comprobó que menos de la mitad de los encuestados (41,5 %) consideraban que el riesgo de demencia podía ser reducido. También se conoció que solamente el 17,2 % de los participantes con más de 60 años consideraron como importante la problemática de las demencias, mientras que en edades anteriores los valores no superaron el 6%.⁽²³⁾

En un estudio realizado en Estados Unidos por la *Met Life Foundation*,⁽²⁴⁾ se conoció que el 74 % de los encuestados (N=1000) declararon conocer "muy poco" o "nada" sobre las demencias y especialmente la enfermedad de Alzheimer, mientras que en general los participantes con edad más avanzada conocían sobre la enfermedad pero desconocían sobre las acciones a desarrollar para su prevención.⁽²⁵⁾

En sentido general, en las naciones desarrolladas donde se han realizado estos estudios se ha comprobado una baja percepción general relacionada con el riesgo de padecer demencia, además de que no existe conciencia de las acciones preventivas que pueden desarrollarse para potenciar la salud cognitiva. No obstante, la inmensa mayoría de estas encuestas se han desarrollado en naciones con ingresos altos, mientras que son las naciones con ingresos medios y bajos las que presentan los mayores índices de demencia actualmente, y en los que se espera un mayor incremento de este síndrome en el futuro.⁽²⁶⁾ Por esta razón, se deberían incrementar este tipo de estudios en los países menos desarrollados y especialmente en la región de América Latina y el Caribe. Entre otros beneficios, los resultados que se obtengan permitirán una mejor administración de los recursos humanos y económicos dedicados a la prevención de demencias y promoción de salud cognitiva.

Dimensión 2: Educativo-Formativa

La segunda dimensión tiene dentro de sus puntos de referencia la información obtenida luego de la *exploración de creencias y conocimiento general* y que se extiende a la capacitación y formación de los recursos humanos. Dentro de las acciones que distinguen a esta dimensión se encuentran (entre otras) el *desarrollo de programas comunitarios* con énfasis en el incremento de la percepción del riesgo de padecer demencias en la población general, la promoción de estilos de vida saludables y la reducción de los factores de riesgo. Considerando que el riesgo de padecer demencia está determinado por la interacción entre componentes genéticos, medioambientales y comportamentales,⁽²³⁾ la educación comunitaria puede promover estilos de vida saludables e incrementar la salud cognitiva.

Como recurso dentro de esta dimensión debe enfatizarse también en el *diseño e implementación de acciones de comunicación social* dedicadas a la promoción de salud cognitiva y reducción de factores de riesgo. El diseño de spots de bien público, programas de televisión y de radio, blogs y páginas web pueden contribuir, por una parte, a la promoción de bienestar cognitivo y por la otra, ayudar a remplazar las falsas creencias y mitos relacionados con las demencias y la salud cognitiva.

Existe además, dentro de esta dimensión, un área de importancia capital: la *formación y capacitación* de quienes están encargados de la atención de los adultos mayores (médicos generales, médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales y otros). Si bien es fundamental trabajar directamente con las personas en el tema de la salud cognitiva y la reducción del riesgo de padecer demencias, es imprescindible que quienes ofrecen servicios de salud o asistencia comunitaria se conviertan en promotores del bienestar cognitivo. Es esencial ofrecer cursos, talleres y entrenamientos especialmente al personal de la salud que realiza su trabajo en el nivel primario de atención, pues es en este contexto donde se pueden obtener resultados con mayor inmediatez y además monitorear el efecto de los programas y políticas implementadas para este fin.⁽²³⁾

Esta dimensión ha sido atendida por gobiernos y agencias no gubernamentales especialmente en países desarrollados. Por ejemplo, existen experiencias en la realización de campañas orientadas a incrementar la percepción de riesgo relacionada con las demencias y a promover salud cognitiva en países como Estados Unidos (*Healthy Brain Initiative*),⁽²⁾ Australia (*Your Brain Matters*),⁽²⁷⁾ Finlandia (*National Memory Programme*),⁽²⁸⁾ e Irlanda (*Forget Me Not*).⁽²⁹⁾ Es necesaria la implementación de experiencias similares en países de la región latinoamericana y caribeña. Al respecto países como México, Costa Rica y Cuba, cuentan ya con estrategias para abordar el síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer,⁽³⁰⁾ por lo que se puede realizar acciones orientadas a la promoción de salud cognitiva dentro del marco de estos planes nacionales.

Dimensión 3: Investigación-Implementación

En la tercera dimensión incluimos el desarrollo de investigaciones y la puesta en práctica de acciones dirigidas a incrementar la salud cognitiva. Un aspecto fundamental dentro de esta dimensión estaría orientado a la *creación, validación y adaptación de instrumentos* de evaluación cognitiva que favorezcan los pesquisajes epidemiológicos y el diagnóstico de declive cognitivo en los distintos niveles de atención. Esta tarea tiene impacto tanto para la investigación como para la práctica clínica, a partir de la necesidad de contar con instrumentos de exploración cognitiva que permitan obtener la mayor cantidad posible de información sobre el funcionamiento cognitivo en el menor tiempo posible (especialmente útil en

estudios de pesquisajes), que puedan ser empleados con facilidad por un variado número de profesionales de la salud, que posean elevados niveles de sensibilidad y especificidad diagnósticas y que además posean validez ecológica.^(31,32)

Como parte de esta dimensión también consideramos el *desarrollo e implementación de programas de estimulación cognitiva* basados en la evidencia. Para esto es fundamental que se conciban, desarrollen, validen e implementen programas para la potenciación cognitiva y la reducción de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de las demencias. En la actualidad hay certeza sobre la efectividad de este tipo de programas, algunos concebidos desde enfoques multimodales,^(18,19) y otros que proponen intervenciones exclusivamente cognitivas.⁽⁶⁾ Su concepción, posterior validación y por último su implementación, no tienen que reducirse a personas con diagnóstico de demencia, sino que deben orientarse además a la población general, especialmente a grupos de riesgo.

También deben fomentarse los estudios orientados a determinar *cómo interactúan determinados factores de riesgo con la posibilidad de padecer demencia o deterioro cognitivo* en la adultez mayor. Por ejemplo se conoce que el riesgo de demencia puede reducirse en más de un 10% si se eliminan las *enfermedades cerebrovasculares* (ECV).⁽³³⁾ Por otra parte, hay certeza de que los valores elevados de *presión arterial* durante la adultez incrementa el riesgo de presentar declive cognitivo patológico y demencia en la adultez mayor.⁽³⁴⁾ También existen estudios que han comprobado el papel de la *diabetes* como factor de riesgo para el desarrollo de demencias.⁽³⁵⁾ Aunque el mecanismo que relaciona a la diabetes con las demencias no se conoce con claridad, se ha sugerido que ambas enfermedades se vinculan a partir del metabolismo celular de la proteína beta-amiloide.⁽³⁶⁾ En esta línea de acción, si bien se ha avanzado en los últimos años, todavía permanecen varias preguntas sin respuesta. Entre ellas, se encuentra la necesidad de estudiar las interacciones entre los distintos factores de riesgo aquí presentados (y otros), y el riesgo de desarrollar demencia. No se conoce si, por ejemplo, la presencia de un factor de los antes mencionados se relaciona con algún tipo específico de demencia, o si tienen un mecanismo sinérgico que acelere el deterioro de la salud cognitiva.

Por otra parte, es importante resaltar que la práctica sistemática de actividades físicas ha demostrado también una gran efectividad en la prevención de las demencias y la disminución del declive cognitivo.⁽¹²⁾ Los adultos mayores que se ejercitan con frecuencia muestran un mejor funcionamiento cognitivo en comparación con los que no lo hacen. Resultados de un metaanálisis que incluyó 15 estudios prospectivos, con una muestra de 33816 personas sin demencia comprobó que luego de un periodo entre 1 y 12 años el ejercicio físico actuaba como un excelente protector contra el declive cognitivo.⁽¹³⁾ De igual forma, el estudio confirmó que quienes practicaban más ejercicio mostraban un mayor efecto neuroprotector contra el riesgo de padecer algún tipo de demencia. Además es importante destacar que la práctica sistemática de ejercicios físicos, en comparación con la estimulación cognitiva, ofrece una mayor neuroprotección a largo plazo (más de 10 años).⁽¹⁴⁾

Con especial interés deseamos llamar la atención además, sobre la importancia de diseñar estudios dirigidos a comprobar la *efectividad de intervenciones no tradicionales* sobre la salud cognitiva, así como la exploración del *impacto que tienen determinadas emociones en la preservación de la cognición*. Por ejemplo, se ha comprobado que la práctica de la meditación (específicamente el *Mindfulness*) potencia el funcionamiento ejecutivo,⁽³⁷⁾ la atención sostenida y las habilidades visuo espaciales.⁽³⁸⁾ De manera específica existen evidencias de que el *Mindfulness* (traducido al español como Conciencia Plena) no solo mejora el rendimiento cognitivo en personas sin alteraciones cognitivas, sino que además permite, por ejemplo, reducir el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer.⁽³⁹⁾

En estudios longitudinales se ha observado que la práctica del *Mindfulness* tiene un efecto positivo en múltiples regiones cerebrales, incluidas estructuras corticales, subcorticales, tallo cerebral y el cerebelo.⁽⁴⁰⁾ De manera específica se han descrito al menos ocho regiones que se modifican como consecuencia de la práctica sistemática del *Mindfulness*: el córtex fronto temporal, el córtex sensorial y la ínsula, el hipocampo, el córtex cingulado anterior, el córtex cingulado medio y el órbita frontal, y además, el fascículo longitudinal superior y el cuerpo calloso.⁽⁴¹⁾

De igual forma varios estudios han demostrado que la práctica sistemática del *Mindfulness* reduce además las recaídas en la depresión profunda, retarda la patogénesis relacionada con el VIH, incrementa la respuesta inmune, mejora el efecto del tratamiento para la psoriasis y reduce el riesgo de recaídas en la dependencia a las drogas.⁽⁴²⁻⁴⁷⁾

Sin embargo, quedan cuestiones por responder, como por ejemplo, de qué manera interactúa el *Mindfulness* con otros mecanismos protectores como la *reserva cognitiva* o las dimensiones del *bienestar general (Wellness)*. También queda pendiente el efecto del *Mindfulness* en pacientes que presentan alguna enfermedad cerebral; ¿es posible que la práctica del *Mindfulness* retarde el avance de un padecimiento progresivo?, ¿cómo interactúa esta forma de meditación las características de personalidad y con la terapia farmacológica? Aunque los resultados parciales son alentadores, se necesitan todavía muchos estudios sobre este tema que permitan realizar conclusiones más precisas sobre la posibilidad de implementar este tipo de intervenciones en poblaciones en riesgo.

En el caso de las emociones ocurre de manera similar. Existen evidencias en modelos animales de que la presencia de estados emocionales positivos puede incrementar la neurogénesis en áreas como el hipocampo, teniendo de esta manera un impacto directo sobre la memoria y la neuroplasticidad,⁽⁴⁸⁾ pero son insuficientes los estudios que exploran la relación entre emociones positivas y su posible efecto neuroprotector en seres humanos. Dentro de las futuras direcciones en este tema se encuentra el estudio de los efectos específicos que tienen los procesos psicológicos positivos sobre la salud cognitiva, también debe indagarse en relación con las interacciones entre procesos y su impacto sobre la salud cognitiva (¿cómo interactúan el optimismo, el bienestar psicológico y la resiliencia con otros constructos como la reserva cognitiva y el bienestar?), entre otras cuestiones. De esta forma la neuropsicología positiva ofrece un marco teórico y metodológico coherente para profundizar en estos temas, a partir de que su campo de actuación se ha definido como la orientación práctica y académica enfocada en el estudio y la promoción de la salud cognitiva.^(21,22)

En general, la estrategia propuesta llama la atención, por una parte, sobre aquellos factores de los que existe certeza acerca de su relación con la salud cognitiva, mientras que por otra, sugiere posibles nuevos campos para la investigación en este escenario.

CONSIDERACIONES FINALES

Actualmente se conoce que la modificación de factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la actividad física, la hipertensión arterial, la diabetes y la depresión, podrían reducir drásticamente el número de personas que en la actualidad son diagnosticados con un síndrome demencial. Esta realidad sería posible si se tomara como marco de referencia a la promoción de salud cognitiva y el desarrollo de estilos de vida saludables, como complemento al tradicional

enfoque centrado en la enfermedad. Sin embargo, actualmente son pocas las estrategias que se orientan a promover salud cognitiva, solo existen en países desarrollados mientras que son las naciones pobres, y en vías de desarrollo, las que presentan un mayor número de personas en riesgo de desarrollar demencias en los próximos años. Entre otros factores, el aumento en el número de personas con demencia guarda relación con el incremento en la esperanza de vida a nivel mundial. Solamente en América Latina y el Caribe para el año 2020 aproximadamente 100 millones de personas habrán arribado a la adultez mayor, calculándose que diez años después más de medio millón habrán recibido el diagnóstico de demencia.

En este escenario es un imperativo el diseño e implementación de estrategias para la promoción de salud cognitiva y prevención de demencias, no solo en la región latinoamericana y caribeña, sino a nivel global. Para concebir estas estrategias resulta fundamental partir de tres premisas importantes. La primera de ellas guarda relación con el hecho de que el declive cognitivo no se restringe a la etapa de la adultez mayor, en segundo lugar debe partirse del supuesto de que arribar a la tercera edad no significa transitar por un camino irreversible hacia el declive cognitivo, en tercer lugar, la necesidad de abordar la problemática de la salud cognitiva desde enfoques multimodales, que integren los conocimientos obtenidos por distintas disciplinas con el objetivo de dar respuesta a un problema de naturaleza multicausal.

De esta manera, las propuestas que se diseñen pueden incluir varias acciones dirigidas a tres grandes dimensiones (que son complementarias y no excluyentes). Se hace referencia a la dimensión de *exploración de creencias y conocimiento general* orientada al estudio de la percepción de riesgo y nivel de conocimiento relacionado con las demencias y la salud cognitiva. Como segunda dimensión se propone la *educación-formación*, cuyo fin es incrementar el conocimiento relacionado con la salud cognitiva y reducir los factores de riesgo al tiempo que se promueven estilos de vida saludables. También dentro de esta se encuentra la formación del personal sanitario y no sanitario encargado del cuidado de los adultos mayores. Por último, la dimensión *investigación-implementación* agrupa las acciones orientadas a la obtención de nuevo conocimiento en el campo de la salud cognitiva, así como la implementación de los resultados para el beneficio público.

De concretarse las acciones en este campo, el incremento de la esperanza de vida de la que hoy disfrutamos podría acompañarse tanto de salud física como de bienestar cognitivo. Para alcanzar este objetivo los sistemas de salud de cada nación (y los profesionales que los integran) debe abrazar la salud cognitiva como una prioridad, incrementar su financiamiento y al mismo tiempo deben ser capaces de implementar, sin dilaciones innecesarias, los últimos avances obtenidos en función del bien público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fick DM. Promoting Cognitive Health: Some Good News and a Brief Summary of the Institute of Medicine Report Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action. *J GerontolNurs*. 2016;42(7):4-6.
2. The Healthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health. Chicago, IL: Centers for Disease Control and Prevention and the Alzheimer's Association; 2007. Access: 2016/Feb/21. Available at: www.cdc.gov/aging

3. Hendrie HC, Albert MS, Butters MA, Gao S, Knopman DS, Launer LJ. The NIH cognitive and emotional health project: report of the critical evaluation study committee. *Alzheimer's Dement.* 2006;2:12-32.
4. Anderson LA, McConell SR. Cognitive health: An emerging public health issue. *Alzheimer's Dement.* 2007;3:S70-S3.
5. Medalia A, Erlich M. Why Cognitive Health Matters. *APJH Perspectives.* 2017;107(1):45-7.
6. Giuli C, Papa R, Lattanzio F, Postacchini. The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project. *Rejuvenation Res.* 2016;19(6):485-94.
7. Ashby-Mitchel K, Burns R, Shaw J, Antsey KJ. Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. *Alzheimer's Res Ther.* 2017;9(11):2-8.
8. Informe ADI/Bupa. La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia, Octubre 2013. United Kingdom: Alzheimer's Disease International (ADI); 2013. Acceso: 16/Feb/2016. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
9. Foresight Mental Capital, & Wellbeing Project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.
10. Hartshorne JK, Germine LT. When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the lifespan. *Psychol Science.* 2015;26(4):433-43
11. Whitley E, Deary TJ, Ritchie SJ, Beatty GD, Kumari M, Benzeval M. Variations in cognitive abilities across the life course: Cross-sectional evidence from Understanding Society: The UK Household Longitudinal Study. *Intelligence.* 2016;59:3-50.
12. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet Comm.* 2017:1-62.
13. Sof F, Valecchi D, Bacci D, Bacci D, Abbate R, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med.* 2011;269:107-17.
14. Jedrzewski MK, Ewbank DC, Wang H, Trojanowski JQ. The Impact of Exercise, Cognitive Activities, and Socialization on Cognitive Function: Results From the National Long-Term Care Survey. *Am J Alzheimer's Dis Dement.* 2014;29(4):372-8.
15. Hughes TF. Promotion of cognitive health through cognitive activity in the aging population. *Ag Health.* 2010;6(1):111-21.
16. Smith AD, Yaffe K. Dementia (Including Alzheimer's Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *J Alzheimer's Dis.* 2014;38:699-703.

17. Stern YL. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 2012;11:1006-12.
18. Bredesen DE. Reversal of cognitive decline: A Novel Therapeutic program. *Aging.* 2014;6(9):707-17.
19. Bredesen DE, Amos EC, Canick J, Ackerley M, Raji C, Fiala M, et al. Reversal of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Aging.* 2016;8(6):1250-8.
20. Bredesen DE, John V. Next generation therapeutics for Alzheimer's disease. *EMBO Mol Med.* 2013;5:795-8.
21. Randolph JJ, editor. *Positive neuropsychology: Evidence-based perspectives on promoting cognitive health* New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC.; 2013.
22. Randolph JJ, editor. *Positive neuropsychology: A framework for cognitive health.* *NAN Bull.* 2015;29(2):25-6.
23. Smith BJ, Ali S, Quach H. Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: a national survey of Australians. *BMC Public Health.* 2014;14(661).
24. Americans fear Alzheimer's more than heart disease, diabetes or stroke, but few prepare. New York: MetLife Foundation; 2006.
25. Anderson LA, Day KL, Beard RL, Reed PS, Wu B. The Public's Perceptions About Cognitive Health and Alzheimer's Disease Among the U.S. Population: A National Review. *Gerontologist.* 2009;49(S1):S3-S11.
26. World Alzheimer Report 2015: An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. United Kingdom: Alzheimer's Disease International; 2015. Access: 2016/Feb/16. Available at: www.alz.co.uk/worldreport2015corrections
27. Your Brain Matters. Alzheimer's Australia. 2012. Access: 2016/Feb/21. Available at: <http://www.yourbrainmatters.org.au/>
28. National Memory Programme 2012–2020. Creating a "memory-friendly" Finland. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
29. Brain Health: Forget Me Not. EE. UU.: Alzheimer's Association; 2003. Access: 2016/Feb/21. Available at: <http://www.alzheimer.ie/brain-health.html>
30. Bosch-Bayard RI, Llibre-Rodríguez JJ, Fernández-Seco A, Borrego-Calzadilla C, Carrasco-García MR, Zayas-Llerena T, et al. Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. *MEDICC Review.* 2016;18(4):9-13.
31. Carnero-Pardo C. ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental? *Neurología.* 2014;29(8):473-81.
32. Lorentz WJ, Scanlan JM, Borson S. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry.* 2002;47:723-33.

33. Dodge HH, Chang CC, Kamboh IM, Ganguli M. Risk of Alzheimer's disease incidence attributable to vascular disease in the population. *Alzheimer's Dementia. J Alzheimer's Ass.* 2011;7:356-60.
34. Nation DA, Hong S, Jak AJ, Delano-Wood L, Mills PJ, Bondi MW, et al. Stress, exercise, and Alzheimer's disease: A neurovascular pathway. *Medical Hypoth.* 2011;76:847-54.
35. Smith GE. Healthy Cognitive Aging and Dementia Prevention. *Am Psychol.* 2016;71(4):268-75.
36. Craft S. Insulin resistance and Alzheimer's disease pathogenesis: Potential mechanisms and implications for treatment. *Curr Alzheimer Res.* 2007;4:147-52.
37. Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull.* 2006;132:180-211.
38. Kozhevnikov M, Louchakova O, Josipovic Z, Motes MA. The enhancement of visuospatial processing efficiency through Buddhist deity meditation. *Psychol Science.* 2009;20(5):645-53.
39. Larouche E, Hudon C, Goulet S. Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: An interdisciplinary perspective. *Beh Brain Res.* 2015;276:199-212.
40. Tang YY, Hölzel BK, Posner M. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Rev.* 2015;16:213-25.
41. Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosc Biobehav Rev.* 2014;43:48-73.
42. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawala N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention and treatment as usual for substance use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):547-56.
43. Creswell JD, Myers HF, Cole SW, Irwin MR. Mindfulness meditation training effects on CD4+T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. *Brain Behav Imm.* 2009;23:184-8.
44. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, et al. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Med.* 1998;60:625-32.
45. Teasdale JD, Segal ZV, Mark J, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:615-23.

46. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Shumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Med.* 2003;65:564-70.

47. Creswell JD, Lindsay EK. How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Curr Direct Psychol Science.* 2014;26(6):401-7.

48. Yamamuro T, Senzaki K, Iwamoto S, Nakagawa Y, Hayashi T, Hori M, et al. Neurogenesis in the dentate gyrus of the rat hippocampus enhanced by tickling stimulation with positive emotion. *Neuroscience Res.* 2010;68:285-9.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.