

ROMPIENDO BARRERAS: LA PSICOESTIMULACION COGNITIVA PARA MAYORES



LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:

ORGANIZACIÓN:

- CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
Dirección General de Atención a Personas Mayores y con Discapacidad
Servicio de Programas de Atención a Mayores

- AMEFAES

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

MODULO 1: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NORMAL VS EL PROCESO DE DETERIORO COGNITIVO

- El proceso de envejecimiento normal vs. Envejecimiento patológico
- El proceso de deterioro cognitivo en los diferentes niveles de afectación: La enfermedad de Alzheimer
- Repercusiones en cuidadores / familiares y profesionales del área
- Últimos estudios y avances

MODULO 2: TECNICAS DE PSICOESTIMULACION COGNITIVA

- Encuadre teórico: La psicoestimulación cognitiva
- Relación funcional con los diferentes niveles de deterioro
- Habilidades específicas para cada técnica de psicoestimulación
 - o La importancia del lenguaje no verbal
 - o La técnica de validación
 - o Otras habilidades específicas

MODULO 3: ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE ACTIVACION

- El diagnóstico para la detección de necesidades individuales
- la programación de actividades
 - o Paso 1: Recogida de información
 - o Paso 2: planteamiento de objetivos
 - o Paso 3: establecimiento de metodología
 - o Paso 4: la evaluación: valoración post- intervención

MODULO 4: LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA PRACTICA

- Introducción
- Diferentes talleres de estimulación cognitiva

BIBLIOGRAFIA

**MÓDULO 1: EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO NORMAL VS EL
PROCESO DE DETERIORO COGNITIVO**

INTRODUCCION

Una de las aportaciones que, como profesionales especializados, queremos hacer a los/as profesionales de los Servicios de Estancias Diurnas de Castilla-La Mancha, es proporcionar nuestros conocimientos para contribuir a la optimización de la labor cotidiana de estos.

La psicoestimulación cognitiva viene siendo, desde hace décadas, una metodología de trabajo de probada experiencia que contribuye a enlentecer los procesos de deterioro a nivel cognitivo, y por extensión al resto de capacidades motoras y sensoriales, no solo centrada en aquellos procesos devenidos de demencias sino en aquellos otros involucrados en el proceso de envejecimiento normal.

Por ello, el presente manual no pretende más que servir de apoyo a la acción formativa y como consulta posterior para todos y todas los que pretendan avanzar más en la temática planteada.

Tras repasar brevemente el proceso de envejecimiento normal, nos hemos centrado en los procesos de demencia dando un especial peso a la enfermedad de Alzheimer puesto que estadísticamente se corrobora como uno de los males de mayor incidencia en la actualidad.

Las técnicas y herramientas de estimulación cognitiva se han formulado de tal manera que, vistas a nivel práctico en el aula, sirvan para adaptarlas posteriormente según los objetivos que cada profesional pretenda alcanzar.

Esperamos que sirva para lo que fue concebida y que consigamos paulatinamente optimizar nuestra labor de prevención e intervención con las personas mayores, víctimas de procesos de demencia o no.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NORMAL VS EL PROCESO DE DETERIORO COGNITIVO

1. El proceso de envejecimiento normal vs. Envejecimiento patológico

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital, junto a la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Y, en esta etapa, al igual que en las anteriores, se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, si bien no se producen en el mismo momento y grado en todas las personas mayores, ya que se trata de un proceso dinámico, de tal forma que el envejecimiento tiene diversas trayectorias. En esta etapa no sólo se producen pérdidas, sino que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad o incluso pueden llegar a mejorar. Existen tres tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal, el patológico y el envejecimiento óptimo o satisfactorio.

La variabilidad interindividual implica que a medida que se envejece las personas tienden a ser más heterogéneas, más distintas unas de otras en el funcionamiento psicológico, fisiológico o social, debido entre otras cosas a factores biológicos (genéticos, hereditarios) o biográficos, como por ejemplo, el estilo de vida (actual y pasado) a lo largo del ciclo vital. De manera que, las personas mayores presentan más diferencias entre sí que una muestra comparable de personas más jóvenes. Y, además, los cambios que se producen asociados al envejecimiento no tienen por qué aparecer en el mismo momento y grado en todas las personas mayores (por ejemplo, las diferencias en el encanecimiento del pelo, pudiendo encontrarse diferencias interindividuales tanto en el momento en el que comienza a producirse como en el grado en que se produce el cambio de color, pudiendo ser más o menos blanco), pudiendo manifestar algunas personas mayores más o menos cambios que otras.

Del mismo modo que en el caso anterior, esta mayor heterogeneidad también implica que si, en una persona mayor, se producen cambios en una determinada función, conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica (como por ejemplo la movilidad) esto no significa que se tengan que producir, necesariamente, cambios en otras (como por ejemplo, la capacidad cognitiva), demostrándose que los diferentes sistemas del cuerpo de una persona también envejecen a un ritmo distinto. Más aún, incluso para un mismo tipo de función o sistema, el envejecimiento puede mantener patrones diferenciales para subfunciones diferentes (por ejemplo, memoria e inteligencia).

El envejecimiento patológico o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., y, que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) y que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

Algunos cambios frecuentes en el proceso de envejecimiento normal

Estos cambios pueden ser físicos, psicológicos y sociales. A pesar de la gran variabilidad interindividual existente durante el envejecimiento se pueden extraer algunas características comunes al grupo de edad de las personas mayores:

1. Cambios físicos:

Estos cambios pueden observarse tanto en la apariencia física (pelo, cara), como a nivel orgánico por ejemplo en el sistema cardiovascular (cambios estructurales, pérdida de elasticidad) y a nivel sensorial (vista, oído). Algunos de estos cambios pueden afectar de formas diferentes a cómo se actúa ante determinadas situaciones. Además, estos cambios pueden tener importantes efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas mayores, así como sobre su autoestima (valor personal, competencia, que una persona asocia a la imagen que tiene de sí mismo), su autoeficacia (creencia de una persona acerca de su capacidad para llevar a cabo con éxito la conducta necesaria para conseguir unos resultados concretos) y su autoconcepto (conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que una persona tiene sobre sí misma). El resultado negativo de estos cambios se debe a la comparación entre la apariencia actual y la que tenían cuando eran más jóvenes, pudiendo provocar estados de ánimo negativos.

	Tipo de cambio	Causas de estos cambios
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparición de arrugas (este es uno de los cambios más evidentes). ▪ Piel más áspera, menos resistente y más delgada. ▪ Pérdida de firmeza y elasticidad de la piel. ▪ Aparición de manchas irregulares de color oscuro. ▪ Apariencia pálida de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores exógenos: exposición directa al sol, consumo de tabaco, alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, etc. ▪ Disminución del colágeno produciendo un menor aislamiento de la piel ante temperaturas extremas y mayor una vulnerabilidad a agentes ambientales produciendo como consecuencia la aparición de irritaciones cutáneas. ▪ Disminución de la masa muscular. ▪ Disminución del número de melanocitos (células que contienen pigmento que colorean la piel) y aumento de su tamaño, de ahí que la piel tenga una apariencia más pálida y se produzca la aparición de manchas en la piel. ▪ Disminución de la grasa subcutánea. ▪ Degeneración de las glándulas sudoríparas. ▪ Menor actividad de las glándulas sebáceas lo que provoca que, por ejemplo, la piel sea más áspera por ejemplo.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del tamaño de las 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de masa ósea.

<p>CARA</p>	<p>orejas y la nariz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La zona de la barbilla se resalta. ▪ Los párpados se hacen más gruesos. ▪ Los ojos se muestran más hundidos. ▪ Aumenta la probabilidad de que se produzcan pérdidas dentarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degeneración del tejido cartilaginoso. ▪ Aumento de la pigmentación alrededor de los ojos.
<p>PELO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio del color del pelo (varía de persona a persona). ▪ Es menos denso, poco uniforme, más seco, más quebradizo y más duro. ▪ Se produce caída del cabello (mayor en hombres). ▪ Pérdida generalizada de vello corporal. ▪ Además en los hombres se produce: Crecimiento de pelos gruesos en las cejas y en el interior de las orejas. ▪ Además en las mujeres se produce: Aparición de pelos gruesos alrededor de la barbilla y encima del labio superior. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor producción de melanina que causa una disminución de la pigmentación capilar. ▪ Cambios hormonales, sobre todo en mujeres.
<p>ESTRUCTURA CORPORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la estatura, especialmente en mujeres. ▪ Disminución del peso. ▪ Podrían tener las extremidades muy delgadas aunque tuvieran áreas adiposas en la barbilla, la cintura y la cadera. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La disminución de la altura es debida sobre todo a: Pérdida de contenido mineral en las vértebras, provocando una disminución de la longitud de la columna vertebral. Cambios en las articulaciones. Pérdida de curvatura plantar. ▪ La disminución del peso es debida sobre todo a: Pérdida de masa muscular. Pérdida de masa ósea. ▪ Acumulación de grasa corporal, especialmente alrededor de la cintura y las caderas.

MOVILIDAD	<ul style="list-style-type: none">▪ Mayor dificultad para desplazarse.▪ Dificultad para realizar acciones, como coger objetos, levantarse de la silla, caminar de un sitio a otro.▪	Músculos: <ul style="list-style-type: none">▪ Disminución de la fuerza muscular, especialmente en las extremidades inferiores. Esto se produce a su vez debido a pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares. Huesos: <ul style="list-style-type: none">▪ Menor densidad y fuerza de los huesos.▪ Más porosos, más quebradizos y más frágiles (osteoporosis), sobre todo en mujeres.▪ Pérdida de masa ósea.▪ Estos cambios se producen a su vez por:<ul style="list-style-type: none">Pérdida de calcio.Factores genéticos.Factores hormonales (menopausia en mujeres).Factores exógenos como, hábitos de inactividad física, consumo de tabaco y/o alcohol, mala alimentación.Género: estos cambios se producen sobre todo en mujeres. Articulaciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Menor eficiencia de las mismas.▪ Degeneración de los cartílagos.▪ Estos cambios pueden ser debidos a:<ul style="list-style-type: none">Pérdida de estructuras que componen las articulaciones (tendones, ligamentos, cartílagos).Erosión de la envoltura protectora de los extremos de los huesos (cartílago).
------------------	---	---

2. Cambios en funciones orgánicas vitales, reguladores y ejecutivas

2.1. Cambios en el sistema cardiovascular:

Cambios estructurales en el corazón, concretamente en:

- Ventrículo izquierdo, haciéndose progresivamente más grueso y menos elástico.
- Vasos sanguíneos, reduciendo la capacidad de bombeo por latido del corazón.
- Pérdida progresiva de fuerza de contracción.

- Válvulas del corazón: Más gruesas y rígidas., Pierden elasticidad., Requieren más tiempo para cerrarse (esclerosis valvular).
- Vasos sanguíneos, especialmente en las arterias: Aumentan de grosor, Pierden elasticidad.. Mayor resistencia al paso de la sangre, aumentando generalmente la presión sanguínea., Redistribución de la elastina en las paredes arteriales y unión de la elastina con el calcio., Incremento del contenido del colágeno.,Acumulación de lípidos en las arterias.
- El colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble.
- La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardíaca.

2.3. Cambios en el sistema respiratorio:

- Menor rendimiento del sistema respiratorio.
- La disminución de la efectividad se produce generalmente antes de que comiencen las pérdidas en el sistema cardiovascular.
- Disminución de la capacidad vital (capacidad máxima de entrada de aire o la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones en niveles de esfuerzo máximo).
- Reducción de la eficiencia respiratoria. Pudiendo deberse a cambios esqueléticos, la calcificación de los cartílagos de las costillas, la descalcificación ósea (osteoporosis) y las deformaciones de la columna vertebral.
- Debilitamiento y atrofiamiento de los músculos responsables de la respiración Los bronquios se vuelven más rígidos.
- Disminución del volumen residual pulmonar (cantidad de aire que puede ser expirado durante un corto periodo de tiempo) y del consumo basal de oxígeno.
- La caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número.

2.4. Cambios en el aparato digestivo:

- Declive en la producción de enzimas digestivas.
- Disminución de los movimientos de contracción y relajación del esófago.
- Disminución de los movimientos peristálticos del intestino.
- Menor motilidad del estómago.
- Menor secreción de mucosa intestinal.
- Digestión más lenta y dificultosa, menor absorción de elementos nutrientes, vitaminas, etc.
- La eliminación de los sólidos tiende a disminuir, así como su masa y su frecuencia.
- Reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- La boca: múltiples modificaciones (caries dentales, pérdida progresiva de dientes, deterioro de las encías. Menor apreciación a los sabores debido a la pérdida de papilas gustativas por parte de la lengua.

2.5. Cambios en el sistema excretor

- Disminución de la efectividad de los riñones debido a pérdida tanto de masa renal como del número de "unidades de funcionamiento excretor" (nefronas).

- Disminución del volumen del riñón.
- Disminución de la filtración sanguínea para producir orina, y la eliminación de productos tóxicos.

2. Aproximación teórica al proceso degenerativo

Enfermedades y situaciones que provocan deterioro a nivel cognitivo: las demencias.

El término demencia deriva del latín "demens, dementatus" que significa sin mente. La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de las enfermedades - Décima Edición (CIE-10, 1992), "**como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores.... que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo**".

Entre las funciones corticales superiores que el enfermo va perdiendo figuran la memoria, el entendimiento, el juicio, el habla, el cálculo, el pensamiento, la orientación, etc. No todas se deterioran simultáneamente, sino que es un proceso continuo en el que cada vez se percibe mayor número de funciones afectadas y con progresivo mayor deterioro, siendo generalmente la memoria la primera observación de alteración que percibe el enfermo o sus parientes más próximos. La pérdida única de la memoria sería una amnesia, y el deterioro único de la misma, una dismnesia. En ningún caso, si no existe otra alteración cognoscitiva se puede hablar de demencia.

Clasificación de las demencias

Las demencias se pueden clasificar en función de distintos sistemas atendiendo a la edad de inicio, la causa o etiología, los signos neurológicos acompañantes y si son o no tratables.

- **Edad de inicio.** La clasificación más clásica, en la que se distingue entre las demencias seniles y preseniles o juveniles en función de la edad de inicio, apenas es ya utilizada. Sólo sirve de complemento para diferenciar subtipos (p.e.,

demencia Alzheimer senil o esporádica frente a demencia alzheimer juvenil o familiar).

- **Estructuras cerebrales afectadas.** En función de las estructuras cerebrales afectadas, podemos hablar de **demencias corticales**, las cuales son consecuencia de cambios degenerativos en la corteza cerebral y se evidencian clínicamente por amnesia, afasia, apraxia y agnosia, así como dificultades en la memoria operativa de trabajo (p.e., la Enfermedad de Alzheimer), y de **demencias subcorticales**, que son el resultado de una disminución en la estructura profunda de la sustancia gris y blanca, que afectan los ganglios basales, el tálamo, los núcleos de la base y las proyecciones de estas estructuras hacia el lóbulo frontal. Clínicamente estas últimas se caracterizan por alteraciones más llamativas en el nivel de vigilancia y en la atención, así como en presentar dificultad en el procesamiento de la información, retraso psicomotor, dificultades en la evocación y capacidad de abstracción, problemas en la capacidad de desarrollar estrategias y alteraciones del afecto y personalidad tales como depresión y apatía (p.e., la demencia talámica, la parálisis supranuclear progresiva, la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, etc.). Algunos autores incluyen un tercer grupo, las **demencias axiales**, dependientes de lesiones localizadas en las estructuras mediales del lóbulo temporal, hipocampo, cuerpos mamilares e hipotálamo, que presenta graves defectos retentivos, desorientación, amnesia, despreocupación y falta de iniciativa.
- **Etiología** (causa o agente que produce la demencia). En relación con la etiología, las demencias se dividen en **primarias** o sin causa conocida (como la demencia tipo Alzheimer o demencia de Pick) y **secundarias**, donde la demencia aparece como consecuencia de un trastorno principal (p.e., la demencia consecutiva a una hidrocefalia o a un déficit vitamínico).

Todas estas demencias pueden agruparse en dos capítulos de importancia clínico-terapéutica fundamental: las **demencias irreversibles** (o no tratables), como las de las enfermedades neurodegenerativas de Alzheimer, de Parkinson o de Huntington, y las **demencias reversibles** (o tratables), como la hidrocefalia normotensiva, la neurosífilis y las demencias metabólicas o tóxicas.

Hay que hacer constar que prácticamente todas las demencias potencialmente reversibles, en caso de no ser tratadas en el momento oportuno, pasan a ser demencias irreversibles ya que el deterioro cerebral no puede ser corregido por los mecanismos de

reparación neuronal. Tanto las demencias reversibles como irreversibles pueden tener su mayor posibilidad de eliminación con tratamientos preventivos. En algunos casos como en el Alzheimer todavía no existe una posibilidad real en este sentido, pero en otros casos como en las enfermedades cardiovasculares la posibilidad de eliminar el riesgo es prácticamente total. Por ello es tan importante el diagnóstico precoz de las demencias para prevenir los deterioros que harían irreversibles el proceso de destrucción de las funciones cerebrales.

Frecuencia de aparición de las demencias

De todos los tipos de demencias, la enfermedad de Alzheimer y la demencia de tipo vascular suponen conjuntamente más del 90% de los casos, aunque existen variaciones muy marcadas en distintas regiones del planeta. Por ejemplo, las demencias por enfermedades carenciales y las demencias por hidrocefalia son superiores al 30% en muchos países africanos. La demencia asociada al neurosida aumenta de manera espectacular en todo el mundo, tanto en la zona más desarrollada como en países subdesarrollados africanos y en algunas zonas de Sudamérica. El porcentaje de incidencia varía, lógicamente, cuando se analizan subgrupos de población de características determinadas. A este respecto, la incidencia de demencias por enfermedades neurodegenerativas es infinitamente superior en los ancianos, mientras que las demencias por consumo de sustancias neurotóxicas es patrimonio de los jóvenes salvo los casos de adicción a ciertos medicamentos en personas de mayor edad.

La relación entre los porcentajes de demencia Alzheimer y demencia vascular (considerada esta como una entidad que agrupa a cualquier tipo de alteración de la circulación sanguínea a nivel cerebral: aterosclerosis, trombos, infartos, hemorragias, etc) varía muy poco entre los diferentes países desarrollados. Aproximadamente cada entidad representa un 50% de los casos, existiendo un 10% de patologías mixtas. Sin que se conozcan las causas hay una ligera superioridad de casos de Alzheimer en occidente, con independencia del país que se considere, frente a una mayor incidencia de casos de demencia vascular en oriente.

Demencias más importantes

Demencia en la Enfermedad de Alzheimer. Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuropsíquicos característicos. (Ver Enfermedad de Alzheimer).

Demencia vascular. La demencia vascular o multi-infarto en realidad comprende todo un grupo de alteraciones cognoscitivas demenciales consecutivas a diversos tipos de alteraciones originadas por hemorragias, trombos, infartos, etc., en el cerebro. Se distingue de la demencia EA por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada. El cuadro suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado y el deterioro cursa con brotes pues normalmente ocurren accidentes o microaccidentes repetidos. Después de un empeoramiento, suele haber periodos de recuperación parcial, al ponerse en marcha los mecanismos de reparación cerebral. Los factores de mayor riesgo para padecer una demencia de tipo vascular son: hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, etc.

El deterioro cognoscitivo suele ser desigual, de tal manera que puede haber una pérdida de memoria, un deterioro intelectual, labilidad emocional con episodios depresivos pasajeros, llantos o risas intempestivas, obnubilación de conciencia o de delirium transitorios, a menudo provocados por nuevos infartos y signos neurológicos focales, mientras que la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio pueden estar relativamente conservadas. La confirmación vendrá sólo, en algunos casos, de la tomografía axial computerizada o, en último extremo, de la neuropatología.

Dentro de este tipo de demencia podemos encontrar distintos subtipos como:

- Demencia vascular de inicio agudo. Se desarrolla de un modo rápido tras una serie de ictus debidos a trombosis vasculares, embolias o hemorragias.
- Demencia multi-infarto. Tiene un inicio más gradual, normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores.
- Demencia vascular subcortical. Pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. Por lo general, la corteza cerebral está indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico, que puede parecerse mucho al de una demencia de la EA.

- Demencia vascular mixta, cortical y subcortical.
- Otra demencia vascular.
- Demencia vascular sin especificación.

Demencia en la enfermedad de Pick. Es una demencia progresiva de comienzo en la edad media de la vida (entre 50-60 años) caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos de carácter y por alteraciones del comportamiento, que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, acompañado de apatía o de euforia. El cuadro neuropatológico corresponde a una atrofia selectiva de los lóbulos frontales y temporales, junto a una gliosis de la corteza, de la sustancia blanca correspondiente y de los ganglios basales. En las zonas afectadas se observan células de Pick, grandes en forma de balón con inclusiones intranucleares argentofílicas, pero sin aparición de placa neuríticas ni degeneración neurofibrilar en magnitudes superiores a las del envejecimiento normal.

Para el diagnóstico se requiere:

- Una demencia progresiva
- Predominio de rasgos de afectación frontal, tales como euforia, embotamiento afectivo, pérdida de las normas de educación, desinhibición y apatía o inquietud.
- Trastornos del comportamiento que preceden al deterioro de la memoria.

Demencia en la enfermedad de Huntington. Se trata de una demencia que se presenta formando parte de una degeneración selectiva de tejido cerebral a nivel de los ganglios basales. Es transmitida por un único gen autosómico dominante. Los síntomas surgen hacia la tercera o cuarta década de vida y la incidencia en ambos sexos es probablemente la misma. En algunos casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados de cambios de personalidad. La evolución es lenta, llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años. Las pautas de diagnóstico son la asociación de movimientos coreiformes, demencia y antecedentes familiares de enfermedad de Huntington, aunque hay casos esporádicos. Dentro de este tipo se incluye la demencia en el corea de Huntington.

Demencia en la enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson se caracteriza por una degeneración del sistema dopaminérgico sobre todo por la afectación de la

sustancia nigra y el locus coeruleus. Su etiología es desconocida, aunque tiene un posible origen genético. El inicio se sitúa entre los 40 y 70 años, de los cuales entre un 20 y un 30% de los enfermos desarrollan demencia. La demencia que aparece es especialmente en las formas más graves de la enfermedad. Se han propuesto algunos factores que pueden influir como la edad de inicio de la enfermedad, el tiempo de evolución, el sexo, la raza, una predisposición genética, la exposición a tóxicos, las infecciones, el estrés, la vitamina E, el tabaco, etc.

La afectación neurológica se caracteriza por las dificultades en la concentración y la tendencia a la distracción, trastornos visuoespaciales, enlentecimiento del pensamiento. Alteraciones de tipo frontal como reducción en la capacidad para realizar secuencias, problemas para ordenar temporalmente un hecho autobiográfico, y dificultad en las tareas que requieren cambios o alteraciones. Se incluye en este grupo la demencia en los parkinsonismos, y la demencia en la parálisis agitante. Algunos autores señalan como una entidad de características propias en síndrome Parkinson-demencia, que sería clínicamente y en parte anatomopatológicamente como una entidad mixta Parkinson-Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). Es una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos neurológicos, debidas a alteraciones neuropatológicas específicas (encefalopatías espongiiforme subaguda), cuya supuesta etiología es un agente transmisible (prión). El inicio tiene lugar normalmente hacia la mitad o el final de la vida (entorno a los 50 años, aunque puede presentarse en cualquier momento). El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno o dos años. Debe sospecharse de este tipo de enfermedad en los casos de demencia de evolución rápida, acompañada por múltiples síntomas neurológicos.

Esta enfermedad suele presentar una parálisis espástica progresiva de los miembros, acompañada de síntomas extrapiramidales tales como temblor, rigidez y movimientos coreo-atetoides. En la actualidad existe una "nueva variante" de ECJ que se considera consecuencia del paso de priones de la enfermedad de las "vacas locas" (Enfermedad Espongiiforme Bovina) y que se ha adaptado a la especie humana. Las enfermedades priónicas son un misterio sin resolver. Tienen en común con la EA que producen acúmulos de proteínas insolubles de configuración beta y que parecen ser neurotóxicas.

Demencia en la infección por Sida (VIH) o neurosida. Se caracteriza por déficits cognoscitivos, sin otros hallazgos clínicos que no sea la infección por VIH. La incidencia de la demencia en estos casos se estima en un 7,3% de los casos de Sida en los pacientes entre 20 y 59 años, subiendo hasta el 19% en los mayores de 75 años. La demencia suele ser un cuadro de aparición tardía y cuando el paciente está ya muy inmunodeprimido. Los pacientes se quejan de fallos de memoria, tiempos de reacción lentos, disforia, desconexión social y apatía, problemas de relación y de desinterés sexual, déficits de concentración y dificultades para la lectura y la resolución de problemas. Este tipo de demencia suele evolucionar casi siempre de forma rápida en el plazo de semanas o meses hacia una demencia global grave, estado de mutismo y muerte. Se observan distintos cuadros clínicos en función de la afectación del SNC como son demencia, encefalitis subaguda, encefalopatía VIH, trastornos cognitivo/motor asociado a VIH, mielopatía vascular, neuropatía periférica, miopatía.

Hidrocefalia a presión normal. Esta enfermedad está caracterizada por la instauración progresiva de la triada típica de: deterioro demencial de tipo subcortical, incontinencia urinaria y trastornos de la marcha. Pueden aparecer también signos piramidales. Asimismo se encuentra una importante dilatación de los ventrículos cerebrales, con una presión del líquido cefalorraquídeo normal o mínimamente incrementada.

La etiología de este trastorno no está clara. En determinadas ocasiones puede encontrarse una historia previa de hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneal o meningitis, aunque en otras la etiología es desconocida. El tratamiento es quirúrgico.

3. El proceso de deterioro cognitivo en los diferentes niveles de afectación. La enfermedad de Alzheimer

Definición

La enfermedad de Alzheimer (EA), según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª Edición, OMS 1994 -25), se define como: "un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo".

Esta enfermedad, se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de las funciones cerebrales superiores o cognoscitivas, con pérdida de memoria, juicio, lenguaje. En algunos casos, en las primeras fases de la enfermedad, se acompaña de síntomas de otro tipo de alteraciones mentales no cognoscitivas (psicosis, depresión, ansiedad, apatía, etc) y del comportamiento (agitación, irritabilidad, etc). Antes o después, según los síntomas que se presentan, se produce una interferencia grave en la realización de las tareas diarias, originándose una gran discapacidad y una dependencia, que llega a ser total, del cuidador.

El periodo evolutivo puede ser corto, dos o tres años en algunos casos extremos, o bastante largo. En España, a falta de datos oficiales, puede considerarse actualmente una duración media de 12 años a partir del diagnóstico definitivo (el aumento de la vida media y la mejora de la calidad de vida de estos enfermos en los últimos años se debe a la mayor y mejor atención que se les presta).

El conocimiento que se tiene actualmente de ella es muy extenso, aunque aún se desconoce la causa y patología, lo que impide que aún se disponga de un tratamiento curativo o preventivo. La opinión más general es que la EA tiene un origen multifactorial con predisposición genética e influencia de factores ambientales desconocidos.

Tipos de Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer se puede clasificar en distintos tipos, según hagamos referencia a distintos aspectos, así:

- **Según la edad de inicio**, la EA puede ser:
 - Presenil o temprana de inicio precoz, generalmente con clara relación familiar. Comienza antes de los 65 años, es de curso más rápido y constituyen el 0,5-2,5% de los casos
 - Senil o tardía, de inicio tardío, aparece después de los 65 años, en su mayor parte es esporádica y de curso lento. Este tipo representa más del 95 % de los casos.
- **Según la causa que la produce**, la EA puede ser:
 - Familiar. Cuya causa es genética coincidiendo en la mayoría de los casos con la EA presenil. Este tipo se debe principalmente a alteraciones (mutaciones) en tres genes principalmente: el gen de la Proteína Precursora Amiloide (APP) situado en el cromosoma 21; el gen de la Presenilina 1 (PS1), en el cromosoma 14; y el gen de la Presenilina 2 (PS2); en el cromosoma 1.
 - Esporádica. Coincide generalmente con los casos de EA senil, comienza en personas mayores de 65 años y es el tipo más común. Su causa es aún desconocida, aunque se han descrito distintos factores genéticos que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad, como es la presencia del alelo 4 de la apolipoproteína E (ApoE), localizado en el cromosoma 19.

Fases del deterioro

La supervivencia media de los enfermos de Alzheimer, los años que transcurren desde el inicio de los síntomas hasta la muerte, es de 8 a 12 años aunque la variación es tan grande que va de 2 a 20 años. Es indudable que la Enfermedad de Alzheimer acorta la expectativa o esperanza de vida de quien lo padece en unos cinco años. Se van a morir antes los pacientes que comienzan a presentar los síntomas después de los 80 años, los

que tienen síntomas psiquiátricos muy acusados y frecuentes, los que padecen además enfermedades vasculares cerebrales o sufren del corazón, los que tienen antecedentes de abuso de alcohol, los que pierden peso exageradamente en el curso de la enfermedad y, lamentablemente, los que ingresan en una residencia.

En términos aún más concretos, son también factores de mal pronóstico y de precipitación de la muerte los casos en que los trastornos del lenguaje aparecen pronto y son muy acusados, los que muestran tempranamente síntomas de alteración del lóbulo frontal (trastornos de conducta, apatía, razonamiento, mala ejecución de actividades) y los que presentan enseguida trastornos de postura, marcha y movimiento.

La mayoría de los enfermos pasan por tres fases que llamamos *leve*, *moderada* y *severa* que evidentemente no están separadas a cuchillo entre sí. Cada una de ellas dura por término medio unos tres años pero, hay una gran diferencia de un enfermo a otro. Así como la duración de la fase leve no suele ser mayor de tres años, la moderada se puede extender entre 2 y 10 años y la avanzada se puede prolongar entre 8 y 12.

Es fácil entender que en el Alzheimer, una enfermedad progresiva e incurable al día de hoy, los síntomas de comienzo vayan empeorando año a año y se explica que vayan apareciendo síntomas nuevos de diversa estirpe. Es la traducción de la incesante pérdida de neuronas que va teniendo lugar en el curso de la enfermedad que rompe y destruye cada vez más circuitos neuronales que sustentan nuestras funciones cognitivas, conductuales y psicológicas.

Los especialistas en Enfermedad de Alzheimer hace ya más de 20 años que diseñaron y validaron escalas que pergeñan la progresión de los síntomas a lo largo de los años que son aplicables a la mayoría de los enfermos. Una de las más usadas se llama Escala de Empeoramiento Global (en inglés Global Deterioration Scale, por lo que se conoce con las letras iniciales de estas tres palabras: GDS) [B Reisberg y colaboradores - The Global Deterioration Scale (GDS) for assesment of primary degenerative dementia. Amer J Psychiatry 1982; 139: 1136-1139). Estas escalas son o pueden ser muy útiles a los cuidadores para que vayan conociendo el marco en que han de moverse en cada etapa de la enfermedad y para tomar previsiones y hacer planes ante las etapas futuras. Pero hay que recalcar que estas escalas son solamente puntos de referencia artificiales que unas veces ocurren de pe a pa y otras no.

Escala de Empeoramiento Global (GDS)	
Grado	Situación del enfermo
1	No tiene quejas personales de falta de memoria, el médico tampoco las advierte.
2	Tiene quejas personales de memoria.
3	Tiene fallos de memoria y otros defectos cognitivos que en la consulta médica son patentes.
4	Tiene acusados fallos de memoria, razonamiento y funcionamiento diario.
5	Necesita la ayuda de otra persona para desenvolverse.
6	Aparece deterioro cognitivo grave, comienza a perder el control urinario y son frecuentes los síntomas neuropsiquiátricos.
7	Pierde toda capacidad de comunicarse con palabras, hay incontinencia urinaria completa y necesita ayuda tanto para asearse como para alimentarse.

Los siete estadios de la escala GDS que se indican en la tabla están simplificados. La GDS se elaboró sobre la base de descripciones médicas detalladas para clasificar a los enfermos en categorías, que van de la 1 (función cognitiva normal) a la 7 (demencia muy avanzada y grave). Por tanto, han de ser especialistas quienes adjudiquen a cada enfermo un lugar en la escala.

1. Fase leve (1-3 años)

Corresponde a los estadios 3 y 4 de la GDS.

Cambio de personalidad. El sujeto va perdiendo “chispa” e interés por su vida. Va quedándose sin iniciativas, va dejando todas sus motivaciones, aficiones y distracciones.

Memoria. Aparece pérdida progresiva de memoria de lo reciente con olvidos y despistes cada vez más llamativos. No es capaz de aprender las novedades de cada día ni de formar memorias de lo que ha acontecido horas o días anteriores. Sorprendentemente recuerda muy bien el tiempo de su infancia o juventud lo mismo que los detalles de su vida familiar, laboral o social de su vida adulta. Se olvida de comer o de que ha comido.

Lenguaje. Al principio de manera muy sutil, luego de modo más claro, el enfermo no encuentra las palabras que busca y necesita en la conversación ordinaria o las sustituye por otras inadecuadas o nuevas que tienen un cierto parecido fonético con las que serían correctas en aquel momento. Se equivoca más y más al nombrar personas y objetos. Va disminuyendo el número de palabras que usa ante propios y extraños. Mientras es consciente de estos errores de lenguaje, hace pausas en su conversación quizá para evitar cometer errores. Retiene bastante poco de lo que lee. Cada vez le cuesta más retener nuevos nombres de personas que va conociendo. Comienza a repetir una y otra vez la misma pregunta en pocos minutos.

Atención, juicio, razonamiento, actividad, conducta y estado de ánimo. Se va haciendo patente que le cuesta mucho tener la atención dirigida hacia algo concreto. Con frecuencia se le nota que se va ensimismando. Tiende cada vez más a la pasividad. Por eso, en algunos casos, permanece muchas horas en la cama aunque no duerma. Ya aparecen algunos problemas con el uso del dinero haciendo gastos innecesarios o exagerados, sacando del banco cantidades excesivas o haciendo estropicios con órdenes bancarias. Se olvida de pagar, entrega billetes que no vienen al caso o entrega su billetera para que le cobren.

Es cada vez más rebelde para cambiar lo que es habitual en él y muestra progresiva resistencia para aceptar o llevar a cabo cosas nuevas. Se va haciendo irritable cuando antes no lo era. Puede ir cayendo en un estado depresivo. Lo mismo que tener una irritabilidad inapropiada en él. Se va mostrando indiferente ante los sentimientos de los demás, incluso de los más íntimos. Cuando algo le contraría o se siente cansado, se enoja de manera exagerada. Si ocurre algo imprevisto, reacciona fatal.

Se va retirando de su ambiente social y va participando menos en la vida familiar.

Emplea cada vez más tiempo en asearse y vestirse y, si se le mete prisa, puede reaccionar como un furibundo.

Puede limitarse a comer un solo plato o estar comiendo constantemente.

Le va costando cada vez más tomar sus propias decisiones por nimias que sean. Por ejemplo, cuando estando en el restaurante con su cónyuge, el camarero le pregunta qué va a tomar contesta: “Lo mismo que él (o que ella)”. Va dejando de saber cómo planificar con lógica sus actividades o de organizarse su tiempo.

Puede comenzar a perder objetos de valor (joyas, documentos, dinero) o a colocarlos en lugares extraños e inapropiados de manera que luego, aunque se empeña en encontrarlos, no lo consigue. O va confundiendo el lugar correcto en que se han de colocar las cosas (por ejemplo, meter la ropa sucia en el lavaplatos). Puede estar husmeando constantemente por la casa.

Dado que los sistemas cerebrales que nos permiten reconocer lo que vemos se van alterando, los enfermos en esta fase pueden perder sus referencias en su calle y aún en su casa por lo que pueden perderse con facilidad en uno y otro lugar.

2. Fase intermedia o moderada (2-8 años)

Corresponde a la puntuación 4 y 5 de la GDS.

Memoria. El enfermo pasa a no recordar casi nada de su historia personal, de su propia biografía, aunque puede conservar recuerdos de su infancia. Desconoce todo cuanto acontece en el día o la víspera. Pierde su propia identidad.

Lenguaje. Repite sin cesar historietas reales o imaginadas, palabras o frases estereotipadas que se han convertido en sus favoritas. Elabora contenidos de conversación que tratan de rellenar sus fallos de memoria. Como, por ejemplo, comienza a hablar de su madre ya muerta como si viviera y estuviera con él. Todavía puede ser capaz de leer algo pero no responde a lo que se le ordena o pregunta por escrito. Se va perdiendo la capacidad del cálculo aritmético.

Atención, juicio, razonamiento, actividad, conducta y estado de ánimo. Aparecen francos trastornos de conducta. Descuida su higiene personal, su apariencia comienza a ser lamentable y los trastornos del sueño se van acentuando. Da cabezadas a lo largo del día o se despierta varias veces en la noche creyendo que es la hora de acudir al trabajo. Pierde las formas de estar en sociedad.

Comienza a cambiar la identidad de las personas creyendo que un hijo es un vecino o el cónyuge un extraño suplantador de personalidad. Confunde también sus propios objetos personales. Puede apropiarse de los objetos que no le pertenecen.

Aparecen movimientos repetitivos sobre todo al atardecer o anochecer como vagabundear por la casa sin rumbo, llamar repetidamente a los timbres de las puertas de

los vecinos o manosear todo tipo de trapos que están a su alcance (especialmente las sábanas de la cama).

No se le puede dejar solo ni un momento por cuanto pelagra su integridad, puede ingerir sustancias tóxicas, sufrir caídas o autolesionarse.

Puede comenzar a hacer acusaciones falsas sobre los demás, amenazar de palabra o acción a sus familiares, maldecirlos, no estarse quieto en un asiento, dar patadas o golpear al que tiene más cerca, dar gritos o tratar de agarrarse al de al lado.

Se deja asear a regañadientes. No ayuda en el baño o en la ducha.

A menudo tiene alucinaciones. Oye voces que no son reales, ve lo inexistente, huele sin motivo olfativo y aún tiene sabores sin que nada estimule este sentido.

De manera delirante acusa al cónyuge de tener un amorío o al familiar de que le está robando.

Llega a no reconocer su propia imagen en el espejo o habla con ella o cree que le sigue. O habla con los personajes que aparecen en la pantalla de televisión creyendo que es un personaje de la película.

A veces, surgen conductas sexuales como exhibicionismo y desnudarse en público, confusión del cónyuge con otra persona, hipersexualidad e intentos de masturbación delante de otros.

Naturalmente, llega a no saber el lugar del váter, pierde el control de la micción, han de obligarle a comer y beber algún líquido, han de elegir por él las prendas de vestido de cada día y han de colocárselas.

La dependencia del enfermo de otra persona durante todo el día se va haciendo casi completa.

3. Fase avanzada o severa (8-12 años)

Corresponde a las fases 6 y 7 de la GDS.

Memoria. Esta función se va extinguiendo. El enfermo no tiene conciencia de si mismo ni de lo que sucede a su alrededor. Puede recordar su propio nombre pero no el del cónyuge o cuidador. Puede distinguir entre rostros familiares y no familiares.

Lenguaje. Sus palabras pasan a convertirse en una jerga o galimatías, muy difíciles de entender, hasta que caen en un mutismo. Pueden gritar insistentemente. En ocasiones les surgen palabras o frases. Grimen o farfullean a veces.

Atención, juicio, razonamiento, actividad, conducta y estado de ánimo. Se cambia su ritmo día/noche. Duermen durante el día y están despiertos durante la noche.

Pueden acentuarse los síntomas neuropsiquiátricos de agitación, agresividad, ideas delirantes y alucinaciones.

Rechazan la comida, se atragantan con ella o no quieren tragar en absoluto.

La incontinencia de heces y orina es completa.

Pierden peso de manera exagerada como síntoma propio de la enfermedad. Su piel se adelgaza. Pueden aparecer escaras sobre las prominencias óseas en que se apoya el cuerpo (sacro, cabeza de fémur, talones).

El enfermo va dejando de caminar e incluso de mantenerse en pie o estar sentado. También las sonrisas desaparecen. Llegan a no poder mantener erguida la cabeza. Quedan confinados a la cama en postura fetal.

La dependencia del enfermo de un cuidador para todo es de minuto a minuto, hora a hora, día a día, semana a semana, mes a mes, año a año.

El listado de síntomas aquí expuesto es un patrón aproximativo de lo que puede ocurrir a lo largo del vía crucis del Alzheimer. Y trata de ser solamente orientativo para los cuidadores. Todos los síntomas posibles pueden ser reflejados por los especialistas en escalas y baterías neuropsicológicas pertinentes.

Cuando el enfermo pierde toda capacidad de responder a su ambiente, de comunicarse y hablar y de control de la postura y el movimiento, ha llegado a su etapa final.

Aunque el Alzheimer no causa directamente la muerte, en su fase final origina un serio deterioro de los mecanismos de defensa del organismo de manera que las infecciones catastróficas anidan con facilidad en los pacientes lo mismo que otras causas de muerte por flaqueza o debilidad vital.

Nivel de comportamiento y del estado de ánimo

A pesar de que Auguste D., la primera enferma que estudió Alois Alzheimer, presentó importantes trastornos de conducta tales como paranoia, ideas delirantes de abuso sexual, alucinaciones y frecuentes gritos, durante las décadas de 1970 y 1980 se consideró que la enfermedad de Alzheimer causaba sobre todo demencia, defectos cognitivos, olvidando un poco que también es responsable de incapacidad para realizar las tareas normales de la vida diaria y de trastornos de conducta y del estado de ánimo. La agitación, depresión y psicosis forman parte intrínseca de la enfermedad, causan gran malestar al enfermo y son fuente de sufrimiento enorme para los familiares y los cuidadores. Además, con mucha frecuencia son la causa determinante para que las familias decidan el ingreso del enfermo en una residencia. La International Psychogeriatric Association denominó a toda esta fenomenología neuropsiquiátrica de las demencias en general y del Alzheimer en particular "Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (H Brodaty, SI Finkel. International Psychogeriatric Association. *Behavioral and Psychological Symptoms of Demencia*. Educational Pack. 1998, 2003. La versión de 1998 fue traducida al español y distribuida por Janssen-Cilag, Madrid). Lo importante es que todos estos síntomas de estirpe psiquiátrica se pueden tratar eficazmente, con medios farmacológicos y con medidas no farmacológicas, con el consiguiente beneficio y alivio para el enfermo, su familia y su cuidador. Esta eficacia terapéutica trae consigo que se pueda retrasar el penoso momento de ingresar al paciente en una residencia.

Los síntomas psicológicos más difíciles de sobrellevar y de afrontar son: las ideas delirantes, alucinaciones, falsos reconocimientos, la depresión, el insomnio y la ansiedad. Los trastornos de conducta más penosos son: la agresividad física, la incesante actividad psicomotora y la intranquilidad. También acarrear problemas duros de soportar los síntomas de: agitación, el comportamiento inapropiado, la desinhibición sexual, el caminar de un lado a otro de la habitación o los chillidos. Resultan más soportables las manifestaciones de llanto, el decir palabrotas o groserías, la apatía, el preguntar una y otra vez la misma cosa y el intentar pegarse a toda costa a la persona que le cuida. Se le llama a este último comportamiento el "signo del canguro" porque así lo describió John Bayley en su Elegía a Iris (Alianza 1999). El enfermo busca entrar

dentro del cuidador como si éste tuviera una materna bolsa marsupial donde poder alojarle.

Cualquiera de los síntomas conductuales y psicológicos puede aparecer en cualquier momento del curso de la enfermedad. Algunos de ellos pueden apreciarse ya en el momento del diagnóstico en un 60% de casos. Sin embargo, hay una cierta predilección de unos síntomas concretos por una fase determinada de la enfermedad. Los síntomas afectivos, los trastornos del estado de ánimo aparecen con más frecuencia en la fase temprana y ligera del proceso. Las conductas agitadas y los síntomas psicóticos son más propios de las fases de intensidad moderada y más raros en las fases graves.

Algunos de estos síntomas persisten durante más tiempo que otros. Por ejemplo, los comportamientos agitados o la actividad psicomotora incesante pueden estar presentes durante un par o tres años a lo largo de la enfermedad. Las ideas delirantes son muy frecuentes entre los enfermos con Alzheimer. Las alucinaciones visuales en estos pacientes solo se presentan en un 20% de los casos. Son más características de la demencia con cuerpos de Lewy

Nivel psicológico.

Las ideas delirantes

Las falsas ideaciones que los enfermos viven como reales que se pueden presentar en la enfermedad de Alzheimer son variadísimas como muestra la siguiente Tabla (JL Cummings. *Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders*. Martin Dunitz, London 2003):

Ideas delirantes que pueden aparecer en los enfermos con demencia	
Denominación	Contenido
Síndrome de Otelo	Delirio de celos
Parasitosis	Delirio de estar infectado por parásitos
Licantropía	Sentirse un hombre lobo
Síndrome de Clerambault (erotomanía)	Creer que una persona de mayor categoría social está enamorada de él o ella

Incubus	Amante varón fantasma
Succubus	Amante mujer fantasma
Signo de la fotografía	Creer que los personajes de la televisión están realmente en la casa
Koro	Creer que sus genitales se han metido en el abdomen
Síndrome de Dorian Gray	Creer que uno no envejece
Síndrome de Capgras	Creer que los demás no son quienes dicen ser o que son impostores de idéntica apariencia que suplantán a los reales
Síndrome de Fregoli	Creer que hay una persona que le persigue tomando la apariencia de alguien conocido
Intermetamorfosis	Creer que las personas que le rodean son sus enemigos o que una persona ha tomado la apariencia de otra
Eutoscopia	Creer que puede verse a sí mismo
Síndrome de Sosia	Creer que tiene un doble
El domicilio no es el domicilio	Creer que la casa donde uno está no es realmente su casa
Delirio de abandono	Creer que va a ser abandonado, va a ser ingresado en una residencia
Robo o allanamiento	Creer que hay alguien que le roba sus cosas o que va a entrar en su casa para robarle
Inquilinos fantasmas	Creer que hay otras personas ingratas viviendo en la casa
Conspiración	Creer que otros están tramando algo en contra de uno
Reduplicación	Creer que el cónyuge existe por duplicado en múltiples versiones
Infidelidad	Creer que el cónyuge tiene un ligue
Pobreza	Creer que uno está arruinado y no dispone de

medios económicos

Las cinco ideas delirantes típicas de los enfermos de Alzheimer son: creencia de que le están robando sus objetos personales, sentirse en casa ajena cuando está en su domicilio, ver al cónyuge o al cuidador como un impostor, tener miedo a que va a ser abandonado o pensar que están haciendo planes para ingresarlo o estar convencido de que el cónyuge le es infiel.

Alucinaciones

La más frecuente de ellas es ver personas en la casa que realmente no están allí. Hay que saberlas distinguir de los defectos de percepción visual que el enfermo puede tener como por ejemplo su incapacidad para reconocer rostros, caras u objetos (prosopagnosia) y de los defectos de visión de contrastes o por falta de iluminación.

Los falsos reconocimientos de objetos y personas (ideas delirantes) se diferencian de las alucinaciones en que en los primeros hay estímulo externo que lleva a la confusión perceptiva y en las segundas no hay estímulo externo que provoque la pseudopercepción.

Depresión y apatía

El estado de ánimo depresivo ocurre en un muy considerable porcentaje de casos de enfermedad de Alzheimer en algún momento de su evolución. A menudo esta depresión no la reconoce el propio enfermo aunque es muy patente para los suyos. El National Institute of Mental Health ha dado algunos criterios para reconocer el estado depresivo en estos enfermos (JF Cummings. *Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders*. Martin Dunitz, London 2003).

Criterios diagnósticos provisionales de depresión en la enfermedad de Alzheimer

Se ha de sospechar que el enfermo está deprimido si presenta, cuando menos, tres de los síntomas que se indican a continuación durante dos o tres semanas consecutivas, si esos síntomas significan un cambio en su estado de ánimo respecto a su modo habitual de sentir antes de enfermar y si se aprecia un humor

deprimido o una disminución de afectos positivos o placenteros.
• Aparición de tristeza, desesperanza, desánimo o miedo.
• Pérdida de interés en las relaciones familiares o sociales y por los entretenimientos de antes.
• Tendencia al aislamiento o retirarse del contacto con los demás.
• Trastorno del apetito.
• Alteración del sueño.
• Agitación o lentitud psicomotora.
• Irritabilidad.
• Cansancio o pérdida de energía.
• Sentimientos de que nada vale la pena, pérdida de toda ilusión o culparse a si mismo exageradamente.
• Pensamientos repetidos de muerte, ideas, planes o intentos suicidas.

La apatía es uno de los síntomas psicológicos en la enfermedad de Alzheimer. Se ve en más del 50% de los casos tanto en la fase ligera como en la moderada. Los pacientes que están apáticos muestran una falta de interés para realizar lo más cotidiano, descuidan su aspecto personal, tienen muy poca iniciativa y escasas respuestas emocionales, rehuyen el contacto con los demás, y se les nota una cara muy poco expresiva y una voz muy monótona, sin inflexiones. No es lo mismo apatía que depresión. Una guía para detectar y diagnosticar apatía es la siguiente (JL Cummings. *Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders*. Martin Dunitz, London 2003.):

Características para el diagnóstico de apatía
• Pérdida de motivación que no se puede atribuir al deterioro intelectual.
• Compromiso emocional, somnolencia y disminución de atención.
• Esta pérdida de motivación, que resulta un hecho nuevo en la vida del enfermo, se puede apreciar tanto en la falta de productividad como en la de

esfuerzo, en la disminución del tiempo que dedica a sus entretenimientos favoritos o a actividades de interés. O le faltan iniciativas o se pasa excesivo tiempo en una misma actividad irrelevante. Pide ayuda para hacer lo más mínimo pues no se fía de su capacidad. Apenas se divierte con algo. Rehuye a los demás.

- No tiene interés por aprender nuevas cosas, leer la prensa, escuchar la radio o ver la televisión, ir al cine, etc. No se queja ni de su salud ni de sus limitaciones pero tampoco da valor al tiempo de ocio o diversión. No tiene curiosidad alguna.
- Su ánimo no se altera por nada, ni se alegra ni se apena, su humor es plano. Ni se excita ni se emociona.

Nivel conductual

Incesante actividad psicomotora

En inglés se llama a este síntoma "wandering". Pero aquí; se incluyen muy diferentes comportamientos motores como: indagar o husmear el paradero del cuidador o de otras personas, seguir sus huellas constantemente, pegarse como una lapa al mismo, querer meterse en su imaginada bolsa marsupial (signo del canguro pequeño, que dije antes); tocarlo todo, jugar con la ropa que lleva puesta; doblar un papel largo tiempo; hacerse un tiquismiquis; andar sin rumbo, motivo ni descanso o con un motivo injustificado e inapropiado; caminar sonámbulo por la noche; incapacidad de estar fuera de casa y pedir obstinadamente que le lleven de nuevo a su casa o, por el contrario, intentar una y otra vez salir de casa; en una palabra, no poder estarse quieto ni un minuto.

Esta incesante actividad psicomotora es uno de los síntomas conductuales más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer, aparece hasta en 53% de enfermos y representa una de las mayores cruces para la familia y los cuidadores.

Agitación

Conviene definirla. Se llama así toda conducta inapropiada verbal, vocal o motora que, a la vista de un observador ajeno, esté justificada por alguna necesidad o sea el resultado de un estado de confusión. Hay muchos tipos de agitación. De acuerdo con la

International Psychogeriatric Association, antes citada, puede haber todas las variedades siguientes:

Conductas que no son físicamente agresivas	Conductas que no son verbalmente agresivas
<ul style="list-style-type: none">• Inquietud general• Estereotipias repetidas• Andar con impaciencia• Intentar cambiar de sitio o lugar• Manejar los objetos sin tino• Esconder sus objetos• Vestirse mal o desvestirse sin motivo• Hacer frases repetitivamente	<ul style="list-style-type: none">• Negativismo• Nada parece que le gusta• Requerir constante atención• Expresiones de autoritarismo• Expresar quejas o "relichar"• Interrumpir la conversación
Conductas que son físicamente agresivas	Conductas que son verbalmente agresivas
<ul style="list-style-type: none">• Dar palos• Dar puñetazos• Arañar• Agarrar objetos o personas• Dar patadas, morder	<ul style="list-style-type: none">• Chillar• Maldecir• Reacciones de salirse de tono• Hacer extraños ruidos

José Manuel Martínez

Rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer

4. Otras Enfermedades y situaciones que causan deterioro a nivel cognitivo

Las enfermedades principales con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial del síndrome de demencia son los siguientes:

Trastornos selectivos de memoria en el anciano

La alteración de las capacidades mnésicas es uno de los núcleos de la demencia. Sin embargo, el rendimiento de la memoria del anciano puede estar alterado por diferentes causas, y no todas conllevan el diagnóstico de este síndrome.

En el diagnóstico diferencial de la demencia, es preciso descartar en particular dos entidades:

1. **Olvido benigno de la vejez.** Se trata de personas cuyo funcionamiento mnésico es menor en la edad avanzada, pero que no tienen otras dificultades. Se trataría de una disminución funcional benigna, que no se agrava y no progresa a demencia.
2. **Trastorno de la memoria asociado al envejecimiento.** Consiste en una alteración de la memoria más grave que la anterior, que supone una pérdida de esta capacidad, medida por tests psicométricos, que se apartaría más de dos desviaciones típicas de lo esperable en ancianos sanos de su misma edad. Este trastorno no es aceptado por todos los autores.

Delirium

Se trata de un trastorno de carácter agudo o subagudo, que cursa con déficit cognitivos y comportamentales, pero cuya característica fundamental es el descenso del nivel de conciencia (reducción de la claridad del contacto con el entorno) con una capacidad disminuida para focalizar, mantener o variar la atención.

Su etiología puede ser múltiple, aunque se asocia fundamentalmente a las siguientes causas:

1. Problemas médicos (hipoxia, infecciones, enfermedades metabólicas y endocrinas, enfermedades difusas o locales del SNC, hipo e hipertermia)

2. Intoxicación o abstinencia de sustancias o fármacos
3. Deprivación o sobrecarga sensorial (p.e., ingreso hospitalario)

Se puede revertir si se controlan las causas o puede progresar hacia estados más profundos o la muerte.

Déficit selectivos de funciones corticales superiores

Determinados síndromes focales cerebrales pueden confundirse con la demencia. Sin embargo, es preciso recordar la característica de globalidad del síndrome demencial, con afectación de varias funciones y repercusión funcional también global. Los déficit selectivos de funciones superiores (pe, amnesia o afasia aisladas) muestran síntomas que aparecen en función del área afectada y según sean las diferentes etiologías, que es necesario precisar.

Patología depresiva

La depresión y la demencia son dos trastornos que pueden surgir de forma independiente, o estar relacionados entre sí. Las posibilidades son las siguientes:

1. **Demencia más depresión.** Entre un 20 y un 50 % de los pacientes con demencia primaria desarrollan un trastorno depresivo en algún momento de su evolución. Lo más frecuente es que ocurra en los primeros estadios de la enfermedad, disminuyendo la incidencia al aumentar la gravedad de la demencia. De alguna manera puede decirse que se requiere una relativa indemnidad neuronal para poder tener la capacidad de desarrollar sintomatología depresiva, aunque en algunas ocasiones pueden identificarse síntomas depresivos en estadios avanzados.
2. **Depresión que evoluciona a demencia.** Existe un cierto número de casos de depresiones de inicio tardía, es decir, que comienzan por primera vez en la edad avanzada, que evolucionan finalmente hacia el deterioro cognitivo y con el tiempo hacia la demencia franca. Los factores de riesgo para esta evolución están ligados a la presencia de enfermedad cerebrovascular, que ha podido pasar desapercibida si no se ha producido ningún episodio de ictus clínicamente reconocible.

- 3. Depresión primaria pseudodemencia depresiva.** La depresión, a cualquier edad, suele cursar con cierta sintomatología cognitiva, sobre todo en la esfera atencional y de memoria a corto plazo. En los ancianos, las quejas subjetivas de mal funcionamiento mental suelen acrecentarse e inducir a confusión. Pero se trata de verdaderos trastornos afectivos que, pese a las quejas sintomáticas del paciente y su familia, revelan sólo déficit mínimos en la exploración neuropsicológica. El paciente padece sobre todo trastornos por falta de atención, al encontrarse replegado en sí mismo y enfrascado en sus pensamientos depresivos, instauración relativamente breve de los síntomas, presencia de ánimo deprimido, mala autoimagen, y sobre todo de anhedonia, las quejas frecuentes de problemas de memoria que no son disimuladas como ocurre en la demencia, la sensación continua de fracaso en la exploración de las funciones cognitivas, con frecuentes contestaciones “no sé” y la buena respuesta a la medicación antidepresiva.

Otras enfermedades psiquiátricas

Algunas enfermedades mentales pueden ocasionar confusión, por lo que debe hacerse un cuidadoso diagnóstico diferencial. Aunque la principal fuente de error son los trastornos depresivos, no son los únicos.

Esquizofrenia

La esquizofrenia fue denominada originariamente demencia precoz, ya que produce un deterioro personal desde edades juveniles. Hoy sabemos que no existen problemas en la inteligencia, aunque los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones cognitivas relacionadas con el lóbulo frontal. A pesar de que la esquizofrenia conlleva a veces una menor supervivencia, muchos esquizofrénicos alcanzan la edad avanzada, y si lo hacen en un estado de empobrecimiento personal y social, puede llegar a confundirse con una verdadera demencia si no se investiga lo suficiente.

Histeria

La histeria puede imitar cualquier enfermedad, aunque no se hace de forma consciente o voluntaria. De este modo, los pacientes pueden presentar desconexión con el medio, abandono de las actividades cotidianas o déficit de memoria. El dato fundamental es la presencia de un beneficio secundario, es decir que el paciente obtiene o espera

determinadas ventajas (atención, cuidados, protagonismo) a través de los síntomas, que son las que a su vez mantienen la sintomatología.

Utilización de medicación o drogas

El consumo continuado de determinadas sustancias puede producir alteraciones en el funcionamiento cognitivo que pueden llevar a la confusión con el síndrome de demencia. En particular hay que hacer especial mención al alcohol y otras drogas de abuso. En lo que se refiere a medicamentos, es preciso prestar una particular atención a los fármacos con efectos en el sistema nervioso central, como los antiparkinsonianos, y aquellos que tienen un efecto sedante en general. También a los psicofármacos antidepressivos tricíclicos y a determinados neurolépticos.

5. Repercusiones en los familiares y/o cuidadores principales

Desde los Servicios de Estancias Diurnas, el contacto con familiares y/o cuidadores principales de las personas que tienen demencia, es fundamental por dos motivos: el primero es que cuanto mejor esté atendida esta persona en casa, tendremos mejores condiciones para comunicarnos y desarrollar nuestra labor; y segundo, a menudo, encontraremos demandas constantes de los familiares que, en la mayoría de los casos, no responden a nuestra función profesional y son consecuencia directa del desgaste que sufre la familia.

Por ello es importante saber que:

1. Cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, se añade comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter, y evitarle riesgos, todo esto hace que el cuidado no sea una tarea fácil.
2. No todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni supone a todos el mismo esfuerzo, pero es cierto que con el tiempo se produce en mayor o menor medida un “desgaste físico y emocional” que repercute en el estado de salud del cuidador.

3. En general las personas que ejercen de cuidadores no vigilan su salud, pues la tarea es considerable, y así ante pequeñas “señales de alarma” (dolor, tristeza, insomnio, inquietud, cansancio.....) continúa cuidando sin prestarse atención.
4. Estas “dolencias”, y “padecimientos” son el comienzo de un mal estado de su salud si no lo remedia. Tiene por tanto que saber reconocer estos síntomas, y darle su debida importancia para no aumentar el sufrimiento de usted y el de su mayor enfermo.
5. Para que él / ella , su familiar enfermo, note su confianza y responda a su necesidad, precisa de una persona con energía y salud, es decir, una persona cuidada.

Desde el SED podemos hacerle llegar, al familiar, este tipo de mensajes así como hacerle las siguientes indicaciones:

- Reconocer que ambos son igual de importantes en los cuidados.
- Usted cuida a un ser querido **enfermo**.
- La enfermedad que padece va a precisar de usted cada día un poquito más y para ello debe de programarse
- Saber hasta dónde puede llegar, y a partir de qué momento tiene que pedir ayuda.
- Ser realista, a todo no llega y habrá cosas que tendrá que delegar por el bien suyo, no se engañe.
- Elegir aquellas tareas que le suponen a usted con su familiar más satisfacción y menor perjuicio para su salud física y/o emocional.
- Y sobre todo, no culparse, los sentimientos negativos existen y deben de aflorar, no los esconda, perjudicaría seriamente su salud.
- La falta de cuidados para usted puede ser fatal, ¿lo ha pensado? Ni su mayor estará bien cuidado ni usted tampoco.

MÓDULO 2: TECNICAS DE PSICOESTIMULACION COGNITIVA

1. Encuadre teórico: La psicoestimulación cognitiva

Un punto de partida, y con base científicamente demostrada, en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias, es la neuroplasticidad.

Se entiende por neuroplasticidad como "la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones para reestablecer el equilibrio alterado" Recientes investigaciones ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente si bien en menor intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognoscitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

La plasticidad neuronal es gobernada por dos tipos de factores: factores intrínsecos y factores extrínsecos. Correspondería a los factores intrínsecos la información genética, la llamada memoria biológica, que tanto tiene que ver en el proceso del envejecer humano. Mientras que las influencias ambientales constituirían los factores extrínsecos, como lo es el grado de escolarización, controvertido factor de riesgo en las personas con EA. Y sobre los últimos, esto es, sobre los factores ambientales, es posible incidir desde los CDT.

Otro concepto básico es el de psicoestimulación, o sea, aquel "conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad rehabilitadora". No se trata de una sobreestimulación desorganizada, tan negativa para el enfermo con demencia, sino de una estimulación lo más individualizada posible y, por tanto, adecuada a las capacidades funcionales residuales que le permitan su ejercicio y el "despertar" de aquellos "olvidos" abandonados.

Así pues, el objetivo básico de los tratamientos de psicoestimulación es el de favorecer la neuroplasticidad mediante la presentación de estímulos, debidamente estudiados, que eliciten las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de forma integral.

"La estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer agrupa un conjunto de intervenciones que, actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social de esta enfermedad. En sentido amplio, la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad" [J Olazarán, R Muñiz. Estimulación cognitiva posible y recomendable. En *Alzheimer 2004: la pragmática necesaria*. JM Martínez Lage, T del Ser (eds). Aula Médica, Madrid 2004].

Bases racionales

¿Cómo hemos de asimilar e integrar que la estimulación cognitiva desafía el determinismo molecular, hereditario y de factores de riesgo que hacen del Alzheimer una enfermedad progresiva?. Por fortuna no hay contradicción entre lo biológico y lo psicosocial. Cada vez está más claro que el genoma no lo es todo, pero que nada escapa a su influencia y que la interacción genes-ambiente es la explicación más cabal de la inmensa mayoría de los casos de Alzheimer. Usted no puede cambiar sus genes pero puede modificar muy sensiblemente su influencia sobre las enfermedades que le pueden amenazar en edades avanzadas.

Las actividades recreativas y de estimulación cognitiva que exigen atención, razonamiento, memorización, asociación de datos y evocación de aprendizajes no actúan por arte de birlibirloque. Recuerde que las moléculas configuran nuestra mente sobre el cerebro a lo largo de nuestros años infanto-juveniles y que, a su vez, el trabajo mental hace moléculas en nuestro cerebro durante nuestra vida adulta y aún anciana. Y estas moléculas son necesarias para el funcionamiento de nuestras neuronas, la conexión entre ellas (sinapsis) y el buen funcionamiento de nuestros circuitos neuronales que nos permiten aprender, recordar, evocar, razonar, pensar, hablar, sentir, movernos, actuar y cuantas actividades intelectuales son propias de los humanos.

Cuando se desarrollan tareas de estimulación cognitiva se activa la mente (ver J Peña-Casanova. *Activemos la mente*. Fundación "la Caixa", Barcelona 1999) reforzando las sinapsis de las neuronas cerebrales (poseemos en la vida adulta aproximadamente un billón de ellas) y creando nuevas sinapsis. Así, esas técnicas de estimulación cognitiva activan cambios plásticos en circuitos cerebrales que compensan los cambios patológicos que se van produciendo como consecuencia de la enfermedad.

La práctica de actividades intelectualmente estimulantes actúa como factor protector contra la aparición de enfermedad de Alzheimer. La estimulación cognitiva es eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad. (E. M. Arroyo Anlló. Intervenciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer: ¿cuándo, cómo, dónde y a quién? En *Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?*, J. M Martínez Lage, L. F. Pascual Millán, editores. Madrid, Aula Médica, 2003).

De la cuna a la tumba, durante toda nuestra vida, el cerebro experimenta cambios plásticos. Se puede decir que los circuitos neuronales, en su dinamismo funcionante, cambian segundo a segundo en términos también estructurales. Esta neuroplasticidad, estrictamente hablando, es el proceso que media entre las reacciones estructurales y funcionales de las sinapsis a los estímulos del medio interno y del medio externo, a cada nueva experiencia que tenemos. Hay autores de reconocido prestigio (M.-M. Mesulam. *Principles of behavioral and cognitive neurology*. Oxford, Oxford, 2000) que interpretan la enfermedad de Alzheimer como un fallo de la neuroplasticidad causado por el depósito de amiloide que conduce a la formación de los ovillos neurofibrilares y que desemboca en la muerte de las neuronas, origen de todos los síntomas de la demencia. Por tanto, una medida anti-Alzheimer, de importancia teórica y práctica, es mantener, fomentar y reforzar los procesos de neuroplasticidad. Un importante camino para lograr este efecto es la estimulación cognitiva programada y graduada.

Se creía hasta hace pocos años que las neuronas no se regeneraban. Don Santiago Ramón y Cajal había sentado el dogma de que las neuronas eran células postmitóticas que no podían formar neuronas hijas. Las demás células del organismo se renuevan constantemente dividiéndose en dos su núcleo, rajándose longitudinalmente cada cromosoma en dos mitades que pasan a formar parte respectivamente de cada una de las dos porciones en que queda dividido el núcleo; a continuación, el citoplasma se divide en dos mitades, quedando constituidas así las dos células hijas. A todo este proceso se le llama mitosis. Pues bien, en el cerebro adulto se forman nuevas neuronas a partir de células madres que son, sobre todo, los astrocitos. Técnicamente esta sabia función de la naturaleza se denomina neurogénesis. En un artículo que ha aparecido en una revista científica de gran envergadura (M. A. Curtis y col. *Increased cell proliferation and neurogenesis in adult human Huntington's disease brain*. PNAS, early edition 2003, July 7) se publica por primera vez el dato de que en la temida enfermedad de Huntington se produce regeneración neuronal de manera espontánea en la vecindad del núcleo

caudado, que es el que más se daña en este proceso. Es decir, que existe la posibilidad teórica de que en el cerebro lesionado por esa u otras afecciones neurodegenerativas se regeneren circuitos neuronales que se habían perdido.

Al irse comprobando que la neurogénesis ocurre en diversas zonas del cerebro, tanto de manera natural y espontánea como en respuesta a distintas lesiones, cobra más verosimilitud la posibilidad de que funcionen los trasplantes de neuronas, sube el interés por encontrar cómo promover la neurogénesis de manera artificial, actuando sobre los genes, proteínas y factores tróficos que la regulan, y se reduplica la esperanza de que la estimulación cognitiva se traduzca en beneficiosa neurogénesis en el cerebro del enfermo con Alzheimer.

2. Técnicas y objetivos

Para restaurar determinadas funciones cognitivas alteradas por la enfermedad de Alzheimer, se recurre a intervenciones individualizadas especialmente en el área de aprendizaje verbal. Se trata de reforzar la codificación y la recuperación de lo que se aprende en cada sesión por ejemplo asociando palabras o enseñando a recurrir a letreros escritos cada vez que el sujeto no sepa lo que tiene que hacer. Se entrena así la atención, el lenguaje, la capacidad visuoespacial, el cálculo, el razonamiento y otras funciones. De la misma manera, mediante la repetición guiada y asistida, se puede mejorar la realización de las actividades cotidianas del enfermo. Hay también programas específicos para combatir los trastornos del estado de ánimo.

La estimulación cognitiva se ha de llevar a cabo de manera mixta y global. "El objetivo final es siempre el paciente como persona única, con especial atención hacia su núcleo afectivo y hacia su dignidad", como dicen Olazarán y Muñiz. La técnica de la orientación a la realidad intenta que los enfermos comprendan cuanto acontece a su alrededor, participen activamente en los programas que se les propone y fortalezcan su autoestima.

El desarrollo y la aplicación de estas técnicas aportan beneficios indudables en lo cognitivo, funcional, conductual y afectivo de los enfermos.

Relación funcional con los diferentes niveles de deterioro

Podemos estimular y mantener, con ejercicios diseñados, múltiples funciones cognitivas, cada una con diferentes ejercicios que además mantendrán en uso otras áreas implicadas, vamos a hacer un resumen de las principales, mencionando diferentes ejercicios que en cada una de ellas pueden utilizarse.

Orientación temporal y espacial

Esta es una de las funciones que antes resulta afectada en determinados trastornos cognitivos como la Enfermedad de Alzheimer. Hay ciertos ejercicios que pueden realizarse con el fin de estimular y mantener esta capacidad:

- Ejercicios de Orientación Temporal: saber el día y la fecha, sin tener que estar dándole vueltas y vueltas es algo que depende directamente de nuestras actividades diarias o claves temporales. A falta de estos indicios que nos mantienen "conectado al mundo", podemos además ejercitar esta función con calendarios donde además se incluye la onomástica o santo del día y hechos y citas personales.

Además, charla-coloquio sobre las principales festividades, costumbres en determinadas fechas o fiestas generales y personales, la comparación de ciertos aspectos del momento actual en contraposición con sus etapas más jóvenes, o ejercicios de planificación a corto, medio y largo plazo de las actividades y acontecimientos, resultará estimulativo para este tipo de orientación y memoria.

- Ejercicios de Orientación Espacial: Al igual que la anterior, esta capacidad también resulta antes y en gran medida, afectada en las demencias en sus fases iniciales. Estimularla y mantenerla es una necesidad prioritaria dentro de un programa de este tipo.

Podemos realizar ejercicios en los que dibujen planos de lugares conocidos (su casa, su barrio, municipio, comunidad o país) junto con ciertas pruebas para realizar recorridos dentro de estos planos. Se puede, además, trabajar la memoria espacial, preguntando después dónde se encontraban o cómo se llegaba a determinados lugares del mapa realizado.

Callejeros, mapas geográficos y atlas, junto con el repaso de conocimientos culturales de determinados lugares, resultarán además muy enriquecedores a este sector de población que, en su mayoría, tan pocas oportunidades de acceso a la educación ha tenido.

Lenguaje

Pese que al envejecer no dejamos de hablar, sí se reduce el número de personas con las que lo hacemos y, por tanto, el número de vocablos y frases que formamos. Son múltiples los ejercicios que podemos realizar:

- a. Ejercicios de conversación con interlocutor, siendo emisor y receptor de información
- b. Ejercicios de narración, siendo sólo emisores de información.
- c. Ejercicios de fluidez verbal, preferiblemente escritos. Este tipo de ejercicios busca estimular y recuperar el máximo número de vocablos, mantenido activo el mayor número posible de vocabulario. Con este tipo de ejercicios es evidente que mantenemos la escritura y lectura.
- d. La descripción de escenas o láminas temáticas, es otro tipo de ejercicio de fluidez verbal en la que controlamos la categoría de elementos a estimular, pudiendo además, de forma indirecta, estimular la memoria perceptiva visual. (Otras funciones como la discriminación visual y el reconocimiento también son estimuladas en este tipo de ejercicios).
- e. La denominación de objetos y sus funciones previene la gnosias, tan frecuentes en los trastornos cognitivos, además de poder realizar ejercicios de categorización y clases.

Como se intuye, cada tipo de ejercicio puede realizarse de múltiples formas posibles y todos ellos trabajarán con un gran número de funciones cognitivas. Son la variación de ejercicios y la imaginación del monitor, los cocineros del "menú estimulativo diario", combinando diferentes ingredientes y nuevas formas apetecibles de presentación de los ejercicios. Además, se puede trabajar también:

- Ejercicios con pistas o indicios (evocación de léxico a través de datos semánticos).
- Juegos de palabras incompletas.
- Antónimos y sinónimos.

- Refranes incompletos (trabajamos además la memoria a largo plazo).
- Ejercicios de repetición (trabajamos además memoria auditiva a corto, medio y largo plazo).
- Etc...

Miguel Ángel Maroto

Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo

Instituto de Salud Pública

Memoria

La memoria es una de las funciones cognitivas, es decir, que permite adquirir conocimientos, del cerebro. Se trata de una función que, como el lenguaje, la atención, el razonamiento y la lógica, sirve para organizar nuestras relaciones con el mundo exterior. Permite adquirir informaciones, almacenarlas y, posteriormente, reutilizarlas. Durante la etapa que media entre la adquisición de la información y su almacenamiento, se forman trazos mnésicos que pueden permanecer en la memoria el mayor tiempo posible y ser evocados y reutilizados fácilmente más adelante.

Hay tres grandes sistemas de memoria.

El primero se llama **memoria declarativa**, que se refiere a lo que se vive y se aprende de forma consciente, son cosas que podemos contar y hablar sobre ello. Se puede tratar tanto de recuerdos personales como de hechos o conocimientos adquiridos. Los acontecimientos que nos resultan personales tienen la característica de que se viven una sola vez, por eso la memoria de nuestra historia personal se denomina episódica, para distinguirla de la memoria semántica o cultural, relativa a los conocimientos adquiridos que pueden repetirse varias veces.

El segundo se llama **memoria procedimental**, que incluye todo lo relativo al aprendizaje y a la memorización de los gestos o procesos motrices. Es la que nos permite aprender a montar en bicicleta, a conducir, a cocinar, a jugar al ajedrez, al mus, a hacer bolillos o punto de cruz. Con el tiempo y sin que seamos conscientes de ello, el recuerdo del encadenamiento de gestos se fija en determinadas zonas del cerebro completamente distintas a las zonas que rigen la memoria declarativa

El tercer sistema de memoria es la **memoria emocional**, que está unida a nuestras emociones. Funciona en estrecha relación con los otros dos, particularmente con la

memoria declarativa. Nos ayuda a fijar nuestros recuerdos etiquetándolos de acuerdo con nuestras emociones: cuando algo nos conmueve, nos hace reír o nos produce placer somos capaces de recordarlo más fácilmente.

La memoria tiene tres grandes funciones: adquirir o aprender una información, almacenarla y recuperarla, y las opera en varias fases. La primera etapa, muy corta (unas milésimas de segundo), es la memoria sensorial: cuando uno ve o escucha algo, se forma una especie de trazo sensorial que penetra en el cerebro, donde será procesado.

La segunda etapa se denomina memoria a corto plazo o memoria inmediata: es la capacidad para guardar una información durante un período de tiempo muy corto, de treinta a noventa segundos, dos minutos como máximo. El tiempo necesario, por ejemplo, para retener un número de teléfono, anotarlo, marcarlo o comunicárselo a alguien. En algunas circunstancias esta retención temporal permite modificar la información: se trata de un tipo de memoria a corto plazo denominada memoria de trabajo.

En un tercer estadio, la información es transferida a la memoria a largo plazo, con lo que se guarda de forma indefinida. Es la fase de almacenaje o consolidación.

Vamos a pasar a ver qué sucede en nuestro cerebro cuando hacemos funcionar la memoria.

A través de los órganos de los sentidos recibimos informaciones del mundo exterior de forma permanente. Esta información penetra en nuestro cerebro en áreas especializadas donde permanece varios cientos de milésimas de segundo. Después se envía hacia el hipocampo, hay un hipocampo derecho y uno izquierdo a nivel de las regiones temporales, en la zona interna de los lóbulos temporales.

El hipocampo es la puerta de acceso al circuito de Papez. Desde el hipocampo, la información es enviada a unas pequeñas estructuras denominadas cuerpos mamilares, y luego al tálamo. A continuación, pasan al giro singular, una región localizada en el lóbulo frontal, antes de volver al hipocampo. En el lóbulo frontal se encuentra todo lo que es importante para retener y almacenar de forma correcta la información. El lóbulo frontal dispersa luego las informaciones por el conjunto del cerebro, donde se encuentran los recuerdos.

Tras adquirir la información, tratarla y almacenarla en el conjunto del cerebro, el circuito de Papez sirve también para consolidarla y fijar su recuerdo en el cerebro durante varios años. Sin que nos demos cuenta, cada vez que aprendemos algo, el circuito de Papez determina si esa información ya ha sido adquirida, la reconoce, y consolida lo que habíamos adquirido una semana, un mes, un año, o incluso más tiempo antes.

Ed Bayard

Fortalece tu memoria

Para trabajar la memoria podemos distinguir 2 grandes grupos de ejercicios:

1. Ejercicios de estimulación de la Memoria a Largo Plazo. Este tipo de ejercicios persigue mejorar el acceso a la información ya almacenada en nuestro cerebro. A través de ejercicios de memoria autobiográfica: reminiscencias de hechos propios, familiares y socio-culturales pasados. Dentro de este tipo de ejercicios podemos mencionar:
 - Confección de la auto-biografía
 - Redacciones sobre aspectos importantes o acontecimientos de la vida de uno (juventud, juegos, boda, hijos, amistades, etc...)
 - Rememoración de hechos o acontecimientos históricos por décadas.
 - Rememoración de personajes conocidos, agrupados por oficios o profesiones.
2. Ejercicios para mejorar el proceso de codificación y almacenamiento de la información: dentro de este subgrupo, destacamos:
 - -Aprendizaje e internalización de mnemotécnicas: como la asociación de información nueva con otra ya almacenada. Los ejercicios de caras y nombres son la representación más común de este tipo de estrategias. La agrupación, ayudará también a recordar mejor una lista de items (como la lista de la compra). Otras técnicas o métodos como la visualización o el "método de los lugares", son también ayudas útiles para mejorar la codificación y el almacenamiento de la información.

Atención

Utilizando los diferentes tipos de percepciones sensoriales (sobre todo visuales y auditivas) podemos diseñar ejercicios que ayuden a mejorar esta capacidad, básica en el proceso de memorización.

Todos los ejercicios típicos de revistas, como laberintos, buscar diferencias, localizar elementos concretos dentro de una gran variedad de elementos similares, encontrar errores en fotografías, etc... trabajarán y estimularán esta capacidad a nivel visual.

A nivel auditivo, pueden leerse ciertos párrafos sobre los que después de leerlos se preguntará sobre determinados detalles escuchados. Si además, realizamos estas preguntas tiempo después, trabajaremos además de la atención la memoria a corto y largo plazo.

Otros sentidos, como el tacto y el olfato, pueden estimularse a través de la confección de un conjunto de elementos diferentes, en los que el sujeto describa, con los ojos cerrados, ciertas cualidades del material entregado, así como que aventure hipótesis sobre el objeto que se trata. Nótese como en este tipo de ejercicios, además de trabajar con la atención-percepción sensorial, estimularíamos otras funciones como las gnosias.

Cálculo mental

Esta es una de las funciones que, sin estar alterada, más resiente la pérdida de uso. La estimulación y el mantenimiento de esta función cognitiva suele agrandar a los participantes que, aunque reacios al principio, posteriormente costará que levanten la vista del papel. Hay que mencionar además, lo importante de estos ejercicios en cuanto que, se trabaja la atención mantenida y la memoria de trabajo de forma lúdica y gratificante.

La variedad de ejercicios posibles es muy amplia, desde ejercicios de cálculo aritmético: que repasen las 4 reglas básicas, hasta series en las que hay que localizar secuencias de números que, sumados o restados, dé un resultado determinado.

Aprovechando la reciente introducción del "Euro" en nuestra economía diaria, pueden también realizarse ejercicios de conversión.

Otras funciones

Pueden además incluirse en un programa de este tipo, otras funciones cognitivas que, intercaladas con las mencionadas anteriormente, conformen un Taller coherente en cuanto a Estimulación y Mantenimiento Cognitivo se refiere.

Funciones ejecutivas (ejercicios de deducción lógica, de razonamiento verbal, etc...), ejercicios de conservación de lectura y escritura, ejercicios de preservación del esquema corporal, de las praxias (gestualidad), ejercicios de psicomotricidad, uso música, etc... Teniendo siempre en cuenta el estado mental de los participantes, así como su nivel socio-cultural y educativo, edad, limitaciones sensoriales, etc...

3. Habilidades específicas para cada técnica de psicoestimulación

La importancia de la comunicación no verbal:

El trabajo, tanto de forma grupal como individual, requiere de una serie de herramientas y habilidades que todo profesional debe manejar. A veces se deja de lado el entrenamiento en lenguaje no verbal obviando la importancia de este tipo de señales, máxime cuando nuestro interlocutor está inserto en un proceso de deterioro cognitivo.

Algunas pautas que debemos seguir:

- Aportar mensajes no verbales claros: apoyarse en los gestos necesarios
- Evitar ser percibidos como una amenaza: aproximación frontal
- Contactar cara a cara
- Recurrir a un suave contacto físico
- Ser pacientes y receptivos a las señales no verbales de los pacientes

La técnica de validación

La terapia de validación es una técnica basada en las actitudes de interacción entre el cuidador y el enfermo, que promueve el respeto y la empatía hacia ellos, con el objetivo

de restablecer su dignidad, reducir la ansiedad y prevenir el deterioro. Se basa en un conjunto de técnicas simples de comunicación y en los principios de simplificación de los mensajes, de la combinación de información verbal con la no verbal, de la regulación de las distancias y de las posiciones entre cuidador y enfermo (Arango, Fernández Guinea y Ardila, 2003). En la actualidad no existen pruebas de la eficacia de la terapia de validación aplicada a personas con demencia o deterioro cognitivo (Neal y Briggs, 2006).

Se basa en una actitud de respeto y empatía hacia el paciente y se fundamenta en una serie de principios básicos:

1. Cada persona es única y debe ser tratada como un individuo específico
2. Cada persona tiene un valor propio con independencia del grado de desorientación o demencia. Se debe aceptar a cada paciente sin ningún tipo de prejuicios
3. Se ha de considerar que existe una razón tras cada conducta de las personas dementes o desorientadas.
4. Las conductas que aparecen se asocian normalmente con una vivencia o fase de la vida
5. Cuando falta la memoria reciente las personas tienden a compensar las lagunas a través de los recuerdos tempranos
6. Los sentimientos negativos que sean reconocidos y validados disminuirán su efecto negativo

Algunas técnicas que validación que vamos a revisar aquí son las siguientes:

- **CONCENTRACION.**-Se trata de que el cuidador se libere al máximo de su cólera y frustración a fin de estar más abiertos a la persona que tiene de frente. Cada profesional utiliza sus propias técnicas: relajación , visualización, etc.
- **USAR PALABRAS QUE NO SEAN AMENAZADORAS, QUE SE REFIERAN A HECHOS Y QUE DEN CONFIANZA.** Evitaremos utilizar preguntas porque son una forma de forzar al paciente para que recuerde sentimientos o hechos. Hemos de ser directivos respecto a lo que está ocurriendo y poco a poco vamos corroborando el sentimiento que sospechamos que tiene.
- **PARAFRASEAR O REPETIR.** Se trata de utilizar el mismo mensaje que acaba de dar el paciente, utilizando las mismas palabras, imitando el tono de voz y la cadencia.
- **USAR POLARIDADES** Se trata de preguntar al paciente sobre el extremo más extremo de su queja
- **IMAGINAR LO OPUESTO**
- **REALIZAR REMINISCENCIAS**
- **MANTENER CONTACTO OCULAR DIRECTO Y CERCANO**
- **EMPLEAR LA AMBIGÜEDAD** Ante comentarios o expresiones sin significado podemos hacer preguntas ambiguas que puedan ser válidas para el sujeto
- **USAR TONO DE VOZ AMABLE Y CONSTANTE** Se comprueba que el tono de voz amable es un reductor de estrés
- **OBSERVAR E IMITAR LOS MOVIMIENTOS Y EMOCIONES DE LA PERSONA** ¡Cuidado! Hemos de realizarlo con empatía

Otras habilidades indispensables en el proceso de estimulación

No todo es técnica, se puede tener un programa o método estupendo y fracasar en la intervención. En la creación y puesta en marcha de un "Taller psicoestimulación" para personas mayores se han de tener en cuenta varios aspectos:

- 1 Destinatarios del programa. Esto implica adaptar la dificultad de los ejercicios creados a las variables generales del grupo (edad, cohorte poblacional, limitaciones sensoriales, estado mental, nivel socio-cultural y educativo, etc...).
- 2 Resulta fundamental para la intervención, manejar de forma adecuada el componente motivacional. La estructura de una sesión debe diseñarse para que los

asistentes pasen un rato agradable y reforzante. Los diferentes ejercicios deben de intercalarse según su dificultad y la obtención de logros de los asistentes.

- 3 Recomendamos mandar ejercicios como: "Tareas para casa", que serán corregidas y reforzadas en la siguiente sesión. Estas tareas ayudan a la generalización e internalización de los aprendizajes y destrezas adquiridas en sesión, así como garantiza la "fidelización" del usuario con el programa.
- 4 Aprender y utilizar el nombre de los participantes resultará útil para crear un clima agradable y familiar, además de facilitar las "llamadas al orden" (sin molestar o crear un clima negativo) de participantes en posibles conflictos y disputas.
- 5 La Conducta no verbal del monitor: el contacto físico y visual, cercanía, tono de voz, sonrisa, etc... debe de ser manejado con destreza para poder proporcionar el refuerzo de conductas perseguidas en sesión y extinguir comportamientos no deseados.
- 6 Crear un ambiente de ayuda mutua y compañerismo y no de competición es también fundamental para contar con unos asistentes dispuestos a trabajar.

Miguel Ángel Maroto

Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo

Instituto De Salud Pública

- 7 Conviene que antes de empezar un ejercicio se comente su finalidad. Se trata de explicar no sólo qué se va a hacer, sino también para qué (qué hábito se pretende conseguir, qué función se va a estimular...)
- 8 Al final de cada ejercicio debe hacerse un resumen que condense los resultados obtenidos por el grupo y los objetivos que se pretendían conseguir.
- 9 Conviene que el monitor compruebe cómo se va realizando cada ejercicio por parte del usuario y que los resultados sean expuestos en voz alta facilitando de esta manera la reflexión grupal e individual.
- 10 Los ejercicios deben relacionarse mediante ejemplos con situaciones de la vida diaria. El objetivo es facilitar el cambio real en la vida la aplicación al acontecer diario de cuanto se realice en las sesiones.
- 11 Debe promoverse constantemente que, tomando por base los ejercicios, los participantes reflexionen sobre las estrategias que rigen el funcionamiento de su memoria y los mecanismos cognitivos que utilizan habitualmente.

- 12 No todos los grupos ni las personas son iguales, la realidad del grupo puede exigir modificaciones en las tareas que teníamos preparadas, que un grupo requiera insistir más en unas funciones que en otras...
- 13 Debe evitarse que los usuarios se angustien o frustren, no es necesario que realice todos los ejercicios propuestos, podemos pasar a otro ejercicio que sepa hacer o disminuir el grado de dificultad.
- 14 Hay que minimizar la aparición de fatiga evitando los niveles inapropiados de estimulación (es tan desaconsejable la sobreestimulación o demanda excesiva como la poca estimulación). No es necesario completar todo un ejercicio, puede hacer solo una parte. Es muy importante adaptarse al ritmo individual para la realización de cada uno, no hay prisa.
- 15 Usar la regla de poco y frecuente. Es recomendable para la instauración de rutinas.
- 16 Se procurará la facilitación de un entorno sosegado, tranquilo para la realización de los ejercicios. Es importante que se evite aquello que pueda distraer su atención o dificultar su concentración. Mantener además una iluminación y temperatura agradables.

Recomendaciones con respecto al manejo del grupo

El grupo de tratamiento es un grupo organizado y muy centrado en la tarea. Este hecho facilita su manejo y hace difícil que se presenten fenómenos que lo lleven a una dinámica conflictiva. No obstante, para evitar dinámicas negativas y aprovechar las grandes posibilidades que ofrece el trabajo en grupo, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. El ambiente general que es necesario favorecer desde el inicio del grupo se basa en estas premisas: trabajo, relación y clima distendido-entretenido.
2. La actitud del monitor (empatía y a la vez distanciamiento profesional, comprensión, diálogo, flexibilidad, visión optimista y a la vez realismo) es fundamental para la marcha del grupo.
3. Como elementos centrales que deben estar presentes en todo lo que sean relaciones en el grupo se encuentran la mejora de la autoestima y la relación social de los participantes.
4. **Conviene evitar:**
 - La competencia entre los participantes

- La crítica negativa cuando no se ha realizado bien un ejercicio
- La imposición de opiniones
- El excesivo protagonismo de algunos usuarios
- La pasividad y la exclusión (por parte de los compañeros o de uno mismo) de algún participante
- La invasión de las sesiones por los problemas personales de los participantes
- Los mensajes negativos respecto a la edad: menores rendimientos, aislamiento, enfermedad...

5. Conviene favorecer:

- La expresión de opiniones, ideas, sugerencias...
- La manifestación de los problemas de la vida diaria en lo que se refiere a la memoria y su modo de resolverlos.
- La relación entre los participantes (cambio de lugar de asiento de unas sesiones a otras, que todos conozcan los nombres de todos...).
- La participación de todos, de manera que en cada sesión hayan intervenido en voz alta todos los usuarios.
- Los mensajes positivos respecto a la edad: capacidades a estimular, actividades que se pueden desarrollar...

6. Conviene estar atento a:

- Los sentimientos negativos de los usuarios (pesimismo, hipocondría, baja autoestima) respecto a sus propias capacidades y logros.
- La expresión afectiva de problemas y contenidos ajenos al taller, de modo que se permita tal expresión, pero sin que llegue a estorbar la realización de las tareas.
- Las impresiones y sentimientos que el monitor despierta en los participantes.
- Las impresiones y sentimientos que los participantes o alguno de ellos despiertan en el monitor.

MÓDULO 3: ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE ACTIVACIÓN

ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE ACTIVACION

La evaluación para la detección de necesidades individuales

El **diagnóstico** de demencia, hoy en día y en la mayoría de los países, se hace siguiendo las recomendaciones propuestas por Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) y por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) -recogido en el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV, 1994) - y son los siguientes:

Según la CIE-10 en la demencia se encuentran estos síntomas (que pueden evaluarse objetivamente con pruebas específicas en muchos casos siempre que sea necesario):

1. Deterioro de memoria
 - Alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
 - Pérdida de contenidos mnésicos, o memorizados, relativos a la familia o al pasado.
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento
 - La demencia es más, y más profunda y anómala, que una dismnesia o alteración patológica de la memoria.
 - Existe reducción en el flujo de ideas
 - Existe deterioro en el proceso de almacenar información
 - Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez
 - Dificultad para cambiar el foco de atención
3. Interferencia en la actividad cotidiana
4. Existe una conciencia clara inicialmente, pero hay la posibilidad de superposición delirio/demencia.

Según la DSM-IV para diagnosticar demencia tiene que existir:

1. Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo.
2. Al menos uno de los siguientes síntomas:
 - a) Deterioro del pensamiento abstracto.
 - b) Deterioro de la capacidad del juicio.

- c) Otros trastornos de las funciones corticales posteriores, como afasia, apraxia, agnosia y "dificultades constructivas".
 - d) Modificaciones en la personalidad.
3. La alteración en a) y b) debe interferir de forma significativa en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.
 4. Debe estar presente de manera continuada y no aparecer exclusivamente durante el curso de un "delirium"
 5. Tiene que existir una de estas dos razones para la demencia:
 - o bien una causa demostrable específica que se estima bien relacionada con esta alteración clínica
 - o bien, en ausencia de tal evidencia, puede presuponerse que existe demencia cuando no exista ningún tipo de trastorno mental a la que pueda achacarse la patología que se observa (diagnóstico de exclusión) (este es el caso típico de las demencias neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer).

Para realizar el diagnóstico de demencia según la CIE-10 o la DSM-IV, es necesario:

- Que los síntomas estén presentes y/o progresen al menos durante seis meses.
- Que se afecte más de una función cognoscitiva.
- Que haya una causa de demencia.

La historia clínica y la evaluación neuropsicológica son dos componentes esenciales para el diagnóstico de la demencia. Además de ello se realizarán todos los exámenes neurológicos y las pruebas de laboratorio indicadas para poner de manifiesto todas las posibles causas de demencia.

Por la historia clínica se recoge información sobre la vida sanitaria, cultural y social del paciente, los antecedentes familiares sobre enfermedades relacionadas con la demencia, las funciones cognoscitivas que se han visto afectadas, en qué orden y como es la forma y el tiempo de evolución, los trastornos conductuales y los cambios de personalidad, la capacidad del individuo para realizar sus actividades de la vida diaria y mantener las relaciones sociales y laborales, la confirmación, por parte del informador próximo a su

entorno cotidiano, de los problemas que describe el paciente, y es interesante incluir también la valoración que el propio sujeto hace de su enfermedad y de su repercusión en la vida diaria. La entrevista diagnóstica se completa con el examen neurológico y neuropsicológico, encaminado a detectar alteraciones focales (tumoraciones, hematomas, etc.) o signos de afectación bilateral (atrofias, etc) que señalen una causa secundaria de demencia o indiquen el origen primario del deterioro del cerebro (p.e., degeneración). Todo esto acompañado con unos análisis rutinarios como un hemograma, bioquímica sérica, análisis de orina, hormonas tiroideas T3 y T4, vitaminas B12 y ácido fólico, serología luética, radiografía de tórax, electrocardiograma, electroencefalograma y la tomografía axial computerizada cerebral y otras pruebas optativas como el proteínograma, análisis del líquido cefalorraquídeo, VIH, electromiografía, arteriografía, resonancia magnética, cardiografía-electroencefalograma, potenciales evocados, tomografía por emisión de fotón único, etc.

La evaluación neuropsicológica aporta un estudio cualitativo y funcional del deterioro intelectual. Se suelen aplicar una serie de pruebas recogiendo respuestas a pruebas diseñadas específicamente (estandarizadas y adaptadas a nuestro idioma y entorno sociocultural y al nivel cultural del paciente).

El examen cognoscitivo del paciente, el registro de las manifestaciones mostradas por el sujeto durante la entrevistas, la exploración neurológica, los datos de los fármacos que toma el paciente, las pruebas complementarias y la entrevista psiquiátrica estructurada a un familiar o cuidador, nos lleva a detectar de forma global el deterioro cognoscitivo y el grado de evolución del trastorno.

Algunas de las pruebas complementarias son estudios neuropsicológicos específicos de la persona para valorar la orientación, la memoria, el cálculo, el lenguaje, las praxias, la abstracción y la conceptualización, las funciones ejecutivas y sobre todo la influencia de sus posibles alteraciones en las actividades de la vida diaria.

Todas estas pruebas permiten realizar el diagnóstico de demencia y sospechar la causa etiológica de la misma.

Pruebas estandarizadas de valoración cognitiva	
General	MMSE, CAMCOG, BARCELONA
Atención /concentración	Meses año al revés Series de dígitos
Memoria: Anterógrada	Recuerdo de un nombre y dirección después de 5 minutos Recordar una conversación reciente... Recordar una historia o listado de palabras Acontecimientos públicos
Retrógrada	Memoria personal remota
Función ejecutiva frontal	Fluidez verbal: F, A, S, animales Abstracción: interpretación de refranes Similitudes: en qué se parecen... Inhibición de respuestas y flexibilidad mental: secuencias alternativas, prueba de sí o no, secuencia motora de Luria, movimientos alternantes de manos
Lenguaje	Habla espontánea: conversación, descripción de una fotografía Denominación: de 10 objetos más o menos conocidos Comprensión: palabras aisladas, señalar objetos, órdenes de acciones, conceptos, repetición lectura, escritura
Cálculo	Lectura y escritura de números al dictado, capacidad aritmética oral y escrita
Praxis	Por orden y por imitación de acciones
Negligencia	Test del reloj, copia de dibujos, tareas de búsqueda visual

- La importancia del equipo multidisciplinar
- la programación de actividades
- el cronograma
- la evaluación: valoración post- intervención

La programación de actividades

Es frecuente encontrar en los centros de día y en las residencias grupos de trabajo formados por personas que sufren diferentes tipos de demencia (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, frontal, etc.), lo que dificulta llevar a cabo los programas de estimulación. Por ello, deberíamos controlar distintas técnicas de estimulación que han demostrado ser más eficaces con uno u otro tipo de demencia. Así, unos mismos objetivos generales de un taller de grupo pueden alcanzarse con diferentes estrategias de estimulación, adaptadas a las discapacidades y al tipo de demencia que padece cada uno de los pacientes que forma el grupo de trabajo y que, por otra parte, se han constatado en la valoración neuropsicológica previa.

Por ejemplo, las técnicas de facilitación fonológica en un enfermo con una demencia subcortical serán eficaces para evocar una información aprendida, pero insuficientes para un paciente con enfermedad de Alzheimer. Para este último, intentaríamos recuperar la información utilizando técnicas de facilitación multimodales (fonológica, semántica, rítmica, táctil, etc.) Además, pueden surgir estrategias de estimulación muy particulares para un individuo a las cuales hay que estar atento para incorporarlas a nuestras técnicas, ya que las generadas por los propios pacientes son las más eficaces, sobre todo si se emplean las mismas a la hora de aprendizaje/estimulación y de la recuperación de la información.

Vamos a ver ahora unas líneas generales en torno a la metodología común que se aconseja utilizar para todo programa de estimulación psicocognoscitiva en los síndromes demenciales.

Paso 1: Recogida de información

Durante muchos años se consideró a la enfermedad de Alzheimer únicamente desde el punto de vista de los cuidados físicos. Era (y sigue siendo, a menudo) un enfermo que necesita ayuda para las actividades básicas diarias (comer, lavarse, ir al aseo), prevención de las llagas, tratamiento de su estreñimiento, sedantes para calmar la agitación o hipnóticos para facilitar el sueño.

Es muy fácil para un cuidador profesional concentrarse sobre la enfermedad y los problemas que conlleva y olvidarse de la persona que sufre la enfermedad. Es necesario tener una visión diferente basada en el principio fundamental siguiente (BELL, 1997):

“Primero la persona, luego la enfermedad”

Esta regla se justifica por los motivos siguientes:

- El enfermo, aunque demente, es un ser humano como nosotros.
- El enfermo tiene su personalidad creada a lo largo de su vida y hay que respetarle.
- El enfermo tiene una larga historia con sus fases aprovechables y los problemas habituales de la vida.
- El enfermo es único y no se puede comparar con otro.
- El enfermo tiene su individualidad, su dignidad y sus derechos que deben respetarse.

Cuando se sabe mucho de la vida de una persona se cuida mejor de ella. Así que la calidad de los cuidados y de la relación entre el cuidador y el enfermo está estrechamente vinculada al conocimiento de la persona que cuidamos.

Tomaremos algunos ejemplos:

- ¿Hablaremos de fútbol a un enfermo al cual le gusta solamente los toros?
- ¿Pondremos música clásica cuando al enfermo sólo le gusta las canciones de la juventud?
- ¿Evocaremos los mismos temas con un ama de casa y con un contable?
- ¿Propondremos actividades o manualidades que no gusten al enfermo?

La persona que más conoce al enfermo es el cuidador principal y él sabe todo lo que ha ocurrido a su familiar y cuál fue su estilo de vida.

Pero ¿qué pasa cuando aparece un cuidador profesional o cuando el enfermo ingresa en una residencia o en un centro de día? El primer paso es conocer a la persona que cuidamos.

¿Por qué es necesario conocerla?

El desconocimiento de la personalidad del enfermo puede inducir a equivocaciones. Podemos:

- mal interpretar sus palabras y acciones;
- ofenderla;
- irritarla, asustarla, amenazarla con nuestra actitud cuando en realidad queremos ayudarla.

¿Qué necesitamos saber de ella?

Por cierto sabemos su nombre, su edad, donde vivía, etc. Pero necesitamos saber más: es decir, las cosas importantes de su vida y qué tipo de persona era antes de ser demente.

¿Cuál era su personalidad?

- ¿Tímida, o le gustaba el liderazgo?
- ¿Tranquila, o fácilmente irritable?
- ¿Tiene cierta tendencia a la ansiedad?
- ¿Es una persona que entabla rápidamente amistad con los otros o, por el contrario, es solitaria?

¿Cuáles son las cosas que le gustan?

- ¿Era activa, practicaba algún deporte o largas caminatas?
- ¿Tenía algún animal: un perro, un gato?
- ¿Qué actividades de ocio tenía?
- ¿Le gustaba leer (el periódico, novelas, etc...), ir al cine, oír música?

¿Qué ocupaciones tenía?

- ¿Era ama de casa o trabajaba fuera?

- ¿Tenía hijos, nietos?
- ¿Se ocupaba de ellos a menudo?
- Para los hombres es importante saber cuál era su profesión y en qué consistía su trabajo.

¿Cuáles eran sus valores y sus creencias (religiosas, políticas)?

¿Qué grado de educación tiene?

¿Cómo vive en casa?

- ¿A qué hora se levanta y a qué hora va a acostarse?
- ¿Ve la televisión o escucha la radio?
- ¿Cómo pasa el día?
- ¿Qué tipo de tareas u ocupaciones es capaz de realizar?

De hecho, a las amas de casa les gustará seguir ayudando a los cuidadores a realizar las tareas domésticas (poner la mesa, lavar, limpiar, etc.).

¿Cómo podemos enterarnos de su vida?

Existen distintas fuentes de información:

La primera es el enfermo mismo. A veces, nos quedamos sorprendidos por todo lo que cuenta el enfermo (con la condición de preguntarle y de escucharle). Cuenta hechos de su juventud, los acontecimientos importantes de su vida – boda, bautismo de sus hijos, donde hizo la mili – y de su profesión.

Hay que recordar que la memoria de los hechos pasados es intacta al iniciar la enfermedad y sigue vigente mucho tiempo a lo largo de la evolución.

Por una parte es satisfactorio para el enfermo recordar su pasado y le restituye parte de su identidad. Por otra parte, permite al terapeuta que se entere de quién era el enfermo antes del inicio de la enfermedad.

Pero hay que seguir ciertas reglas:

1. Dedicar tiempo y estar a la escucha. No es un interrogatorio que finaliza a cabo de 15 minutos.

2. Dejar tiempo al enfermo de contestar a sus preguntas antes de plantear otra. El afectado tiene dificultades de concentración y de atención. A veces, tiene también problemas para expresarse.
3. Repetir su pregunta si se da cuenta que el enfermo no la entiende.
4. El enfermo se cansa rápidamente. Hay que prever varias “sesiones” de preguntas.
5. Aprovechar los momentos íntimos: durante el aseo por ejemplo, y cuando hay contacto físico.
6. Orientar sus preguntas según el tema que guste al enfermo. Aprovechar la presencia de un miembro de la familia como punto de partida de sus preguntas.

La segunda es el cuidador principal, la familia y los amigos que vienen a visitar al enfermo. El cuidador principal puede hablar de su familiar, de su forma de ser antes de la enfermedad y de su estilo de vida. Se podrá contrastar las informaciones recogidas del enfermo – a veces falsas – con la realidad.

Pida al cuidador principal que le lleve el álbum de fotos de la familia, videos si existen. Evoque con él los grados de parentesco y los acontecimientos más importantes de la vida de su familiar.

Paso 2: Planteamiento de Objetivos

Los objetivos expresan nuestras metas, aquello que pretendemos conseguir en un sector o un entorno determinado. Indican procesos y pueden valorarse como:

- Reales
- Alcanzables
- Evaluables
- Motivadores
- Participativos
- Coherentes

Existen diferentes tipos de objetivos:

- **Generales:** son los primeros que hay que plantearse y deben ser muy pocos.
 - Son nuestras metas a largo plazo.
 - Dos o tres se consideran un número adecuado.
 - Describen los procesos globales y se formulan en términos abstractos.

- Se necesita más tiempo para su consecución.
- No se evalúan directamente, debe hacerse a través de los específicos.
- Específicos: concretan a los generales y conducen a su consecución.
 - Son submetas que nos permiten concretar el objetivo general
 - Se plantean a medio plazo.
 - Corresponden a un área en concreto.
 - Concretan la acción a desarrollar.
 - Son evaluables.
 - Tiene que haber, al menos, dos objetivos específicos por cada general ya que deben concretar todos los aspectos del objetivo general correspondiente.

Pistas sobre la redacción de objetivos

Los objetivos indican procesos que expresamos redactándolos con un solo verbo, en infinitivo, al inicio del párrafo.

Algunos verbos y sinónimos que podemos utilizar en la redacción de los objetivos:

Verbos que hacen referencia a Acciones Generales	Verbos que hacen referencia a Acciones Concretas
Acercar: aproximar	Aprender
Conocer: saber, comprender	Aprovechar: utilizar, disfrutar
Desarrollar	Asistir: presenciar, acudir
Enseñar: educar, instruir	Colaborar: cooperar, participar
Facilitar: posibilitar, disponer	Crear: establecer, hacer, producir
Favorecer: ayudar, proteger	Dar: ceder, entregar
Fomentar: promover, impulsar	Elaborar: producir, preparar
Ofrecer: proponer, proporcionar	Hacer: crear, efectuar, elaborar
Potenciar: capacitar, posibilitar	Informar: anunciar, comunicar
Proporcionar: facilitar, proveer	Llevar a cabo: ejecutar
Proyectar: planificar	Participar
Sensibilizar: concienciar	Practicar: ejercer, usar, emplear
	Preparar: organizar, proyectar
	Realizar: ejecutar, efectuar
	Transmitir: comunicar, difundir
	Usar: emplear, manejar, utilizar, disfrutar

--

Utilizar: emplear, aprovechar, usar Visitar
--

Recuerda que:

Cuánto más concretos sean los objetivos, más fácil resultará establecer la relación entre éstos y las actividades.

Es fundamental redactar adecuadamente los objetivos, ya que de otra forma no sería posible medir el grado de consecución de los mismos.

Según los objetivos, es decir, lo que queremos conseguir, planificaremos el resto del proyecto: metodología, actividades, recursos necesarios...

Teniendo presente las capacidad afectada y las preservadas obtenidas en la evaluación inicial de los pacientes concretaremos los objetivos generales de un programa de estimulación cognitiva (ver módulo 4), así como los objetivos específicos secundarios.

Paso 3: Establecimiento de la Metodología

Para el desarrollo de estos programas nos basaremos en una metodología de trabajo en el que primen los siguientes principios:

- **Secuencialidad:** debería seguir un determinado orden que dé significado al trabajo
- **Funcionalidad:** todo aquello que se proponga (objetivos, actividades) debería ser práctico, útil, representativo y funcional
- **Globalización:** debería hacer referencia a la unidad del sujeto y al tratamiento a seguir
- **Activismo:** sería fundamental la participación activad de los pacientes en todo momento
- **Socialización:** se debería fomentar la integración social del individuo en el ámbito de grupo y social, haciendo hincapié en las actividades de grupo

A continuación se especifican los factores comunes de la metodología que consideramos más adecuados para llevar a cabo cualquier programa de estimulación cognitiva.

- a) Creación de grupos de pacientes que posean, dentro de lo posible, una relativa homogeneidad de las capacidades preservadas y deterioradas, tanto en el ámbito cognoscitivo como en el comportamental. La distribución de los grupos se realiza según las puntuaciones extraídas en las evaluaciones previas.
- b) Si es posible, mantenimiento de dos terapeutas para un mismo taller. Es necesario que sean como mínimo dos, ya que si existe una crisis de cualquier tipo en un paciente la podrá confrontar uno de los terapeutas, y así el otro puede continuar la dinámica del taller. Los terapeutas deberán estar frente a la luz, en una posición que les permita ser accesibles al material y a cada uno de los pacientes.
- c) Conservar la misma sala para la práctica de las psicoestimulaciones y ofrecer a los pacientes puntos de referencia que les permitan orientarse de forma progresiva.
- d) Respetar y mantener la disposición elegida por cada uno de los pacientes para la realización del taller. Deberían respetarse las amistades o empatías que puedan existir entre los pacientes. Además, el lugar que ocupen en la sala ha de ser confortable. Por ejemplo, si el paciente padece hipoacusia debemos procurar que se siente cerca de la fuente sonora, o se le molesta mucho la luz directa situarle de espalda a ella. Tratar que la disposición sea un semicírculo o una U para potenciar la socialización y para facilitar a los terapeutas el control de la sesión del taller.
- e) Mantener los mismos horarios para cada uno de los talleres a lo largo de la semana, reforzando así los puntos de orientación que se van dando a lo largo del período de estimulación.
- f) Iniciar y finalizar cada taller con un acto verbal o motor que lo identifique, uno para la apertura y otro para el cierre. Dichos actos o señales deben ser muy significativos y estar muy relacionados con el taller programado. Por ejemplo, un simple saludo para iniciar una sesión de psicomotricidad no sería pertinente ni significativo, ya que podría identificarse con la apertura de cualquier sesión de otro taller.

Todos estos factores comunes que consisten, esencialmente, en mantenerlos fijos durante la realización de los programas de psicoestimulación, tienen como fin proporcionar a los pacientes algunos puntos de orientación y de guía que les permitan una seguridad física y afectiva, inhibiendo o disminuyendo conductas de agitación, irritabilidad, agresividad, deambulación, etc. No obstante, ello no significa que exista un control extremos donde no quepa lugar para las acciones espontáneas o deseos de los

pacientes. El respeto y la defensa de la dignidad humana están antes que todo programa de trabajo.

Por otro lado, también sería recomendable que el grupo de trabajo con pacientes que sufren una demencia no fuese superior a ocho o diez enfermos. Además, la duración de las sesiones no debería exceder de 30 a 40 minutos.

Por último, siempre que sea posible, es preferible utilizar material concreto y personal del enfermo, es decir, en vez de un zapato de cartón con los cordones es más eficaz utilizar el propio calzado del paciente.

Paso 4: Evaluación

Para la evaluación y seguimiento de cada programa podemos aconsejar la utilización de unas fichas que recogen los objetivos trabajados durante la semana, mes o trimestre. Esa evaluación la deberían realizar los propios terapeutas del taller correspondiente. Cada ficha utilizará un mismo baremo de evaluación para cada uno de los pacientes.

1= si el objetivo operativo lo lleva a cabo el paciente sin ayuda

2= si necesita ayuda o lo hace parcialmente

3= si el objetivo operativo no lo lleva a cabo cada paciente ni tan siquiera con ayuda

Fuera del contexto de estas evaluaciones de los programas, realizadas por los terapeutas, es necesario practicar otros exámenes. Nos referimos a la evaluación neuropsicológica previa a la puesta en marcha del programa de psicoestimulación que ya hemos presentado anteriormente. Sería recomendable que siempre se realizase un neuropsicólogo para obtener la línea basal del estado cognoscitivo y comportamental del enfermo antes del inicio de cualquier acto terapéutico.

Además si administramos el NPI de Cummings y la Escala de las Actividades Instrumentales Cotidianas de Lawton, antes, durante y después de los talleres, podemos observar la repercusión que las estimulaciones pueden tener sobre la conducta de los pacientes en su contexto habitual. Con ellos el cuidador principal se convierte en coevaluador, observando las conductas de los enfermos fuera del contexto del taller.

De esta manera, tendremos una evaluación neuropsicológica psicométrica, realizada por el neuropsicólogo, otra más ecológica, practicada con la ayuda del cuidador principal, y otra por parte de los terapeutas. Estas evaluaciones nos facilitarán los datos esenciales para comprobar si las estimulaciones están siendo eficaces, cruzando los resultados obtenidos.

Eva Arroyo-Anlló

Estimulación psicocognoscitiva en las demencias

Ed Prous Science

MÓDULO 4: LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA PRÁCTICA

Introducción

Las críticas realizadas sobre la Terapia de Orientación a la Realidad y la Terapia de Reminiscencia se centran en que han sido aplicadas de forma genérica, asumiendo que los pacientes sufrían alteraciones cognitivas similares y que, consecuentemente, podían beneficiarse de programas generales de rehabilitación. Aunque esta crítica está bien fundamentada, es importante analizar estas intervenciones en el contexto en el que surgieron y fueron aplicadas: residencias de ancianos u hospitales psicogerítricos en los que los niveles de estímulo posiblemente fueran pobres, en pacientes en estadios moderados-severos de evolución y con estados de confusión superpuestos.

Conforme se ha ido avanzando en el conocimiento de la enfermedad y en el diagnóstico precoz, las terapias no farmacológicas salen fuera del ámbito puramente residencial y aparece la necesidad de su aplicación a pacientes que viven en la comunidad, generalmente con un menor grado de deterioro y con otras necesidades de cuidados. De ahí, la aparición de programas más específicos de estimulación que combinan actividades de grupo con otras más individualizadas diseñadas en función de los déficit que presente el enfermo.

Estos programas se vienen aplicando fundamentalmente en los centros de día psicogerítricos y en los centros residenciales, pero se están comenzando a utilizar de forma ambulatoria.

Un ejemplo es el programa desarrollado por Tárraga al que denomina Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Parte de una visión globalizadora y ecológica de la persona con demencia y se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta. El modelo teórico en el que se asienta es el propuesto por Reisberg y col, por el cual la persona con enfermedad de Alzheimer sigue un patrón involutivo inverso a la formación de la inteligencia descrita por Piaget y que se ha calificado como “retrogénesis”. Las personas que participan en este programa acuden durante cinco días a la semana, ocho horas al día, y participan en los siguientes talleres: psicoestimulación cognitiva donde se trabaja la orientación, atención-concentración, memoria, lenguaje, cálculo, praxias y gnosias; taller de reminiscencia; taller de cinesiterapia, psicoexpresión y musicoterapia; taller ocupacional y taller de mantenimiento de las actividades de la vida diaria.

Los resultados obtenidos por este programa en un estudio observacional de un año de duración sobre 121 pacientes que acudían al centro de día, muestran que los pacientes mejoraban sus puntuaciones en el Mini Mental State (MMSE) a los dos meses de iniciada la intervención, manteniendo estas puntuaciones hasta el sexto mes en que empiezan a declinar. Al año, la media de puntuación en el MMSE todavía se mantenía discretamente por encima de la basal.

Se están desarrollando nuevas técnicas de entrenamiento cognitivo mediante programas interactivos con ordenadores. Los primeros en desarrollar este modelo fueron Hoffman y col, quienes diseñaron un programa interactivo para personas con enfermedad de Alzheimer en estadios leve o moderado con el objetivo de ayudar al paciente a manejar y controlar el entorno en el que vive. Utilizan fotografías del paciente y su entorno y se simula en el ordenador una tarea cotidiana que tenga relevancia para el enfermo. El ordenador informa de los éxitos o fracasos y da pautas para ejecutar la tarea cuando se solicita. Los resultados de este programa muestran que los enfermos actúan cada vez con mayor rapidez y necesitan menos ayudas para completar una determinada tarea.

En España, Franco y col han desarrollado el programa Grador, un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores en personas que presentan déficit o deterioro cognitivo. El programa permite diseñar diferentes pruebas que trabajan la atención, la percepción, la memoria, el cálculo y la orientación, y el usuario interactúa con una pantalla táctil y sigue una serie de instrucciones visuales y/o sonoras hasta completar cada una de las tareas cognitivas propuestas.

Otro modelo de intervención, propuesto por Ortiz, es el programa de teleterapia cognitiva que consiste en una serie de ejercicios cognitivos y otros que el paciente sigue desde su casa a través de la televisión y con un teclado, guiado desde una unidad central por un profesional que lo adapta a su nivel de deterioro. No se han publicado resultados sobre la eficacia de esta intervención en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Talleres de psicoestimulación cognitiva

- Talleres de memoria, expresión oral y reconocimiento.

- Talleres de psicoexpresión con musicoterapia, ritmo y coordinación.
- Juegos de activación física y esquema corporal.
- Talleres ocupacionales para mantener las habilidades conservadas y la integración social.

Programa del Taller de memoria

Objetivos generales

- Fomentar y mantener las capacidades de atención.
- Desarrollar la memoria declarativa tanto de los conocimientos semánticos como de los episódicos.

Objetivos específicos

- Aprender y/o mantener información útil para su vida diaria (nombre el terapeuta, lugar de las terapias, etc.).
- Fomentar la orientación espaciotemporal.
- Evocar acontecimientos históricos.
- Afianzar conocimientos semánticos de forma multimodal.

Metodología

A continuación especificamos la metodología general, que se ha expuesto anteriormente, para cada una de las sesiones de este taller de memoria.

- Actividad inicial. La apertura del taller se realiza a través de la presentación de cada uno de los pacientes del grupo (decir su nombre). A medida que se va presentando cada uno, se colocará en la ropa la etiqueta correspondiente a su nombre de forma que quede visible para todo el grupo.
- Actividad central. Dicha actividad variará todos los días, teniendo en cuenta la programación semanal y los intereses de los pacientes, junto a los resultados obtenidos el día anterior.
- Actividad final. Cada uno de los sujetos dirá de nuevo su nombre a todo el grupo y se quitará su ficha para ponerla en una caja.

Material

Se muestra a continuación una lista de material genérico que se puede utilizar o incluso elaborar para llevar a cabo el programa de estimulación de la capacidades mnésicas.

- Fotografías de materiales y personajes conocidos (actuales y pasados), monumentos, etc
- Fotografías o dibujos de lugares relevantes para ellos
- Vídeos
- Juegos con fichas de animales, frutas, etc
- Calendarios grandes (visibles en la sala)
- Objetos/seres vivos que pueden traer de su domicilio u objetos/seres vivos en imagen
- Relojes
- Geopuzzle de España
- Billetes
- Fichas con sus iniciales
- Secuencias temporales de plantar un árbol, vestir a alguien, estaciones del año, construir una casa, etc
- Fichas de colores
- Juegos de asociaciones: cara/nombre, cara/profesión, color/objeto, etc.

Actividades tipo del taller de memoria

Después de la actividad clave de inicio e identificación del taller de memoria, siempre se trabajará el recuerdo de la fecha y lugar actual.

Las siguientes actividades recopiladas son ejemplos de cómo llevar a la práctica las sesiones diarias para trabajar los objetivos propuestos anteriormente con las técnicas ya explicadas. Hay que resaltar que tanto la actividad como los materiales no deben ser infantiles y, por lo tanto, no se ha de tratar a los pacientes como a niños. Recordemos siempre que son personas adultas con una enfermedad.

Entre dichas actividades podemos destacar las siguientes:

1. Pedir al sujeto que nos hable de su identidad, es decir, que nos dé sus datos personales. Se puede hacer en el formato habitual, pidiéndole (ya sea oralmente o por escrito) tales datos, o en otros más lúdicos, como el juego “¿Quién es quién?”, en el que hay que adivinar mediante pistas de quién se está hablando.

2. Rellenar impresos con sus datos personales (giros postales, cartas, certificados, etc.).
3. Crear un carnet de un personaje real (un compañero del grupo) o ficticio (Cantinflas).
4. Realizar actividades de orientación temporal:
 - Tachar en un calendario el día actual
 - Señalar la época del año
 - Decir la hora y parte del día
 - Juego
5. Realizar actividades de orientación espacial:
 - Aprender de forma ecológica y procedimental las salas donde se llevan a cabo los talleres de psicoestimulación.
 - Señalar/decir en un mapa la ciudad, región y país (además, dichas actividades están relacionadas con los objetivos 1 y 2 del taller de memoria).
6. Preguntarles mediante material visual (por ejemplo fotos familiares, de personajes conocidos, etc.) acerca de quiénes son los que están en la foto, cómo están vestidos, dónde está hecha la foto, en qué ocasión, época, etc. Relacionar cara y nombre, cara y profesión, etc.
7. Elaborar un archivo histórico.
8. Evocar, a partir de una palabra, una historia o secuencia de hechos (por ejemplo boda, nacimiento de hijos...).
9. Evocar acontecimientos históricos mediante personajes relevantes de la historia (por ejemplo Jesucristo).
10. Denominar objetos reales, simbólicos y representados en fotos y dibujos.
11. Juego de asociación de ideas.
12. Juego de semejanza: ¿en qué se parecen una manzana y una pera?
13. Juego de las diferencias: ¿en qué se distinguen un perro y un león?
14. Juego del supermercado, que consiste en enumerar diferentes productos que se pueden encontrar en un supermercado, trabajando las categorías semánticas (otros juegos de categorización, como juego del zoo, cocina, baño, etc).
15. Aprender algo sencillo que pueda decir o hacer en su propio domicilio (sería conveniente advertir al cuidador principal).

Evaluación

La evaluación de los objetivos especificados con anterioridad se realizará semanalmente, y la evaluación trimestral recogerá la media de las evaluaciones semanales realizadas durante ese trimestre.

En los cuadros 1 y 2 se presentan unas fichas tipo que podrían servir de guía para efectuar el seguimiento continuo de este programa de psicoestimulación de las capacidades de memoria.

Cuadro 1. Ficha de evaluación de los objetivos generales del taller de memoria.

Enfermos															
Fecha:															
Mantiene la atención															
Se encuentra orientado temporalmente															
Evoca acontecimientos sociales															
Presenta conocimientos semánticos adecuados															
Aprende nueva información															
Generaliza nueva información															

1.- Lo realiza solo; 2.- Lo realiza con ayuda; 3.- No lo realiza

Cuadro 2. Ficha de evaluación de los objetivos de un trimestre del taller de memoria.

Enfermos															
Fecha:															
Mantiene la atención															
Se encuentra orientado temporalmente															
Evoca acontecimientos sociales															
Presenta conocimientos semánticos adecuados															
Aprende nueva información															
Generaliza nueva															

Eva Arroyo-Anlló

Estimulación psicocognoscitiva en las demencias

Ed Prous Science

La música: cómo utilizarla

Las actividades que incluyen la música (cantar, tocar un instrumento, bailar al compás) tienen tres ventajas:

- Es fácil que se desarrollen con éxito porque las personas enfermas aprecian las canciones de su época, incluso mucho tiempo después de que el significado de otras actividades haya desaparecido.
- No conllevan peligro.
- Se pueden desarrollar individualmente o bien se pueden integrar en un grupo.

¿Cuáles son los objetivos de las actividades que incluyen la música?

- Dan una oportunidad única al enfermo de expresar los sentimientos a través de los ritmos o movimientos: la alegría, la tristeza, la irritación.
- Estimulan la vocalización (es decir, la utilización de la voz), la comunicación por medio de canciones familiares y la participación social con un grupo de cantantes y músicos.
- Estimulan los movimientos y el ejercicio físico: dar palmas al compás, llevar el ritmo de la canción con el pie.
- Estimulan la memoria (el recuerdo de cosas pasadas) recordando las canciones familiares y los miembros de la familia con las que el enfermo las cantaba.
- Aumentan la autoestima al ver que uno es todavía capaz de cantar, de tocar un instrumento o de integrarse en un grupo social. Es decir, facilitan la relajación a la vez que crean actividades agradables.

¿Qué música elegir?

Recuerda que las personas que padecen Alzheimer tienen, en general, más de 65 años. La música que les gusta es, salvo excepciones, la música de la época de su juventud. Es también la que les traerá más recuerdos. Se puede consultar a la familia que son los que

más conocen lo que le gusta a su familiar porque los gustos, en materia musical, pueden ser muy variados: la música popular, folclórica, el jazz, la música clásica o religiosa. Intente averiguar también cuáles son sus canciones preferidas o las que escuchaba cuando tenía 20 años. Como norma general, no se debe imponer una música que no se corresponda con los gustos de la persona enferma y en no elegir música clásica para alguien que sólo ha escuchado música popular.

¿Cómo proceder?

Hay varias maneras de utilizar la música: como música ambiental, cantar, llevar el ritmo, tocar un instrumento, bailar o moverse al compás de la música.

- Música ambiental (tipo hilo musical). Se puede utilizar la radio (hay emisoras que emiten música constantemente), las cintas, los discos, etc. Para más comodidad, utilice un aparato portátil. Escoja la música en función de las estaciones y las fiestas (por ejemplo, la Navidad), lo que le permitirá situarse en el tiempo. Escoja la música según su estado físico para que pueda seguir los movimientos.
- Estimular al paciente para que cante Hacer una lista de las canciones que puedan responder a las siguientes características:
 - Recuerdo de los sucesos y la gente de su juventud.
 - Recuerdo de ciertos lugares geográficos (por ejemplo: “Valencia”, “Granada”, etc.).
 - Recuerdo del tiempo y del espacio.
 - Intente conocer cuál es su canción favorita.

De manera general:

- Empezar a canturrear un tema conocido.
- Pídale que cante con Vd.
- Retomar la canción juntos.
- Si están en grupo (y tres personas pueden formar un grupo vocal interesante), colóquelo en el medio del mismo (en círculo o en grupo).
- Para facilitar su integración y su participación:
- Mírole a la cara, a los ojos, tómele la mano y empiece a cantar o a moverse al compás de la música.
- Marque el ritmo con las manos (enséñele) y pídale que lo haga igual.

- Anímele a ponerse de pie; cójale de las manos y ejecute algunos pasos simples al compás de la música.
- Háblele: “¿Te acuerdas de esta canción?” “¿Te acuerdas de cómo se bailaba?” “¿Con quién bailabas tú?”, etc.
- Pare en el momento que Vd. perciba que ya no le sigue, que se ha cansado.
- Utilizar instrumentos rítmicos.
- Las sesiones de canto o baile pueden estar acompañadas por instrumentos rítmicos como el tambor, los platillos, el triángulo, etc. Si Vd. no tiene instrumentos, puede crear alguno:
 - tambores con cajas metálicas,
 - “maracas” con judías secas o arroz metidos en una caja,
 - batir las cucharas una contra otra, etc.
 - Evitar los instrumentos de música destinados a niños o bebés.
- Realizar los movimientos al compás de la música. Sería extraño que el paciente no conservase el recuerdo de cómo se baila. Lo habrá practicado seguramente cuando era más joven. Si puede levantarse y moverse, una vez que la música haya comenzado, vaya a buscarle, tómele de ambas manos, haga que se levante y dígame: “Venga, vamos a bailar”. Puede que recuerde los movimientos o simplemente que se mueva al compás de la música, sobre todo si es música rítmica. No piense que es necesario estar de pie para participar. Una persona enferma sentada puede hacer movimientos simples y moderados. Se puede mover la silla de ruedas de una persona que no puede levantarse. Participará, a su manera, en una actividad en común.

BIBLIOGRAFÍA

- E. Arroyo-Anlló. ESTIMULACIÓN PSICOCOGNOSCITIVA EN LAS DEMENCIAS. Ed. Prous Science.
- F. Agüera. DEMENCIA. UNA APROXIMACIÓN PRÁCTICA. Ed. Masson.
- P. Gil, J.M. Ribera. FUNCIÓN MENTAL Y ENVEJECIMIENTO. Editores Médicos.
- J. Hodges. VALORACIÓN COGNITIVA. Ed. Prous Science.
- C. Junqué, M.A. Jurado. ENVEJECIMIENTO Y DEMENCIAS. Ed. Prous Science.
- C. Junqué, J. Barroso. NEUROPSICOLOGÍA. Ed. Síntesis.
- M. Martín. CONSENSO ESPAÑOL SOBRE DEMENCIAS. Sociedad española de psiquiatría 2000.
- José Manuel Martínez. RUDIMENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
- M.A. Maroto. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO. Instituto de salud pública.
- VVAA. FORTALECE TU MEMORIA. Ed. Bayard.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- J. Belsky. PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO. Ed. Paraninfo.
- J. Buendía. ENVEJECIMIENTO Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Ed. S. XXI.
- R. Fernández - Ballesteros, M. Izal, I. Montorio. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ. Ed. Martínez Roca.
- R. Fernández – Ballesteros. GERONTOLOGÍA SOCIAL. Ed. Psicología Pirámide.
- B. Hansen. DESARROLLO EN LA EDAD ADULTA. Ed. Manual Moderno.
- L. Hayflick. CÓMO Y POR QUÉ ENVEJECEMOS. Ed. Herder.
- D. Park, N. Schwarz. ENVEJECIMIENTO COGNITIVO. Ed. Panamericana.
- N. Sáez, R. Rubio. TRATADO DE PSICOGERONTOLOGÍA. Ed. Promolibro.
- N. Yuste, R. Rubio. INTRODUCCIÓN A LA PSICOGERONTOLOGÍA. Ed. Pirámide.

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

www.imsersomayores.csic.es

www.segg.es

www.inforesidencias.com/mayores.asp

www.losmayores.com

www.matiaf.net

www.medicinainformacion.com/instrumentos_val_mayores_libros.htm

www.alzheimer-online.org

www.hipocampo.org

www.portaltercera.com

http://portal1.lacaixa.es/Channel/Ch_Redirect_Tx?dest=1-38-00-00000

(En programas socio-asistenciales tenéis Alzheimer y Parkinson)

www.obrasocialcajamadrid.es

www.ceafa.org

(Confederación Española de Alzheimer y Otras Demencias)

www.afal.es

<http://www.fundacionalzheimeresp.org>

En estas direcciones es posible descargar libros gratuitamente:

www.medicinainformacion.com/geriatria_libros.htm

www.imsersomayores.csic.es/SENIOR/BASIS/senior/web/docu2/SF