

# *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*

**Fundamentos y principios generales**

J. Peña-Casanova



Fundación "la Caixa"

[salir](#)

[créditos](#)

[índice](#)

# *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*

---

Fundamentos y principios generales

---

**Jordi Peña-Casanova**



---

Fundación "la Caixa"

# Créditos

## Edita

Fundación "la Caixa"

Directora de Proyectos Sociales y Asistenciales  
Gloria Trias Salas

## Patronato

Presidente

José Juan Pintó Ruiz

Coordinación de la edición  
Sílvia Maldonado Melià

Autor

Jordi Peña-Casanova

Vicepresidente primero

José Vilarasau Salat

Traducciones y correcciones  
Glossolàlia

Vicepresidente segundo

Alejandro Plasencia García

Diseño gráfico y maquetación  
Accent Comunicació Aplicada

Secretario

Ricardo Fornesa Ribó

Ilustración

Sergi Salrach

Vocales

Joan Antolí Segura

María Teresa de Miguel Gasol

Julio Miralles Balagué

Joaquim de Nadal Caparà

Maria Assumpció Rafart Serra

Manuel Raventós Negra

Joan Vilalta Boix

Fotografía

Antonio Galeote Palomino

Impresión

Gràfiques Ibèria SA

Director General

Luis Monreal Agustí

© de la edición 1999, Fundación "la Caixa"

© del texto, Jordi Peña-Casanova  
Av. Diagonal, 621. 08028 Barcelona

Depósito legal: B-1586-99

# Índice

Presentación	5
<b>1</b> Introducción: objetivos	6
<b>2</b> Métodos y objetivos de intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: una visión de conjunto	9
<b>3</b> Aspectos físicos y sensoriales de las intervenciones	12
<b>4</b> Orientación a la realidad	17
<b>5</b> Reminiscencia	20
<b>6</b> Programas de estimulación y actividad cognitiva	27
<b>7</b> Bases neuropsicológicas de la estimulación y la actividad cognitiva estructurada: puentes con la rehabilitación cognitiva	30
<b>8</b> Terapia cognitiva específica	36
<b>9</b> Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico	37
<b>10</b> Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano. Técnicas de comunicación y terapia de validación	40
<b>11</b> Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria	49
<b>12</b> Control de los trastornos psicológicos y del comportamiento	51
<b>13</b> Efectividad de la intervención cognitiva	55
<b>14</b> Intervención cognitiva: algunas directrices y consejos generales	60
<b>Apéndice</b>	63
<b>Bases generales de los ejercicios de terapia cognitiva</b>	63
A. Lenguaje	65
B. Orientación	71
C. Actividades sensoriales. Atención-concentración	73
D. Esquema corporal	77
E. Memoria	78
F. Gestualidad (praxis)	80
G. Lectura y escritura	85
H. Problemas aritméticos. Cálculo y gestión del dinero	87
I. Funciones ejecutivas	88
J. Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria	90
<b>15</b> Bibliografía seleccionada	93
<b>16</b> Índice temático	101



# Presentación

**D**esde los años cincuenta han aparecido numerosas propuestas de intervención cognitiva en el envejecimiento y en la enfermedad de Alzheimer. Algunas de estas propuestas han sido ampliamente estudiadas y validadas, mientras que otras no dejan de ser más que una promesa sin ninguna base científica seria.

La intervención cognitiva abarca todo un conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimar los rendimientos cognitivos y funcionales de los pacientes y, de este modo, mejorar en último término su calidad de vida e incrementar su autoestima.

El presente libro sistematiza y racionaliza la intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Por primera vez en la literatura, se aportan las bases racionales de una *intervención de estimulación y actividad cognitiva estructurada*, interrelacionadas posteriormente con una serie de materiales de intervención incluidos en el proyecto «Activemos la mente» de la Fundación "la Caixa". Los lectores han de tener en cuenta que de forma explícita no se ha generado ninguna «receta» o «programa» de intervención. Los principios de flexibilidad y personalización son fundamentales en todo el ámbito de la neuropsicología.

Se debe insistir en que el nivel de los temas se ha adaptado para que, sin llegar a una excesiva simplificación, tenga un nivel adecuado para un amplio abanico de lectores.

Muchas de las aproximaciones que se exponen en este libro son también aplicables en casos de lesiones cerebrales distintas a la enfermedad de Alzheimer. De hecho, se ofrece un conjunto de conceptos terapéuticos aplicable a otras enfermedades neurodegenerativas y también en casos de lesiones focales cerebrales.

En resumen, este libro se ha de considerar como la pieza teórica sobre intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer del proyecto «Activemos la mente» de la Fundación "la Caixa".

## **Dr. Jordi Peña-Casanova, neurólogo**

*Jefe de la Sección de Neuropsicología del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), Hospital del Mar, Barcelona.  
Miembro del Comité Asesor Médico y Científico de Alzheimer's Disease International (ADI).  
Miembro de la International Neuropsychological Society (INS)  
y de la International Psychogeriatric Association (IPA).*

## 1

## Introducción: objetivos

Las enfermedades degenerativas cerebrales normalmente afectan a las capacidades mentales, alterando progresivamente todo el conjunto de funciones necesarias para desarrollar una vida adaptada e independiente.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer –el ejemplo típico y más frecuente– la progresión de las lesiones condiciona un patrón más o menos característico de síntomas. Muy resumidamente, podrían describirse los pasos siguientes: alteración progresiva del recuerdo de los acontecimientos vividos día a día y aparición de sutiles problemas en capacidades como el razonamiento, el juicio, la planificación o la resolución de dificultades. Estos trastornos se hacen cada vez más graves, de forma que se van borrando de la memoria la biografía y la propia identidad de la persona. En las fases finales las capacidades mentales están francamente reducidas, persistiendo los afectos y los sentimientos.

De hecho, el deterioro progresivo de las capacidades mentales en las enfermedades neurodegenerativas, y especialmente en la enfermedad de Alzheimer, es heterogéneo. Dicho de otro modo, se afectan más unas capacidades que otras. En una persona determinada pueden, por ejemplo, predominar los trastornos de lenguaje, mientras que en otras pueden predominar los trastornos en la manipulación de los objetos o en la visión. No obstante, existen unos patrones generales reconocibles y propios de la enfermedad de Alzheimer.

Para poder realizar una correcta intervención terapéutica será indispensable determinar exactamente cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las preservadas, así como los grados de afectación o preservación relativos de cada capacidad mental.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer será importante definir exactamente el momento evolutivo de la enfermedad. Las intervenciones terapéuticas dependerán de las capacidades reales

del paciente. El enfoque de un paciente que está en las fases iniciales de la enfermedad será, lógicamente, totalmente diferente del de un paciente en fase avanzada. Han de existir siempre una gradación y una adaptación de las tareas en función de las capacidades cognitivas.

Una **exploración neuropsicológica** realizada por un experto en trastornos cognitivos permitirá establecer el estado mental –neuropsicológico– del enfermo y determinar los planes terapéuticos adecuados. No se trata «simplemente» de administrar un test: se trata de administrar los tests necesarios e interpretar sus resultados conforme a los conocimientos actuales sobre las funciones cerebrales. La exploración neuropsicológica no se debe trivializar en ningún caso, debiendo siempre ser realizada por un experto con titulación específica.

Además de los datos aportados por la evaluación neuropsicológica, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Se requiere un conocimiento detallado de las capacidades y comportamiento del paciente en su entorno familiar y social en general. Se trata de determinar cuáles son las **capacidades funcionales reales del paciente en las actividades de la vida diaria**.
- Toda evaluación cognitiva y funcional debe personalizarse y relacionarse con el conocimiento de la **historia de vida de los pacientes**. Este hecho ayudará a entender sus intereses y actitudes, así como las capacidades especialmente desarrolladas debido a su profesión, aficiones y entretenimientos.
- Hay que recordar, finalmente, que a lo largo del proceso de la enfermedad de Alzheimer –como en otros casos de lesiones cerebrales– pueden aparecer **alteraciones psicológicas** (ansiedad, depresión, delirios...) y **alteraciones del comportamiento** (agresividad, deambulación, apatía...). La presencia de estas

alteraciones puede ejercer un claro impacto en la vida del paciente y en su grado de adaptabilidad familiar y social, afectando claramente a las posibilidades de intervención terapéutica cognitiva. La **motivación** es un elemento más a evaluar en este contexto.

Ante este conjunto de problemas los esfuerzos terapéuticos generales deben centrarse en la mejora y la optimización de la situación del pacien-

te: reducir las discapacidades, reducir la frecuencia de los trastornos psicológicos y del comportamiento y reducir su grado de dependencia. Siempre se debe intentar mejorar a la persona globalmente, en toda su dimensión humana. Así pues, los programas o intervenciones de carácter terapéutico deben ser siempre individualizados.

### Recetarios para todos los gustos

Existen numerosas propuestas de intervención cognitiva en la ancianidad y en la enfermedad de Alzheimer: orientación a la realidad, reminiscencias, terapia de resolución, terapia de validación, revisión de vida, remotivación, modificación de la conducta, psicoestimulación «integral», activación cerebral, «gimnasia mental», estimulación psicomotriz, ejercicio físico, cine-sioterapia, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, terapia de apoyo, entrenamiento cognitivo, socioterapia, psicoterapia, relajación, diversión, musicoterapia, masajes... Ninguna de las propuestas citadas constituye por sí misma algo sólido, específico y generalizable a todos los casos. Cuando en un ámbito médico o psicológico existen muchos enfoques no hay duda de que ninguno de ellos tiene una valor absoluto.

Cada técnica *puede tener un cierto sentido* para aspectos parciales del paciente, aunque algunas sean más globales. *Algunas pueden causar graves problemas a los enfermos* si no se aplican adecuadamente o con flexibilidad. Ciertas técnicas se han desarrollado para ser aplicadas a personas sin trastornos neurológicos evidentes que padecen un «trastorno de memoria asocia-

do a la edad». Otros enfoques carecen de sentido o de unas bases racionales con suficiente justificación científica. El progreso científico ha de permitir eliminar cuanto carezca de fundamento y poner en duda creencias y dogmas.

*Hay autores como Bob Woods, de la Universidad de Gales, que son realmente muy prudentes y prefieren emplear el término «manejo» antes que los de «tratamiento» o «terapia», dadas las connotaciones de mejoría duradera y de cambio del proceso subyacente implícitas en estos términos. Por estos y otros motivos el presente libro se ha titulado Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer.*

Existen, además, dificultades para evaluar la eficacia de los métodos de intervención no farmacológicos en la enfermedad de Alzheimer. Debe señalarse, por otra parte, que las técnicas de intervención cognitiva no han sido analizadas hasta fechas recientes con el rigor metodológico que las autoridades sanitarias exigen a los estudios farmacológicos. Por esta razón, el presente proyecto incluye la evaluación y seguimiento de las intervenciones en diversos medios.



## Racionalización y sistematización

Es difícil –por no decir imposible– establecer una metodología y unos materiales únicos y generalizables a todo tipo de problemas, personas y entornos socioculturales. Aun así, es posible realizar una sistematización básica, evitando aproximaciones arbitrarias y teniendo presentes los conceptos y principios actuales sobre la intervención y la rehabilitación cognitiva. En el proyecto «Activemos la mente» se han considerado e introducido aspectos teóricos y prácticos.

- En el **ámbito teórico** se aporta una *integración coherente y racional de distintos enfoques de intervención en un todo sistematizado*. Hay que indicar, empero, que los esfuerzos de racionalización, integración y sistematización no implican rigidez en el momento de abordar el caso de un paciente específico.
- En el **ámbito práctico** se aporta un *materiales básico que incluye elementos fundamentales de intervención en diversos campos cognitivos*. Disponer, por ejemplo, de dos-

cientas imágenes de objetos y acciones frecuentes en la vida diaria es interesante en tareas aplicables a dementes, a pacientes con secuelas de traumatismos craneales o a pacientes con trastornos del lenguaje, por citar tan sólo tres casos frecuentes.

Partiendo de la idea de que cada paciente tiene unas características específicas, es fundamental recordar la importancia de la evaluación individualizada y la obligada flexibilidad de toda intervención. Lo que puede ser bueno para un paciente puede tener efectos fatales en otro. Además, hay que insistir en que en ciertos casos o momentos evolutivos de los pacientes la terapia cognitiva puede estar formalmente contraindicada. La flexibilidad y la personalización son reglas de oro de la evaluación y de la intervención cognitiva. Además, las tareas de intervención cognitiva no se deben convertir nunca en un problema para el paciente ni para la familia. La intervención no tiene sentido sin unos objetivos claros.

## 2

## Métodos y objetivos de intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: una visión de conjunto

La intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer se construye a partir de los principios de la rehabilitación neuropsicológica y de la selección de algunas de las técnicas específicamente desarrolladas para las demencias y los trastornos de memoria.

*El concepto de 'intervención cognitiva' en un sentido amplio abarca todo un conjunto de métodos y estrategias cognitivos que pretenden optimar la eficacia de los rendimientos de los pacientes.*

Existen en la actualidad una serie de trabajos de autores que han revisado el tema y que permiten empezar a poner orden en este complejo tema.<sup>1</sup> En el presente proyecto se destacan los siguientes enfoques:

- Orientación a la realidad
- Reminiscencia
- Programas de estimulación y actividad cognitiva
- Terapia cognitiva específica
- Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico
- Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano: técnicas de comunicación y terapia de validación
- Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria
- Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento

Estos métodos y técnicas tienen bastantes elementos en común y ciertamente algunos aspectos se encuentran prácticamente en todos ellos. Así, por ejemplo, la orientación a la realidad puede emplear técnicas de reminiscencia, adaptación del entorno y estimulación sensorial. Las técnicas de validación, consideradas como una alternativa a las técnicas de orientación a la rea-

lidad, se fundamentan en técnicas de comunicación que recurren frecuentemente a la reminiscencia.

Las intervenciones destacadas no son en absoluto mutuamente excluyentes. Además, tras los diversos títulos se encuentran distintas actividades. Así, por ejemplo, en el apartado de prevención y control de los trastornos psicológicos y del comportamiento se incluyen aspectos de técnicas de modificación de conducta, de comunicación y de validación.

En general, deberán integrarse todos los enfoques pertinentes en diferentes sesiones o actividades de intervención. *El momento evolutivo, su gravedad y el perfil cognitivo concreto que presente el paciente indicarán cuál será la mejor intervención posible.* Dado que cada método o técnica tiene sus indicaciones –y contraindicaciones– particulares en varios problemas o momentos del proceso de deterioro, es fundamental una adecuada selección de los métodos y de los pacientes que pueden beneficiarse de ellos.

La intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer debe abarcar todos los aspectos de la persona, desde los cognitivos hasta los emocionales, pasando por el ámbito del comportamiento. *Su aplicación debe ser personalizada, flexible y fundamentada en un conocimiento profesional.* Las estrategias de intervención cognitiva se deben situar, además, en el contexto general del tratamiento de la persona afectada por la demencia. Ciertamente, la intervención no se reduce a ejercicios de rehabilitación de las capacidades neuropsicológicas.

Uno de los retos más importantes en el ámbito de las intervenciones terapéuticas es demostrar la efectividad de los métodos utilizados. Se trata de ver si realmente se producen mejoras en

1. Miller (1977), Woods y Britton (1977).

las capacidades cognitivas y funcionales de la vida diaria y si se modifica de alguna manera el curso de la enfermedad. Ciertamente, no se puede caer en el error de efectuar intervenciones que pueden proporcionar un sentimiento de tranquilidad a los familiares y cuidadores pero que puedan carecer de sentido científico o práctico.

Al igual que las intervenciones farmacológicas, los métodos y técnicas de intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer pretenden converger en una serie de objetivos generales (tabla 1) que tratan de alcanzar el objetivo final de mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares y cuidadores. Toda intervención con resultados positivos va a conducir finalmente a una reducción de los costes psicológicos y económicos (directos e indirectos) familiares y sociales.

**Tabla 1. Objetivos terapéuticos de la intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer**

#### Objetivos iniciales

- Estimular/mantener las capacidades mentales
- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente
- Estimular la propia identidad y autoestima: dignificar
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas

#### Objetivos intermedios

- Mejorar el rendimiento cognitivo
- Mejorar el rendimiento funcional
- Incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria
- Mejorar el estado y sentimiento de salud

#### Objetivo final

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares/cuidadores

## Resumen de los principales métodos de interven

**A continuación se presenta brevemente cada uno de los enfoques de intervención citados anteriormente, que más adelante serán tratados con más detalle de forma independiente.**

### Orientación a la realidad

■ La orientación a la realidad es un método de tratamiento de las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes para que «reaprendan» datos sobre sí mismos y su entorno. Se estimula a los pacientes para que superen sus limitaciones e incrementen su autonomía. Aunque estas técnicas fueron elaboradas para personas de edad ingresadas en residencias, muchas tareas se pueden adaptar para ser desarrolladas en el propio domicilio. La orientación a la realidad utiliza elementos como la reminiscencia o la adaptación del entorno.

### Reminiscencia

■ La reminiscencia constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes y emociones. La reminiscencia constituye una forma de activar el pasado personal. Se trata de centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final es estimular la propia identidad y la autoestima de la persona. La reminiscencia se puede efectuar en grupo o individualmente. La reminiscencia puede intervenir en tareas de estimulación cognitiva y en la orientación a la realidad.

### Programas de estimulación y actividad cognitiva

■ La estimulación cognitiva pretende realizar tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales. El conjunto de técnicas utilizables se relaciona en parte con el concepto de psicoestimulación integral (Tàrraga, 1991). Se incluyen actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación, el esquema corporal... Estas tareas no se limitan a los aspectos de «recepción» de estímulos (a partir de la estimulación), sino que tienen también un importante componente de acción. Por este motivo, es mejor hablar de programas de «estimulación y actividad cognitiva».

## ción cognitiva en la enfermedad de Alzheimer

### Terapia cognitiva específica

■ La terapia cognitiva representa un conjunto de técnicas de neuropsicología rehabilitadora en las que el paciente es sometido a ejercicios experimentales dirigidos a modificar aspectos concretos de las capacidades mentales. En este caso, la actividad terapéutica se puede concretar, por ejemplo, en tareas que pretendan mejorar las capacidades lexicosemánticas o en superar trastornos de la denominación.

### Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico

■ Uno de los objetivos de la intervención no va directamente dirigido a la persona con trastornos cognitivos, sino que se centra en el medio externo. Se pretende compensar y facilitar los rendimientos del paciente para que presente, consecuentemente, un menor trastorno funcional. Para conseguir este objetivo el entorno deberá ser sencillo, estable y seguro. Los aspectos externos relacionados con las personas que rodean al paciente (cuidadores y familiares) se consideran independientemente en el apartado siguiente.

### Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano: técnicas de comunicación y terapia de validación

■ Las técnicas de comunicación establecen cuáles deben ser las actitudes y cómo debe interactuar el cuidador con el paciente. Estas técnicas se basan en los principios de la simplificación de los mensajes y de la combinación de informaciones verbales con la comunicación no verbal, con la regulación de las distancias y las posiciones entre cuidador y paciente.

■ Las técnicas de validación, desarrolladas por Naomi Feil en 1963, representan una reacción a la práctica exagerada de la orientación a la realidad. La validación constituye un conjunto de técnicas simples de comunicación con personas con enfermedad de Alzheimer [véase p. 45]. Se basa en una actitud de respeto y empatía con el enfermo. La validación no tiene como objetivo adquirir conciencia sobre el tiempo y el espacio actual, sino que pretende respetar la realidad del paciente, que puede encontrarse en el tiempo presente o no. La validación acepta las creencias del paciente y no las contradice. Como veremos en su momento, la terapia de validación presenta numerosos puntos débiles, pero es importante quedarse con los conceptos que tienen un sentido pragmático y práctico.

■ En este mismo ámbito cabe citar la terapia de resolución, cuyo objetivo es similar al de la terapia de validación, pero poniendo un menor énfasis en las cuestiones no resueltas en el pasado.

### Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria

■ La realización de actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria constituye un método de rehabilitación y de readaptación. Se pretende rehabilitar a través del trabajo (terapia ocupacional) o de cualquier actividad que conduzca a un fin. Se realiza, también, una adaptación del medio en el cual se desarrolla la acción. En este ámbito se incluyen actividades tan diversas como bailar, cocinar, trabajos de cestería, jardinería o musicoterapia.

### Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento

■ Para optimar el rendimiento cognitivo se han de prevenir, diagnosticar y tratar las alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del humor o de la conducta que se presentan frecuentemente en enfermos con demencia. Los trastornos psicológicos y del comportamiento constituyen una de las consecuencias más discapacitantes de las demencias y una de las mayores amenazas para la convivencia y estabilidad de la familia.

■ Prevenir, controlar y tratar los trastornos psicológicos y del comportamiento tendrá un impacto fundamental en los rendimientos cognitivos y funcionales del paciente, reflejándose todo ello en la calidad de vida global de la familia. Los consejos generales para mantener la autonomía del enfermo y las técnicas de modificación de la conducta, de comunicación y de validación son elementos básicos de la prevención e intervención en estos casos. Muchos de los trastornos requerirán, en último término, intervenciones farmacológicas.

Existen otros enfoques de trabajo con ancianos y dementes, como la revisión de vida, la remotivación, la modificación de conducta, la diversión o la psicoterapia. Las aportaciones interesantes de cada uno de ellos se tratarán cuando sea pertinente a lo largo de este libro.

## 3

## Aspectos físicos y sensoriales de las intervenciones

En este capítulo se tratarán una serie de hechos relacionados con las características físicas y sensoriales del envejecimiento y de la patología de la tercera edad que condicionan los rendimientos físicos y cognitivos y, por ende, las capa-

tidades funcionales y de la vida diaria. La detección de los posibles trastornos físicos y sensoriales y su diagnóstico y tratamiento pueden incidir en la independencia de los pacientes y, finalmente, en su calidad de vida.

### Control motor y velocidad psicomotora

El rendimiento psicomotor se altera con la edad, específicamente en casos de demencia. Una de las alteraciones psicomotoras más importantes es la **lentificación**. El anciano necesita más tiempo para responder. La velocidad de respuesta es importante en una serie de actividades de la vida diaria como sortear obstáculos del medio o conducir un vehículo. La lentificación incrementa la posibilidad de accidentes. La lentitud de respuesta también puede contribuir a una limitación de las relaciones con los demás.

La lentificación se puede deber a **problemas de recepción sensorial** (sea el caso de dificultades visuales o auditivas) o a **problemas en los sistemas de ejecución** (por ejemplo, artritis, artrosis, disminución de la fuerza muscular...), pero realmente el principal problema del anciano es la **lentitud de respuesta del cerebro**. La lentificación del anciano es realmente general, afectando tanto a los movimientos de vestirse o abrir una puerta, por ejemplo, como a la capacidad de recordar nombres o resolver un problema. La velocidad de respuesta disminuye más en los aspectos mentales (velocidad de razonamiento) que en los aspectos motores (velocidad de acción o tiempo de reacción). Existe, además, una variabilidad importante entre las personas. *Los ancianos que mantienen una buena actividad física y son de características atléticas tienden a reaccionar más rápidamente.*

En este ámbito será importante tratar todas las enfermedades que se asocian a lentificación, tales como los trastornos cardiovasculares, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzhei-

mer o los accidentes vasculares cerebrales. Se debe tener en cuenta que no toda lentitud de respuesta relacionada con la edad es inevitable. En este sentido se abren posibilidades de intervención.

### Intervenciones

*El ejercicio y el buen estado de salud general pueden reducir ciertas lentificaciones de respuesta propias de los ancianos y los dementes.* Dado que las habilidades muy repetidas tienden a declinar menos (por ejemplo, bailar correctamente o mantener la capacidad de mecanografiar rápidamente y de realizar ciertas tareas domésticas), el ejercicio contribuirá a mantenerlas. Cuando la prevención o la práctica no son posibles o no surten efecto se deberán realizar *adaptaciones del entorno* para disminuir estas discapacidades: se pasará consecuentemente a un enfoque ecológico.

## Aspectos físicos

Con la edad todas las actividades fisiológicas disminuyen gradualmente. Esta disminución de los aspectos físicos y sensoriales desempeña un papel importante en la reducción de las posibilidades de interacción con el medio. Entre los cambios más significativos se deben citar la disminución de la síntesis de proteínas, la disminución de la fuerza y la masa muscular, el incremento del volumen de grasa y la disminución de la densidad ósea.

**Uno de los factores que limitan más a los ancianos, especialmente a los de mayor edad, es la reducción significativa de la fuerza muscular.** Este factor tiene enormes implicaciones en la reducción de una vida independiente. Las limitaciones en este ámbito conducen al concepto de **fragilidad física**, que se define como **un estado de reducción de las reservas fisiológicas que se asocia a una susceptibilidad aumentada a la discapacidad**. Las causas de debilidad muscular en el envejecimiento son diversas, al igual que sus consecuencias (tabla 2).

- La limitación o las alteraciones de la actividad física pueden ejercer un papel importante en la situación y el rendimiento final del paciente, por lo que es interesante realizar una intervención para mantener o mejorar la actividad.

**Tabla 2. Causas y consecuencias de la debilidad muscular en el envejecimiento**

Causas	Consecuencias
• Envejecimiento de las fibras musculares	• Caídas
• Alteraciones en la inervación de las fibras	• Fracturas
• Osteoartritis	• Alteración de las actividades de la vida diaria
• Enfermedades crónicas debilitantes	• Pérdida de la independencia
• Estilo de vida sedentario	
• Disminución de la actividad física	
• Desuso	

Las revisiones<sup>2</sup> sobre este tema ponen de relieve que **el ejercicio físico tiene un efecto positivo en la salud física y en el bienestar de los ancianos, así como que la inactividad es el principal factor de determinación de debilidad muscular.**

En el caso de pacientes dementes, el ejercicio físico tiene escasa influencia en la capacidad cognitiva,<sup>3</sup> pero los estudios realizados presentan problemas metodológicos y es difícil separar el efecto de la actividad física del conjunto de intervenciones realizadas.

En un estudio de Fiatarone y cols. (1994) en el que un grupo de ancianos ingresados en una residencia practicó ejercicios de resistencia (cuarenta y cinco minutos tres veces por semana durante diez semanas), se observó que la fuerza muscular se duplicaba y mejoraba la velocidad de la marcha y la facilidad para subir escaleras. De este trabajo se pueden extraer importantes conclusiones sobre la importancia de la intervención en el ámbito de las actividades físicas, no tan sólo en pacientes ingresados, sino también en personas que viven en la comunidad. Las mejorías obtenidas mediante las intervenciones pueden ser mayores o menores, pero contribuyen claramente a alcanzar una mayor independencia funcional.

- Además del efecto propio del envejecimiento, las **enfermedades degenerativas** cerebrales pueden producir un claro impacto en los sistemas motores, sea en las vías del movimiento voluntario o en los sistemas que intervienen en la regulación del tono muscular y la coordinación. Estas alteraciones constituyen un elemento añadido importante en la producción de discapacidades, en especial los síntomas propios de la enfermedad de Parkinson (rigidez, reducción del movimiento [acinesia], temblor y fallos en los reflejos de reequilibrio del cuerpo). El médico indicará en estos casos los tratamientos farmacológicos específicos que procedan.

2. Basse (1985) y Morgan (1991).

3. Molloy y cols. (1988).

- La **reducción de la actividad** y el **sedentarismo**, así como el **aislamiento** y la **dependencia**, incrementan los trastornos motores.

### Intervenciones

Estará indicada toda intervención sistemática y estructurada, informal o mixta que incremente la actividad física y evite un estilo de vida sedentario y el desuso, así como todo tratamiento médico de las enfermedades que limiten la capacidad motora. Existen diversos manuales especializados que pueden ayudar a los familiares y a los cuidadores de los centros de día.<sup>4</sup>

A continuación se especifican las categorías de intervención citadas:

- **Intervenciones estructuradas.** Son todas aquellas actividades organizadas en las que se realizan ejercicios escogidos específicamente con objetivos determinados: asistencia a talleres de estimulación psicomotriz, cinesiterapia, sesiones de gimnasia, natación, actividades rítmicas, danzas adaptadas y dirigidas, yoga...
- **Intervenciones informales.** Son todas aquellas actividades ocupacionales, de la vida diaria, recreativas... que directa o indirectamente implican un componente físico significativo: actividades domésticas con ejercicio físico

(por ejemplo, limpieza), paseo, baile, cuidado de un animal de compañía (por ejemplo, sacar a pasear a un perro), juegos de bolos...

- **Intervenciones mixtas.** Son todas las actividades organizadas que combinan intervenciones estructuradas e intervenciones de apariencia informal. Normalmente las programan los animadores de actividades físicas.

La actividad física, además de actuar sobre el aparato locomotor, tiene también efectos sobre la función cardiovascular, la función respiratoria y la neurosensorial. Siempre debe realizarse bajo control médico, ya que pueden existir contraindicaciones o limitaciones que se deben considerar.

Se aconseja<sup>5</sup> que las actividades físicas se efectúen durante el día o a primera hora de la tarde para reservar las actividades más reposadas para los momentos previos al sueño.

En conjunto, se puede concluir que la fragilidad física del anciano –y la del demente– no es un efecto irreversible del envejecimiento y de las enfermedades, sino que puede reducirse e incluso prevenirse. La superación de las limitaciones físicas determina una mejoría en la independencia, el estado anímico y el estado de salud en general. Algunos autores han destacado que las actividades que conllevan una estimulación física y psíquica pueden mejorar la calidad del sueño.

### Aspectos sensoriales

La información procedente del mundo exterior debe ser correctamente evaluada para poder dar respuestas adecuadas. Cualquier pérdida en las capacidades sensoriales puede tener consecuencias en la vida del anciano y del demente. La visión y la audición son los sentidos más importantes si deseamos mantener una buena vida de relación independiente, pero también son importantes los sentidos del gusto y del olfato.

La coincidencia de la enfermedad de Alzheimer con los síntomas del envejecimiento de las capacidades sensoriales conlleva una serie de problemas añadidos. Se puede predecir que toda intervención que mejore las capacidades senso-

riales tendrá una repercusión en los rendimientos de los pacientes.

### Visión

Entre los problemas más frecuentes de visión se encuentra la *pérdida de agudeza visual*, es decir, la dificultad para distinguir los objetos con suficiente claridad. Esta alteración se incrementa a partir de los cincuenta años de edad, pero en espe-

4. Véase, por ejemplo, Febrer de Los Rios y Soler (1989); Fisher (1994) y Strickland y Hill (1992).

5. Holden (1991).

cial después de los sesenta.<sup>6</sup> La disminución de la agudeza visual puede tener implicaciones en casi todas las tareas de la vida diaria. Otro problema de la visión que aparece con la edad es la presbicia (la llamada «vista cansada»), que consiste en la dificultad para enfocar los objetos en una visión de cerca.

Además de estos trastornos, las personas de edad tienen dificultades en lugares poco iluminados y para apreciar los colores (especialmente la gama azul-verde). Las luces potentes les deslumbran con más facilidad y tienen mayor dificultad para enfocar objetos situados a diferentes distancias. Además, su campo de visión (la parte del espacio percibida) se reduce. Los ancianos tienen más problemas con la visión nocturna.

Los trastornos expuestos hasta aquí se deben a alteraciones de los propios ojos y del resto del sistema visual por el proceso de envejecimiento. Los problemas de visión normales o «típicos» del envejecimiento no afectan excesivamente a las capacidades de la persona a no ser que se acompañen de enfermedades y sean realmente graves.

El estudio de las posibles pérdidas visuales y su tratamiento pueden mejorar la capacidad de comunicación, el estado psicológico y el grado de dependencia del paciente [véase cap. 10].

---

## Audición

---

Con la edad aparece un deterioro de la capacidad auditiva. La prevalencia de los defectos auditivos es superior a la de los trastornos visuales. Los sujetos de más de sesenta y cinco años tienen un 13 % más de probabilidades de usar un audífono que otros grupos de edad. Los trastornos severos, que llegan a afectar a la capacidad de oír una conversación, solamente afectan a un grupo importante de sujetos de más de setenta años. Existe una gran variabilidad en las pérdidas auditivas con la edad, muchas veces relacionadas con la cantidad de ruido ambiental (contaminación acústica) en la que ha vivido el sujeto.

La presbiacusia es la pérdida auditiva relacionada con la edad. Se caracteriza por la dificultad de audición de los tonos agudos.

Las personas afectas de este trastorno tienen más dificultad para oír los sonidos agudos, las voces agudas, como las de los niños y las mujeres, o los comentarios o advertencias realizados en voz alta pero aguda. Además, el ruido de fondo representa una fuente de distorsión. Así, el ruido producido por personas en una sala, el ruido de fondo del tráfico, de un ventilador o de un aparato de aire acondicionado pueden significar una distorsión añadida. Los ruidos de fondo tienden a ensombrecer las conversaciones. La presbiacusia también afecta a la comprensión del lenguaje cuando alguien habla rápidamente o cuando no se puede ver la cara del interlocutor. La visualización de la cara permite percibir los labios del interlocutor y disponer de una fuente de información adicional.

Las personas con presbiacusia presentan problemas selectivos en la audición y comprensión del lenguaje, lo que puede originar problemas de relación a causa de malentendidos y debido a la idea de algunos familiares suspicaces que creen que el anciano o paciente «oye lo que le interesa».

La reducción de las capacidades auditivas ejerce un importante efecto sobre las capacidades de relación interpersonal y aumenta considerablemente los riesgos físicos. El problema auditivo puede conducir a un retraimiento social y al aislamiento. También pueden aparecer rasgos paranoides, ya que la persona afecta puede interpretar los susurros como infidelidades. En el ámbito intelectual se han apreciado disminuciones de rendimiento en los test de inteligencia de las personas de edad que presentan problemas auditivos.

El estudio de las posibles pérdidas auditivas y su tratamiento pueden mejorar la capacidad de comunicación, el estado psicológico y el grado de dependencia del paciente [véase cap. 10].

---

## Gusto y olfato

---

El olfato y el gusto son considerados frecuentemente como «sentidos secundarios», pero tienen realmente importancia en diversos aspectos de la vida diaria. En particular, el gusto y el olfato tienen que ver con el placer de comer y, por consiguiente, con la nutrición del sujeto.

---

6. Anderson y Palmoe (1974).



Los sentidos del gusto y del olfato son menos discriminativos en los ancianos. Un estudio puso de manifiesto que los ancianos identifican peor los alimentos y tienen tendencia a valorar los sabores como suaves. Por estos motivos, muchos ancianos refieren que los alimentos no tienen el sabor de antes, no por nostalgia, sino por alteración del olfato, y que la comida tiene un sabor extraño, como amargo o agrio. Cuando se intensifica artificialmente el sabor de los alimentos, los ancianos los consideran mejores. Intensificar los sabores o escoger los sabores preferidos

por los ancianos puede mejorar el gusto por la comida y prevenir la desnutrición.

El acto de comer puede alterarse, además, por una serie de problemas dentales (infecciones, dentadura mal ajustada...) que pueden provocar dolor o dificultades en la masticación, contribuyendo asimismo a la desnutrición. Un control regular por el dentista puede mejorar la calidad de vida en el ámbito de la alimentación.

### Adaptación motora y sensorial

**D**e lo expuesto hasta ahora con relación a los trastornos motores y sensoriales se pueden extraer claramente una serie de conclusiones. Por una parte, la posibilidad de rehabilitar o tratar los problemas motores y sensoriales y, por otra, la posibilidad de modificar el entorno para facilitar las ejecuciones. Una adecuada adaptación del entorno que permita soslayar las posibles limitaciones sensoriales y motoras puede tener una gran importancia en la mejoría de la auto-

nomía de los pacientes [véase cap. 9]. Las adaptaciones del entorno pueden ser desde simples intervenciones, como adecuar la iluminación, a modificaciones arquitectónicas importantes. Dado que el entorno también lo constituyen las personas, familiares y cuidadores, la adecuación de éstos a las características y la gravedad del cuadro del paciente será de una importancia capital [véase. cap. 10].

## 4

## Orientación a la realidad

Las técnicas de orientación a la realidad (OR) fueron planteadas e iniciadas en 1958 por el psiquiatra James Folsom, quien trabajaba en el Hospital de Veteranos de Topeka, en Kansas, Estados Unidos. Posteriormente fueron concretándose y formalizándose los métodos de esta técnica y, a mediados de los años sesenta, aparecieron las primeras publicaciones. En 1978 Drummond y colaboradores publicaron una guía práctica de aplicación de la OR.

La OR constituye un método de tratamiento de la confusión y las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes con el objetivo de que compensen o reaprendan datos sobre sí mismos y sobre su entorno. De hecho, la orientación a la realidad no deja de ser una aproximación conductual de reentrenamiento de la orientación. La OR es adecuada en personas afectadas de diferentes tipos de demencia y de trastornos cognitivos.

Fue una de las primeras terapias psicosociales sistematizadas practicadas en instituciones. Existe una amplia literatura descriptiva y evaluativa (Holden y Woods, 1995; Miller y Morris, 1993; Woods, 1992). En la actualidad ha sido remodelada («ampliada» [Beck-Friis, 1988; Morel-Vuilhez y Chapuy, 1991] y «personalizada» [Kalfat y González, 1988]) y actualizada por diversos autores.

■ Desde un punto de vista cognitivo, la orientación a la realidad es una forma de ayudar a superar los problemas de la memoria episódica a corto y medio plazo y de estimular y facilitar los sistemas de acción (ejecutivos) cerebrales. Al trabajar aspectos personales antiguos, se ayuda a superar problemas de memoria episódica remota biográfica (a largo plazo). Lógicamente, tienen que quedar capacidades residuales para poder aplicar adecuadamente esta técnica.

Se pretende estimular al sujeto para que interactúe con el entorno, establezca contactos sociales y

mantenga las relaciones. Se comprende que este hecho *puede ser* importante en las residencias, pero también *puede serlo* en el entorno familiar.

### Objetivos:

Tratar y superar la confusión y desorientación e incrementar la autonomía (objetivo final)

Evitar la desconexión del conjunto del entorno personal, familiar y social

El envejecimiento se caracteriza por diversos trastornos funcionales, entre ellos los perceptivos: es la llamada deprivación sensorial. A medida que se incrementan los trastornos perceptivos se incrementa el aislamiento, por lo que es interesante realizar, además, una estimulación sensorial que ayude a mantener los mejores rendimientos.

**Método.** Existen dos posibilidades prácticas que pueden desarrollarse en el domicilio o en instituciones:

- Orientación a la realidad de veinticuatro horas.
- Orientación en sesiones.

Con independencia de los dos enfoques citados, que luego se tratarán con cierto detalle, la orientación a la realidad requiere un tercer elemento práctico: la adopción de una serie de actitudes por parte de los cuidadores (*terapia de actitud*). Según las características específicas de cada paciente, se adoptarán actitudes de firmeza, amabilidad activa, amabilidad pasiva, flema o sin exigencias... Las actitudes ejercen impacto en el paciente, ya que determinan reacciones interpersonales de diversa entidad. Lógicamente, las personas más afectadas deberán ser tratadas con amabilidad activa y sin exigencias, mientras que las personas con capacidades cognitivas relativamente preservadas y con pasividad deberán ser tratadas con mayor firmeza y con pasividad a fin de que sean ellas las que actúen.

Finalmente, el terapeuta debe animar, alentar y facilitar la autoestima del paciente. Todas las sesiones tienen que finalizar con tareas fáciles y reconfortantes. La experiencia actual aconseja realizar tareas personalizadas y absolutamente adaptadas, evitando situaciones extremas en las que se exijan cosas que el paciente no puede dar.

La orientación a la realidad debe adaptarse a cada persona: *recordar o corregir insistentemente a ciertos pacientes con incapacidad de fijación y comprensión que están en una residencia y en un año determinado puede carecer totalmente de sentido y ser realmente decepcionante.* Una aplicación excesiva de la orientación a la realidad puede provocar serios conflictos. Si aparecen síntomas de ansiedad o existe el peligro de desencadenar reacciones catastróficas, se abandonará la actividad.

### Orientación a la realidad de veinticuatro horas

Esta variedad de OR se denomina «informal» o «básica». Constituye un proceso continuado de realización de actividades a lo largo de todo el día, de forma que al paciente se le va suminis-

trando información que le ayuda a orientarse. Cada vez que una persona interacciona con el paciente le recuerda el día, el lugar y la actividad, y ante sus preguntas le proporciona información detallada.

Este proceder presupone organizar un programa sistemático de actividades, desde el momento de despertarse, hasta el momento de acostarse, pasando por el baño, la comida... Se trata de animar y dar apoyo con el objetivo de disminuir el número de situaciones de desorientación y ansiedad. En su versión original, se trataba de dar información de orientación en todas las interacciones del paciente. En versiones más recientes, la orientación se ofrece únicamente cuando el paciente la solicita (Reeve e Invison, 1985; Williams et al., 1987). Ciertamente la flexibilidad es fundamental.

El entorno (domicilio u hospital) debe modificarse a fin de ofrecer indicaciones concretas y facilitar las actividades. Es fundamental el uso de letreros en las puertas (cocina, baño, dormitorio...), así como de calendarios o pizarrines con las listas de las cosas que se deben realizar. Este componente de la orientación a la realidad coincide con la adaptación cognitiva y funcional del

### Recursos del proyecto «Activemos la mente»

En el presente proyecto se ofrecen diversos recursos de ayuda a la orientación a la realidad: pictogramas para las puertas, un calendario con fichas (fiestas, estaciones) y un reloj con fichas que representan las actividades de la vida diaria. En el calendario existe un espacio en el que se puede escribir el nombre del lugar donde se encuentra el paciente. También se incluyen diversas láminas para la planificación del día, la semana, el mes y el año, así como para el registro de fiestas y acontecimientos.



entorno o con lo que se ha llamado «adaptación protésica del entorno».

### Orientación a la realidad en sesiones

Esta variedad de OR recibe el nombre de «intensiva», «formal» o «clases de OR». Consiste en la celebración de sesiones individuales (o en grupo, «OR grupal») de unos treinta o sesenta minutos donde se trabajan una serie de aspectos concretos de la orientación, se pone en contacto a los pacientes con el entorno y se realiza estimulación cognitiva. Para ciertas personas y en ciertos medios, un entorno de tipo familiar o social puede ser más reconfortante que un entorno de tipo escolar («entorno de aula o de clase»).

Según el estado de los pacientes se diferencian tres niveles: básico, estándar y avanzado.

- En el **nivel básico** se tratan y repiten las informaciones actuales (en curso) y se trabaja material de orientación a nivel elemental: orientación temporal básica (día, mes, fiestas), el tiempo, los nombres...
- En el **nivel estándar** se tratan aspectos de orientación básica y temas propios de la estimulación y actividad sensorial, manteniendo discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje.
- En el **nivel avanzado** se tratan en menor medida las informaciones básicas y se establecen temas de discusión y de trabajo que, en cierto modo, se diferencian poco de lo que se efectuaría con sujetos normales.

### Temáticas clave

Los temas dependerán del nivel de aplicación de la OR y de su sistematización. Entre los fundamentales y específicos que se deben tratar en la OR destacan los siguientes:

- Datos importantes de la vida del paciente: el nombre y apellidos, el domicilio, la fecha, el lugar y las tareas del día o pendientes.

*Puede escribirse en pizarrines todo lo que sea pertinente, de modo que la información resul-*

*te accesible y se puedan realizar lecturas, copias, pasar la información a diarios...*

- Sesiones de «repaso» del libro de *Historia de vida* del paciente o usar parte del material.
- Repasos de «La línea del tiempo» y reminiscencias.

### Efectividad de la terapia de orientación a la realidad

Se ha realizado una revisión de los estudios sobre el efecto de la orientación a la realidad mediante comparaciones con grupos-control o con otras técnicas de intervención (Holden y Woods, 1995), destacando dos grandes conclusiones:

- Se observa una mejoría en las puntuaciones de las medidas de orientación verbal respecto a los grupos-control. La acción sobre aspectos cognitivos más generales es controvertida, aunque ciertos trabajos tienden a apuntar en esta dirección (Breuil *et al.*, 1994).
- Se pone de manifiesto que los cambios en las capacidades funcionales y en el comportamiento son más difíciles de demostrar que los cambios cognitivos.

La revisión de los efectos de la orientación a la realidad evidencia la necesidad de realizar una adecuada selección de las personas que se pueden beneficiar de ella:

- Brook, Degun y Mather (1975) mostraron que se precisa una estimulación interpersonal y que el hecho de exponerse simplemente a recordatorios externos de la realidad carece de efecto. Demostraron, además, que únicamente mejoran los pacientes que no presentan un deterioro grave.

Se ha de valorar el grado de deterioro y la ubicación del paciente (en familia o en institución) antes de decidir si realmente tiene interés insistir en sus coordenadas temporales y espaciales.

La selección de los pacientes adecuados es absolutamente necesaria para una correcta aplicación de las técnicas de orientación a la realidad, puesto que éstas están indicadas fundamentalmente en casos de demencias de gravedad discreta o moderada.

## 5

## Reminiscencia

Se ha planteado en diversos estudios el interés real de la reminiscencia como método de intervención en personas de edad y pacientes afectos de demencia, estableciéndose por otra parte sus bases teóricas y sus aspectos terapéuticos (Coleman, 1986; Bornat, 1994). En este ámbito cabe destacar la importante aportación de Butler (1963), quien insistió en el concepto de 'revisión de vida' como una tarea propia del último periodo de la vida. Asimismo, hay quien sostiene que la reminiscencia no es equivalente a la revisión de vida (Haight y Burnside, 1993). Veamos sus diferencias:

- La **revisión de vida** constituye una actividad en la cual la intervención del terapeuta se centra en ayudar a la persona a alcanzar un sentido de honradez o rectitud y mediante la cual ésta recuerda y evalúa los acontecimientos de su vida. El terapeuta –generalmente a solas con el paciente– actúa como oyente terapéutico. El objetivo fundamental de la revisión de vida es la autoaceptación con independencia de que la vida se considere creativa y fructífera o inútil y sin sentido.
- La **reminiscencia** constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad (Norris, 1986). Va más allá que la revisión de vida en cuanto a objetivos y técnicas, utilizando la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento. Se pueden rememorar hechos generales y no necesariamente relacionados con experiencias personales. En este sentido, no se estimula la evaluación de los recuerdos ni tampoco se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes. La aparición de recuerdos tristes, incluso trágicos, requiere la intervención del terapeuta.

Las personas afectas de demencia –al igual que los ancianos normales– tienen más memoria de su juventud, ya que normalmente se tratan de recuerdos muy aprendidos, fijados y repetidos o

que tienen un especial significado emocional o personal.

El paciente afecto de la enfermedad de Alzheimer presenta trastornos graves en la memoria más reciente (a corto y medio plazo), mientras que los recuerdos antiguos y remotos están relativamente preservados según sea la etapa de la enfermedad. Aparentemente recuerda los acontecimientos de su infancia, pero es incapaz de recordar lo que hizo el día anterior o lo que ha comido. Realmente, cuando se estudia con detalle la capacidad de recuerdo de una serie de años anteriores, se observa que no está relativamente preservada en la demencia (Morris, 1994). Los rendimientos mnésicos de los pacientes son menores que en los sujetos normales usados como control. Los estudios de memoria autobiográfica señalan que es un rasgo característico la inexistencia de recuerdos de los años medios de la vida, lo que puede tener una importancia capital en la dificultad de recuperar la orientación en el presente (Morris, 1994).

*Desde un punto de vista cognitivo, la reminiscencia es una forma de activar o actualizar la memoria episódica a largo plazo (biográfica) del paciente. Frente a cualquier estímulo se realiza un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) y conexión con toda la red de recuerdos relacionados (memoria episódica y semántica).*

*Esta técnica se ha usado durante la celebración de sesiones de orientación a la realidad, pero ha sido reconocida como una técnica independiente (Gibson, 1994; Woods y McKiernan, 1995). La reminiscencia se ha desarrollado, en general, partiendo de determinadas consideraciones psicoterapéuticas en las que se destaca la importancia de la revisión de vida en el proceso de adaptación.*

La estimulación de los recuerdos y el trabajo de los mismos puede ser francamente eficaz si deseamos obtener una adaptación de los pacientes. Las fases leves y moderadas de la enfermedad son las mejores para practicar la reminiscencia,

excepto si se dan trastornos del lenguaje que la imposibiliten o la hagan muy difícil.

### Reacciones ante la reminiscencia

Las reacciones ante las tareas de reminiscencia son diversas en función de las características de la persona y de la temática recordada. Se han distinguido cuatro tipos de reacciones (Coleman, 1986):

- Personas que disfrutan de la reminiscencia y que mantienen un nivel alto de interés durante todo el tiempo.
- Personas que realizan reminiscencias compulsivamente, pero apareciendo o incrementándose las manifestaciones de ansiedad y/o depresión debido a que en su pasado existen muchos problemas y malos recuerdos. Hay enfermos que pueden realizar muy bien las reminiscencias y sacar gran provecho de ellas, a excepción de unos temas determinados. Por otra parte, el paciente tiene derecho a la intimidad y puede evitar temas específicos.
  - ▶ *El Sr. AF había sido el jefe de personal de una importante empresa. Evitábamos tocar el tema de su trabajo, ya que –según él– le rescindieron injustamente el contrato para colocar a otra persona. Este tema ciertamente le afectaba mucho.*
- Personas que no gustan de la reminiscencia, ya que consideran que la actualidad y el futuro son más estimulantes. Estas personas se mantienen con una moral muy alta.
- Personas que piensan que el pasado provoca malestar y depresión, no a causa de malos recuerdos, sino porque pone de manifiesto que el presente es mucho menos satisfactorio.

De las distintas reacciones descritas se extrae la conclusión de que es fundamental conocer las diferencias individuales en el momento de aplicar técnicas de reminiscencia, e incluso prever las reacciones posibles. Recordemos que es fundamental respetar la intimidad y la confidencialidad.

### Frecuencia: sistemática e informal (en cualquier situación)

La reminiscencia se puede realizar diariamente, varios días a la semana o semanalmente, adaptándose la periodicidad al plan general de intervención establecido.

*Puede realizarse en todo momento*, ya que el amnésico inevitablemente se referirá a sus recuerdos antiguos. Estimular la reminiscencia permite dar un espacio propio y un respeto a la persona. En cualquier momento, al ir de compras, en el baño o en la cocina se puede estimular la reminiscencia y mantener conversaciones sobre recuerdos del paciente. La clave está en que siempre exista una buena receptividad por parte del cuidador.

Si se conocen las características personales de cada persona, se pueden realizar, por ejemplo, reminiscencias positivas en la hospitalización o la consulta médica. Veamos unos ejemplos personales:

- ▶ *La Sra. RM estaba ingresada en una unidad de demencias. Al oír que su médico (JPC) decía en gallego los primeros versos de un largo poema («Airiños, airiños, aires...»), se aproximó y lo recitó prácticamente entero con total alegría, satisfacción y orgullo. A continuación, entró en su habitación y sacó del cajón de su mesilla de noche un libro de poemas en gallego y se puso a leer. Desde aquel día, la paciente se sentía reconocida por los poemas que sabía de memoria y siempre estaba dispuesta a recitarlos o leerlos. Unas semanas más tarde se dirigió al médico para prestarle el libro que ella tanto apreciaba.*
- ▶ *El Sr. JF trabajó durante muchos años en los ferrocarriles. Sus temas favoritos eran los trenes. Siempre que acudía a consulta se le preguntaba sobre algún tema relacionado con los trenes y su trabajo. A lo largo de las sucesivas visitas fue explicando muchas de las experiencias que vivió. Siempre se iba feliz.*
- ▶ *El Sr. PG era natural de Salamanca y estaba afincado en Barcelona desde hacía veinticinco años. En la consulta, cuando se le preguntaba sobre los pueblos y las comidas de su tierra natal, era difícil terminar la visita por las largas explicaciones que efectuaba.*

## Aspectos positivos de la reminiscencia

Es importante destacar los siguientes aspectos positivos que debe producir la reminiscencia:

- Ha de poner de manifiesto elementos y aspectos positivos de los recuerdos, más que las discapacidades. De este modo se ayuda a *mantener y reforzar la autoestima*.
- Ha de dar la oportunidad de expresar y compartir las experiencias acumuladas a lo largo de la vida, a fin de *poner de relieve la experiencia y sabiduría acumuladas*.
- Ha de facilitar el mantenimiento del sentido de identidad personal, *evitando el estereotipo de que el paciente es un viejo o un enfermo más*.
- El tiempo dedicado a la *reminiscencia se ha de convertir en una experiencia positiva y estimulante*. El hecho de estar en un determinado contexto social y hablar de su propia vida puede ser realmente muy gratificante para el paciente.

Las personas que trabajan con dementes constatan que la comunicación y la interacción suelen incrementarse al hablar con ellos de temas del pasado. Además, si se conoce el pasado de las personas es más fácil comprender sus reacciones. Ésta es una de las funciones de un buena historia de vida (*El libro de la memoria*), de la cual debe disponer cualquier institución que se haga cargo del paciente.

## Reminiscencia individual o en grupo

La reminiscencia en el contexto familiar (o institucional) se puede realizar en grupo o persona a persona (individual).

- Si se realiza en grupo y en el contexto familiar, deberá disponerse de una serie de personas, de la familia o amigos, que tengan una edad similar y afinidades con el paciente.
- Si se realiza en grupo en una institución, deberá procurarse que exista la máxima homogeneidad entre las personas participantes.

- Si se realiza con una persona a solas, la relación es más personalizada, se dispone de más tiempo y se pueden desarrollar lazos afectivos y de confianza mutua. En este caso puede adaptarse adecuadamente el ritmo y contenido de las conversaciones.

## Las ayudas para la reminiscencia

Dado que la reminiscencia se caracteriza por el hecho de que un recuerdo conduce a otro, cualquier estímulo que evoque recuerdos (una fotografía, un sonido, un olor...) puede actuar como primer elemento de una cadena de recuerdos. La mejor ayuda para la reminiscencia es aquella que es capaz de producir un buen impacto en el sujeto y desencadenar un gran número de respuestas (recuerdos).

Generalmente, los estímulos adecuados para la reminiscencia han de tener una relación o parecido con la experiencia que evocamos. Ciertamente, será mejor utilizar, por ejemplo, fotografías reales de un hecho que un dibujo abstracto relacionado con éste. Los objetos personales desempeñan un gran papel en la reminiscencia.

Es importante tener en cuenta la realidad de cada persona y emplear elementos relacionados con su biografía. Por ejemplo, unas canciones pueden tener interés para un grupo de personas determinado, pero no para otro. Una buena ayuda para la reminiscencia ha de estar adaptada a la edad, la cultura, la profesión, el estilo de vida y la experiencia.

Veamos dos ejemplos claros y espontáneos de ayudas a la reminiscencia puestos de manifiesto en una consulta médica:

- ▶ *El Sr. JC, siempre que acudía a la consulta, mostraba orgulloso una antigua fotografía de su juventud con sus compañeros vestidos para jugar a fútbol. En especial señalaba su imagen.*
- ▶ *El Sr. JM siempre mostraba una fotografía, donde se le veía a caballo, diciendo: «Es de cuando hice la mili en Melilla.» A continuación explicaba experiencias de su servicio militar. Cuando la evolución de la enferme-*

*dad le privó de las capacidades de comunicación aún siguió mostrando la fotografía.*

Estos dos ejemplos, además de indicarnos la importancia de las fotografías, también ponen de relieve el efecto positivo de la reminiscencia en la autoestima y en el deseo de comunicación.

### Recursos del proyecto «Activemos la mente»

- Se incluyen tres grandes recursos prácticos para trabajar la reminiscencia:
- **El libro de la memoria.** Historia de vida en forma de libro independiente
- **«La línea del tiempo»** (véase *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*)
- **Ayudas para reminiscencias temáticas** relacionadas, a su vez, con «La línea del tiempo»: deportes, cine, música, teatro, medios de comunicación, ciencia y tecnología... (véase *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*)

Las láminas temáticas y las láminas de categorías, materiales utilizados inicialmente en el trabajo de ámbitos semánticos, también pueden utilizarse en tareas de reminiscencias. Este recurso se presenta de forma independiente.

### Historia de vida

La historia de vida constituye un elemento esencial en la terapia de los trastornos de memoria. Se trata de realizar un libro donde se recogen sistemáticamente los datos fundamentales de la biografía del paciente, estructurados en el orden habitual de los acontecimientos biográficos: infancia, escuela, juventud, trabajo, pareja, hijos, nietos... El libro presenta espacios donde insertar fotografías de personas y lugares, así como otros documentos. Existen también espacios donde escribir los nombres de las personas y los lugares y los acontecimientos significativos y donde escribir breves narraciones que acompañan o son una alternativa a las fotografías.

*Los registros en el libro de historia de vida pueden, además, acompañarse de distintos objetos, que se guardarán en «La caja de los recuerdos» (véase más adelante).*

*La historia de vida se puede acompañar, también, de pequeñas notas sobre acontecimientos públicos (sociales) que ayuden a recordar el año o época en que acontecieron hechos biográficos específicos. Para ello se puede utilizar el recurso denominado «La línea del tiempo» (véase más adelante).*





La historia de vida es una actividad distinta a la revisión de vida, ya que la historia de vida no se considera un componente evaluativo. La historia de vida no pretende modificar valores o la percepción que tiene el sujeto de sí mismo.

---

### «La línea del tiempo»

---

Los episodios biográficos de una persona tienen lugar paralelamente a los acontecimientos locales, nacionales o mundiales. «La línea del tiempo» representa una ayuda en la estimulación y el recuerdo interrelacionado de los acontecimientos personales y sociohistóricos de la vida del paciente.

En función de los intereses del sujeto, y de la importancia local o mundial de los hechos, se produce una concatenación de recuerdos, de forma que la conciencia autobiográfica personal se relaciona con datos de información «pública» (acontecimientos sociales y políticos). Así, por ejemplo, el inicio o el fin de guerras, la muerte y sucesión de los papas, los presidentes del propio país y de otros países, los grandes líderes políticos, artistas y deportistas se relacionan con la infancia, la madurez o la vejez de una persona. Cuántas veces, ante una canción, por ejemplo, alguien dice: «¡Ésta es de mi época!»

«La línea del tiempo» está constituida por dos grandes espacios paralelos: los acontecimientos mundiales y nacionales y los hechos personales. En el espacio de los hechos personales se anotan –en los años correspondientes– los datos biográficos importantes: nacimiento, año de inicio de la escuela, servicio militar (inicio y fin), fecha de inicio de trabajos, boda, nacimiento de hijos... Automáticamente estas fechas quedan en paralelo con los acontecimientos «públicos» significativos.

Las peculiaridades personales y locales hacen imposible efectuar una línea del tiempo útil para todo tipo de persona. Por este motivo, es aconsejable que también se anoten en el espacio de hechos personales los acontecimientos «públicos» significativos en la vida de la persona en cuestión. Una persona muy aficionada al deporte dará importancia a hechos distintos a los de la persona que ha seguido atentamente los aconte-

cimientos políticos y con poco interés los deportivos. Por otro lado, la persona aficionada al cine es fácil que recuerde con mayor interés los nombres de películas y artistas famosos.

Es muy importante activar las reminiscencias mediante todos los aspectos del ámbito social: cantantes, futbolistas, toreros, boxeadores, políticos, científicos, artistas plásticos, anuncios de radio, programas de televisión o radio, películas...

Los acontecimientos «locales» significativos también tienen su importancia y lugar en «La línea del tiempo». En una población o comunidad quizás han acontecido inundaciones, «nevadas históricas» o hechos culturales o políticos significativos y diferentes de otros lugares. Mientras que el fin de la guerra civil o la llegada del hombre a la Luna tienen teóricamente un impacto general, acontecimientos como, por ejemplo, la Exposición Universal del 1929 es lógico que tengan un impacto sobre todo en las biografías de los barceloneses que vivieron aquella época.

«La línea del tiempo» diseñada en el seno del presente proyecto se inicia en el año 1910 y termina en 1989. Aunque algunos acontecimientos muy lejanos no hayan sido «vividos» por algunos pacientes, es muy posible que hayan sido objeto de comentarios por parte de sus padres y abuelos... Y estos recuerdos también forman parte, lógicamente, de la memoria episódica y semántica del individuo.

*«La línea del tiempo» también tiene interés para terapeutas jóvenes que no han vivido los acontecimientos de la juventud y madurez de sus pacientes. Este material les ayudará a situarse históricamente en la vida de sus pacientes y les puede dar, además de ideas de trabajo, elementos para comprender a las personas que están tratando.*

---

### «La caja de los recuerdos»

---

Se puede realizar una selección de objetos que ayuden a las reminiscencias del paciente y guardarlos en una caja («La caja de los recuerdos»). Los objetos se usarán para reforzar las tareas de reminiscencia.

Se incluirán en «La caja de los recuerdos» elementos como, por ejemplo, fotografías no incluidas en la historia de vida, carnets de pertenencia a sociedades, relojes o joyas antiguas de especial significación, cartas, postales, certificados de

■ **Materiales audiovisuales:** discos, películas y vídeos.

- La ambientación con música diversa de la época del paciente es un buen recurso que



notas o libros de escolaridad, antiguas cartillas escolares o de racionamiento, billetes, facturas, propagandas, folletos de viajes, colecciones de cromos, recortes de prensa, películas...

En las reminiscencias son muy importantes todos los materiales gráficos y audiovisuales, personales o publicados:

■ **Materiales gráficos:** fotos, diapositivas, postales, álbumes, libros...

- Se pueden utilizar libros de historia gráfica del país o de la ciudad. Existen diversas opciones en el mercado.
- Si el paciente ha tenido aficiones específicas (automóviles, ferrocarriles, cine, televisión...), se pueden buscar libros históricos especializados en las materias concretas de su interés. Las letras de canciones también son un buen material.

provoca reminiscencias y notable satisfacción. Es importante proveerse de los registros musicales pertinentes en función de los intereses del paciente.

- Dentro de las actividades significativas y de la vida diaria se incluirán sesiones de cine con películas «clásicas» (con vídeos propios o de alquiler).

### Las series de reminiscencia

Las series de reminiscencia son conjuntos de objetos familiares que se emplean para realizar reminiscencias. Estos objetos no necesariamente han de tener una relación personal con el paciente. Se tratará de organizar conjuntos de objetos de un determinado ámbito funcional (la cocina, por ejemplo) con el objetivo de usarlos como estímulos para obtener reminiscencias. En estas series se cuidará que existan numerosos objetos anti-

guos que puedan tener un importante valor sentimental para el enfermo. Tiene más sentido, por ejemplo, un molinillo de café manual que uno eléctrico.

Se organizarán series de objetos de cocina, de escritorio, de herramientas, de deportes, de objetos del baño... En hospitales de día se pueden preparar cajas temáticas de objetos para su uso en sesiones.

Para realizar reminiscencias también son útiles las láminas temáticas (representaciones de situaciones de la vida diaria actual o pasada) y las láminas con imágenes de objetos (actuales o antiguos) agrupados por categorías. Estas láminas sirven de punto de partida de las sesiones de reminiscencia.

---

### La reminiscencia en el domicilio

---

Además de «La caja de los recuerdos», en el domicilio existen objetos (cuadros, aparatos, figuras, jarrones, lámparas, series de libros...) de especial valor para practicar reminiscencias. Todos estos objetos se usarán sistemáticamente, presentándolos ante el paciente o haciendo que éste se desplace por el domicilio realizando comentarios sobre los distintos elementos que se le señalan. Esta actividad debe efectuarse de la manera más «natural» posible, evitando tratar al paciente como a un niño.

---

### Reminiscencias al aire libre

---

Las visitas a lugares importantes en la biografía del paciente constituyen un elemento más de ayuda a la reminiscencia. Tienen el doble interés de estimular la reminiscencia y ocupar al paciente. Las reminiscencias al aire libre se pueden diferenciar en próximas (en la misma población) y lejanas (cuando implican desplazarse fuera de la población). Las reminiscencias al aire libre se realizarán siempre y cuando el desplazamiento no constituya un problema.

---

### Efectividad de la reminiscencia

---

Existen pocos estudios de evaluación de la reminiscencia en pacientes con demencia y no se dispone de una idea general establecida.

Existen trabajos en los que se describe como una actividad muy placentera para los ancianos afectados de demencia, con notable incremento de la interacción interpersonal, pero no existen evidencias concluyentes sobre su efecto en la función cognitiva (Woods y McKiernan, 1995). Sin embargo, los estudios tienden a centrarse en los aspectos no cognitivos. Baines y cols. (1987) mostraron que los pacientes tenían interés por las sesiones de reminiscencia y que los rendimientos eran mejores en el ámbito cognitivo y funcional. Las intervenciones de reminiscencia se deberían estudiar en relación con los tests de memoria autobiográfica (Kopelman *et al.*, 1990).

## 6

## Programas de estimulación y actividad cognitiva

**E**xiste toda una serie de enfoques que pretende mejorar o mantener las capacidades cognitivas en pacientes afectados de demencia a través de la estimulación y la actividad.

*Recordemos que la estimulación cognitiva, en un sentido genérico, es distinta de la terapia cognitiva (Van der Linden, 1996):*

- La **estimulación cognitiva** tiene el propósito de «animar a la acción o a la ejecución». Representa, en cierto modo, un tipo de «gimnasia cerebral».
- La **terapia cognitiva** tiene un objetivo «más elaborado». La terapia cognitiva se fundamenta en un análisis detallado de las capacidades mentales a fin de establecer estrategias de intervención más fundamentadas en el plano teórico y mejor articuladas en el plano metodológico.

Las tareas de los programas de estimulación y actividad cognitiva pretenden intervenir en los ámbitos cognitivos alterados –preservados– en la enfermedad de Alzheimer (tabla 3).

Los ejercicios que habitualmente se proponen en este ámbito tienen como objetivo estimular las habilidades mentales del paciente. Se trata de trabajar el lenguaje, la memoria, la imaginación, los sentidos..., como si las capacidades mentales fueran algo unitario y susceptible de una especie de «gimnasia mental». Este método considera que la memoria y las capacidades neuropsicológicas se pueden ejercitar como se ejercitan los músculos.

### Objetivo:

Realizar intervenciones globales tendentes a estimular y mantener las capacidades mentales, así como a obtener un mejor rendimiento cognitivo y una mayor autonomía personal

**Tabla 3. Ámbitos cognitivos alterados en la enfermedad de Alzheimer**

Memoria	Capacidad visuoespacial	Praxis (gestualidad)	Capacidades ejecutivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria de trabajo (capacidad de mantener temporalmente las informaciones y su manipulación)</li> <li>• Memoria episódica a largo plazo (memoria de acontecimientos y eventos)</li> <li>• Memoria semántica (memoria de conocimientos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención y orientación en el espacio</li> <li>• Reconocimiento de objetos</li> <li>• Reconocimiento de caras</li> <li>• Representación mental del espacio y de los objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestos de comunicación (producción y reconocimiento)</li> <li>• Gestos de manipulación (producción y reconocimiento)</li> <li>• Gestos y actos secuenciales de construcción (praxis constructiva)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de reproducir dibujos o de realizarlos de memoria</li> <li>• Capacidad de construir con bloques de madera</li> </ul> </li> <li>• Gestos del acto de vestirse (praxis del vestido)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades conceptuales (semejanzas, diferencias)</li> <li>• Capacidades de planificación (organización de tareas y proyección en el futuro)</li> <li>• Capacidades de juicio (evaluación y adecuación de la conducta en función de normas o criterios)</li> <li>• Capacidad de reconocimiento del propio estado</li> </ul>
<b>Orientación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo</li> <li>• Espacio</li> <li>• Persona</li> </ul>	<b>Lenguaje oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evocación de vocablos (capacidad lexicosemántica)</li> <li>• Sintaxis</li> <li>• Comprensión</li> </ul>		
	<b>Lenguaje escrito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura</li> <li>• Escritura</li> </ul>		

Así pues, la estimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos (atención, capacidad sensorial...) y los propios procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas (disminución de la ansiedad, superación de la inseguridad, adquisición de actitudes positivas...). Estas tareas no se limitan a los aspectos de recepción de estímulos (a partir de la estimulación), sino que implican también un importante componente de acción. Por este motivo, es mejor hablar de programas de estimulación y actividad cognitiva.

Las técnicas de estimulación y actividad cognitiva se pueden agrupar en distintos niveles de complejidad en función de la gravedad del trastorno neuropsicológico del paciente. Existen pocos estudios efectuados con una metodología adecuada para demostrar la efectividad de las intervenciones. Por otra parte, muchos métodos se han aplicado a personas no dementes. A continuación se citan algunos. Para más información véase Montejo y cols. (1997). Un claro contrapunto se puede encontrar en los estudios y revisiones de Van der Linden (Van der Linden, 1994; Van der Linden y Hupert, 1994).

### 1. Método de entrenamiento de la memoria (Israël, 1982)

Este método va dirigido a personas con «olvidos benignos» que se quejan de trastornos de memoria y solicitan una ayuda terapéutica. Su objetivo es «proteger el funcionamiento de los procesos mentales y preservar así la autonomía psicológica de las personas de edad» (Israël, 1996, p. 18). El método incluye una serie de técnicas de memorización y de ejercicios de aprendizaje, intentando combinar una acción pedagógica y una acción psicoterapéutica a la que se añade una acción socioterapéutica. Veamos con más detalle estos aspectos (Israël, 1988):

- **Acción pedagógica:** pretende desarrollar los mecanismos que están en la base de las capacidades mnésicas, estimulando y reforzando la atención, la capacidad sensorial, la estructuración, las asociaciones mentales, los puntos de referencia temporales y espaciales...

- **Acción psicoterapéutica:** pretende que la persona disminuya su ansiedad ante sus problemas de memoria, desdramatice su situación y adquiera actitudes positivas que permitan compensar los problemas.

- **Acción socioterapéutica:** establece una resocialización y un efecto de grupo.

El programa fue publicado en 1988 y posteriormente se tradujo al italiano (Israël y de Vreese, 1989). Las experiencias realizadas tienden a mostrar mejorías en las estrategias de recuerdo (acción pedagógica) y efectos positivos psicoterapéuticos y socioterapéuticos, mediante los cuales los sujetos efectúan una resocialización. Los estudios recientes de De Vreese y cols. (1998) muestran que los programas de entrenamiento de la memoria tienen un efecto beneficioso en las personas que se quejan de trastornos de memoria, aunque tienen un efecto distinto si dichas quejas se acompañan de trastornos de memoria reales. Es importante dejar claro que estas tareas y estudios se han realizado en personas sin trastornos neurológicos evidentes y que entran dentro del concepto de «trastorno de memoria asociado a la edad».

### 2. PAC-Eurêka

El PAC (Programa de Activación Cerebral) a través de actividades cognitivas fue concebido en 1987 en Francia gracias a una acción concertada entre un organismo de investigación y un régimen de protección social. Su objetivo era doble: identificar las quejas por trastornos de memoria y comprobar el efecto de un programa de estimulación intelectual. Este programa consta de un conjunto de ejercicios cognitivos, agrupados en quince sesiones colectivas en las que participaron una decena de personas y de una duración media de dos horas. Se realizaron sesiones semanales durante las ocho primeras semanas. Posteriormente, la periodicidad era decidida por el grupo hasta completar siete semanas más. Los ejercicios incluían factores de atención, perceptivos, mnésicos, verbales e intelectuales, así como factores psicoafectivos y motivacionales. Los ejercicios empleaban estrategias relativamente simples, como síntesis, clasificación, visualización, semantización... *Los monitores no utilizaron los ejercicios cognitivos para incrementar especifi-*

amente las capacidades cognitivas, sino como un soporte de dinámica de grupo en el sentido de facilitar la expresión de los recursos cognitivos, afectivos y sociales de los participantes. Es importante destacar que el objetivo principal de los ejercicios era la «desdramatización» de los «agujeros de memoria» a través de la experiencia colectiva, la dinamización de las motivaciones y de la autoconfianza, así como la sensibilización de las personas en cuanto a la necesidad de preservar las capacidades intelectuales y de elaborar proyectos de vida.

### 3. Programa de memoria del Ayuntamiento de Madrid (Montejo y cols., 1997)

El Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid creó en 1993 una Unidad de Memoria con el objetivo de diseñar y poner en marcha un Programa de Memoria (Montejo y cols., 1997) en los Centros Integrados de Salud (CIS). El objetivo general del programa es «mejorar la calidad de vida, mantener la capacidad funcional y conseguir la autonomía y la independencia de los sujetos mayores de sesenta y cinco años con trastornos de memoria» (p. 33).

En este extenso y estructurado proyecto se distinguen, entre otros apartados, su justificación,

objetivos, metodología, actividades y cronograma. El programa establece sus bases teóricas mediante la revisión, entre otros aspectos, de los programas de entrenamiento desarrollados por una serie de expertos (L. Israël, F. Stengel, J. A. Yesavage, R. Fernández Ballesteros, M. Le Poncin y B. Wilson) en distintos países.

### Limitaciones

La participación en actividades de terapia cognitiva o en centros especializados donde se realizan «entrenamientos de la memoria» ha de ser evaluada cuidadosamente. Este hecho es tan importante, que incluso Woods (1996) planteaba abiertamente las siguientes preguntas: ¿la participación en un programa de intervención cognitiva representa una carga adicional? y ¿existe el peligro de empeorar una relación difícil, quizás donde ya existe una tensión considerable?

Distintos autores han llamado la atención acerca de los posibles efectos negativos sobre los cuidadores cuando se establecen programas de intervención cognitiva (Zarit *et al.*, 1982). Ciertas intervenciones, aunque sean efectivas, pueden percibirse como negativas o como una pérdida de tiempo.

## 7

## Bases neuropsicológicas de la estimulación y la actividad cognitiva estructurada: puentes con la rehabilitación cognitiva

**E**n el presente apartado se establecerán las bases racionales de la actividad cognitiva estructurada y sus relaciones finales con la rehabilitación cognitiva en el sentido más estricto. Se partirá de una serie de hechos establecidos y de consideraciones teóricas:

- **Arquitectura funcional de las actividades cognitivas.** Toda actividad mental se fundamenta en unas bases biológicas, pudiendo establecerse los pasos funcionales de la misma. Para describir dichos pasos, las ciencias cognitivas y neurocognitivas han creado el concepto de arquitectura funcional. La arquitectura funcional pretende describir los postulados relacionados con «los procesos mentales subyacentes al tratamiento de la información y las representaciones mentales (es decir, informaciones antiguas situadas en memoria), sobre las que operan estos procesos» (Lecours y cols., 1998, p. 9). Las arquitecturas funcionales se concretan, en la práctica, en conjuntos de cuadriláteros y de flechas, dispuestos sobre el papel a fin de describir estos postulados. Retomaremos este tema posteriormente [véase p. 31].
- **La plurimodalidad de los conocimientos y las redes funcionales.** Los conocimientos, en su sentido más elevado y complejo, raramente son registros aislados en la memoria. En general, un conocimiento está formado por un conjunto de memorias particulares constituidas en una red funcional distribuida. Veamos un ejemplo. Una naranja puede dar lugar a la evocación de múltiples representaciones que constituyen registros diferenciados en el cerebro: representaciones visuales y táctiles de su forma, color, textura y temperatura; representaciones del aroma y del sabor o incluso de las sensaciones percibidas en la boca en el momento de masticarla; también se pueden evocar representaciones ges-

tuales, como el hecho de mondarla con un cuchillo o de llevarla a la boca, o la imagen de las naranjas en un mercado (en bolsas, en pilas), su precio, su ubicación junto a otras frutas... Además, también es posible evocar, no ya recuerdos referidos a una naranja, sino experiencias personales que van más allá de los conocimientos compartidos por todos (memoria semántica) y que entran en el terreno de la memoria episódica o memoria de los acontecimientos vividos a lo largo de la vida.

*Un caso de lesión cerebral estudiado en el Hospital del Mar ilustra muy bien el tema de las memorias específicas: el paciente perdió la capacidad de evocar la imagen concreta de los objetos. Era capaz de dar explicaciones sobre sus aspectos abstractos y saber que una rosa era una flor, pero era incapaz de imaginar la forma de una rosa. Sabía que un elefante era un animal, pero no sabía cuál era su forma. Sabía que una palmera era un árbol y que había muchas en la ciudad de Alicante, pero era incapaz de imaginarla y dibujarla.*

- **Uso, frecuencia de uso y rendimientos cognitivos.** La velocidad y capacidad de evocar, leer o reconocer una palabra, una imagen o un concepto se relaciona con su frecuencia de uso en la vida normal. Las palabras más frecuentes, por ejemplo, se leen con más facilidad que las infrecuentes. Por otro lado, si se conoce previamente el ámbito<sup>7</sup> de la palabra que leemos, la velocidad de reacción se incrementa (Lecours y cols., 1998). En resumen, si un recuerdo se trabaja, se repite y se hace más frecuente, será hipotéticamente más fácil de evocar. Por este motivo, en los estudios de investigación se controla la frecuencia de uso de las palabras en la vida normal. No es lo mismo leer la palabra «pueblo» (frecuente) que la palabra «ujier» (infrecuente). Pero no tan sólo es importante conocer la frecuencia

de una palabra, sino que también son importantes variables como su categoría gramatical (nombre, adjetivo, verbo, partícula...), su longitud («miel» frente a «temperatura») o que represente cosas concretas y fáciles de imaginar (por ejemplo, «mano») o cosas abstractas y difíciles de representar visualmente (por ejemplo, «gasto») (Lecours y cols., 1998).

- **La estructura cognitiva en la enfermedad de Alzheimer.** En los pacientes afectos de la enfermedad de Alzheimer, además del trastorno inicial y grave de la memoria, destaca una afección precoz de las capacidades lexicosemánticas y ejecutivas. En general, se preservan más las capacidades y actividades más automatizadas, más rutinarias y más básicas. Además, los trastornos cognitivos en la enfermedad de Alzheimer son heterogéneos y dependen de la fase evolutiva de la misma en que se halla el paciente. En consecuencia, la evaluación de las capacidades neuropsicológicas y la diferenciación entre las capacidades alteradas y preservadas y su graduación será una tarea

fundamental antes de planificar cualquier intervención. En otras palabras, se deberá definir la estructura cognitiva de cada paciente antes de la intervención. Veamos un caso típico. Si en un paciente determinado están fallando precoz y predominantemente las capacidades de lenguaje, las tareas de intervención deberán tener en cuenta este hecho. Además, limitarse a sostener que están fallando predominantemente las capacidades del lenguaje es un hecho realmente pobre, puesto que no se concreta cuál es el trastorno específico del paciente: fonología, léxico, sintaxis... (tabla 4).

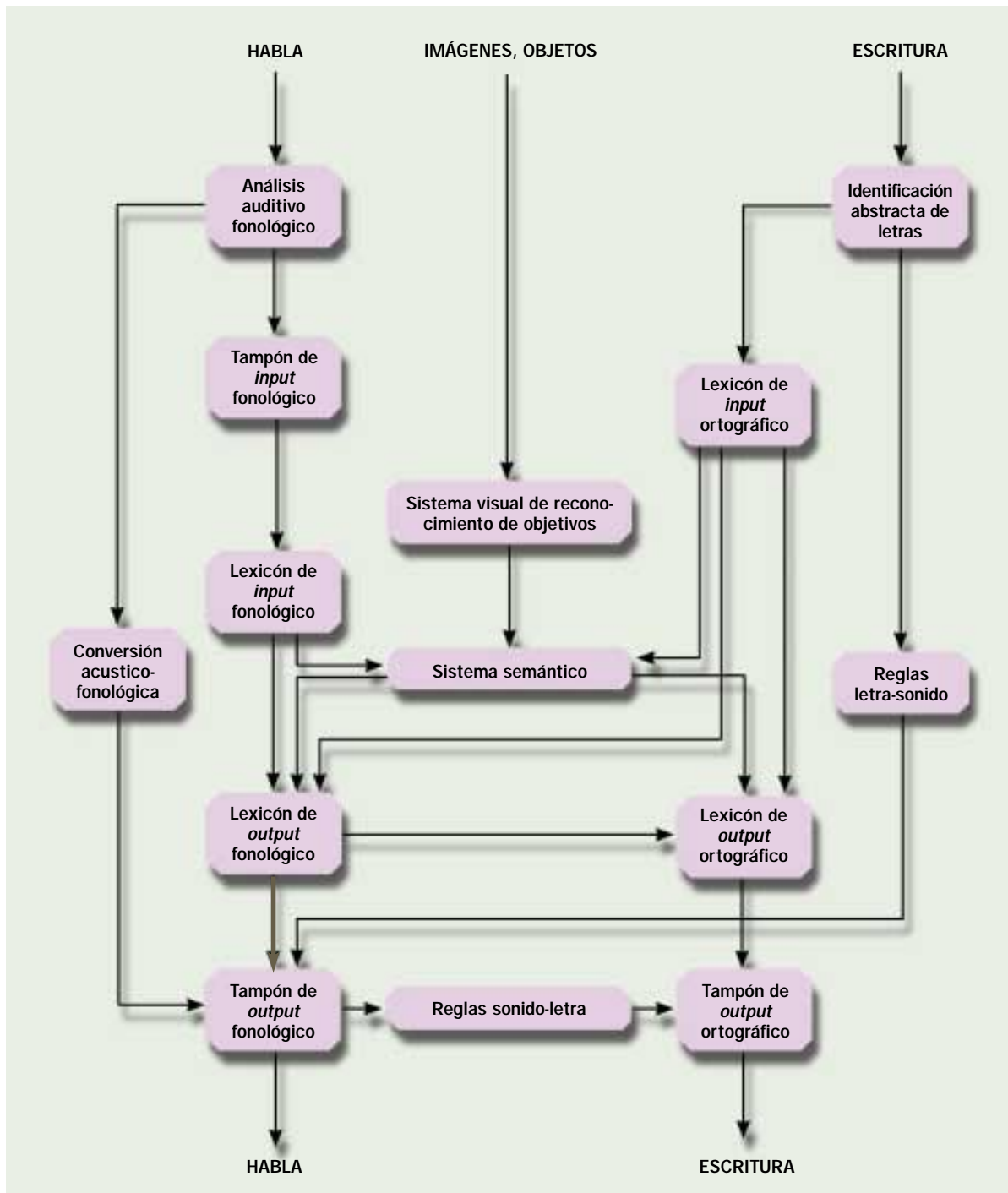
- **Explicitación de las arquitecturas funcionales de las tareas de estimulación y actividad.** Los programas de estimulación y actividad preconizados en la actualidad no presentan ninguna estructura cognitiva explícita o, por lo menos, ésta no se ha publicado (véase, por ejemplo, la revisión de Montejo, 1997). En toda tarea cognitiva se ponen en juego una serie de sistemas funcionales repre-

7. El llamado campo semántico.

Tabla 4. Componentes simplificados del sistema lingüístico

<b>Fonología</b>	Se refiere a los sonidos (fonemas) y a sus reglas de combinación para formar palabras.
<b>Léxico</b>	Se refiere a las unidades significativas del lenguaje (palabras). Constituye todo el conjunto de las palabras de una lengua. Cada entrada de su lista contiene toda la información necesaria referente a conexiones morfológicas o sintácticas, pero no incluye su significado.
<b>Semántica</b>	Se refiere al significado de todos los elementos léxicos y de todas las frases posibles.
<b>Sintaxis</b>	Se refiere a las reglas de combinación de las palabras para formar frases con sentido.
<b>Prosodia</b>	Entonación del lenguaje que puede modificar el significado literal de palabras y frases.
<b>Discurso</b>	Se refiere al encadenamiento de frases a fin de que constituyan una narración coherente.
<b>Pragmática</b>	Se refiere al efecto que el hablante quiere ejercer sobre el oyente y los medios usados para conseguir este fin.





**Figura 1. Modelo de arquitectura funcional donde se muestra la situación central de la semántica y su acceso a través del lenguaje oral, la visión de objetos, las imágenes y las palabras escritas. Reproducido de Peña-Casanova, J. y Pérez, M., p. 51 (1995). Con autorización. El análisis auditivo fonológico se refiere al proceso de diferenciación de los sonidos del lenguaje a partir de las aferencias sonoras. Los lexicones (de input fonológico, output fonológico, input ortográfico y output ortográfico) hacen referencia a registros o memorias especializadas de palabras en sus aspectos auditivo, oral, visual y gráfico. La identificación abstracta de letras se refiere al procedimiento por el cual existe equivalencia entre 'A', 'a' y 'À' (ignora el tipo de letra y tamaño). Los tampones se refieren a los sistemas de almacenamiento temporal de la información sobre la que se está trabajando. El sistema semántico hace referencia al conocimiento relacionado con los estímulos verbales, gráficos, visuales... que intervienen en el sistema. Tres sistemas o procedimientos permiten la transcodificación o conversión de las informaciones: reglas letra-sonido (paso de sistema gráfico a acústico), reglas sonido-letra (paso de sistema acústico a gráfico) y conversión acústico fonológica (paso de recepción acústica a producción fonológica).**

sentables en arquitecturas funcionales. En otras palabras, al realizar, por ejemplo, un juego de clasificación se está trabajando con el reconocimiento de objetos, con el léxico correspondiente a los objetos, con las capacidades semánticas y con las capacidades ejecutivas. Si a continuación se realiza una tarea de escritura de los nombres de los objetos clasificados previamente, se estará procediendo a la activación de otro sistema funcional. En este caso participarán la semántica, los conocimientos del léxico escrito y los sistemas motores ejecutivos de la escritura. Entre las dos tareas existen semejanzas (componentes compartidos) y diferencias, pero una es complementaria de la otra. Las arquitecturas funcionales básicas y sus alteraciones –al nivel que interesa aquí– se exponen y evalúan en el test Barcelona (Peña-Casanova, 1990, 1991).

Dada la organización cerebral en redes funcionales y su plurimodalidad, difícilmente un ejercicio será específico para un aspecto funcional concreto, ya que normalmente implicará diversas capacidades. La solicitud, por ejemplo, del nombre de una imagen requiere múltiples componentes funcionales si desea obtener la respuesta.

### Terapia de estimulación y actividad cognitiva estructurada del proyecto «Activemos la mente»

A partir de las consideraciones previas, disponemos de todos los componentes necesarios para establecer una terapia cognitiva de estimulación y actividad cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, terapia que podemos definir del modo siguiente:

**«La estructuración de una serie de actividades neurofuncionales adaptadas que incidan, repetida y plurimodalmente, en las capacidades cognitivas residuales, con el objetivo de incrementar los rendimientos cognitivos y funcionales del paciente.»**

Esta definición se puede completar con los siguientes puntos aclaratorios:

- Estructuración: organización e interrelación entre el sistema y sus elementos.
- Actividades neurofuncionales: tareas o ejercicios que tienen en cuenta una arquitectura funcional básica subyacente.
- Adaptadas: que tienen en cuenta las capacidades reales (preservadas y afectadas) del paciente y que pueden incidir en aspectos cognitivos básicos (atención, por ejemplo), intermedios o complejos.

La terapia prevé una intervención que incida predominantemente en los niveles funcionales semánticos y lexicosemánticos (memoria semántica) del procesamiento cerebral. A partir de este nivel funcional se consideran todas sus asociaciones (memoria episódica, reminiscencia) y aspectos de actividad (praxis, funciones ejecutivas).

**Se debe insistir en que el proyecto «Activemos la mente» es un proyecto de desarrollo de recursos. El estudio de la efectividad de las intervenciones cognitivas debe ser objeto de ulteriores investigaciones.**

## Estructura general y específica de las intervenciones en el proyecto «Activemos la mente»

■ **Ámbitos cognitivos:** se definen los siguientes grandes ámbitos de las capacidades neuropsicológicas:

- A Lenguaje
- B Orientación
- C Actividades sensoriales.  
Atención-concentración
- D Esquema corporal
- E Memoria
- F Gestualidad (praxis)
- G Lectura y escritura
- H Problemas aritméticos. Cálculo y gestión del dinero
- I Funciones ejecutivas
- J Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria.

Estas actividades (J) se relacionan con actividades cognitivas específicas

■ **Objetivos generales de cada ámbito:** en este apartado se definen los objetivos generales de la intervención en cada ámbito: desde aspectos meramente cognitivos (por ejemplo, trabajar el léxico, ejercitar la atención, mantener la orientación, facilitar la memoria...) a aspectos conductuales (por ejemplo, promover la interacción personal) y aspectos psicológicos (por ejemplo, incrementar la autoestima y la seguridad personal).

■ **Estructura básica de la tarea:** en este apartado se expone a grandes rasgos el tipo de actividad planteada: verbal, de estímulo y respuesta, de conversación, de ejecución supervisada...

■ **Materiales generales:** en este apartado se describen, a grandes rasgos, los materiales que se precisan para el desarrollo de cada tarea: objetos de la vida diaria, láminas desarrolladas específicamente, imágenes, papel y lápiz, pinturas...

■ **Arquitectura funcional:** en este apartado se definen los componentes neuropsicológicos de cada ámbito o tarea. En primer lugar, se consideran las aferencias (tipos de estímulos: visuales, auditivos, verbales, táctiles) y las vías y componentes de su procesamiento hasta los niveles semánticos. En segundo lugar, se consideran las aferencias solicitadas (verbal, gestual) y sus componentes y niveles de procesamiento.

■ **GDS y limitaciones:** en cada ámbito cognitivo se analizan las capacidades normalmente preservadas y/o alteradas en función del estadio GDS (Reisberg y cols., 1982), considerándose las posibles excepciones debido a manifestaciones clínicas focales.

También se estudia la existencia específica de trastornos afásicos, visuoespaciales y gestuales. Se plantean las posibles limitaciones debidas a sordera y trastornos visuales o motores.

La graduación de la complejidad de los ejercicios se fundamenta estrictamente en las fases GDS-FAST, a partir de los datos evolutivos del test Barcelona (Peña-Casanova, inédito) y las aportaciones de Souren y Franssen (1994), sobre el esquema del LIMITE (*LIMIT scheme and LIMIT test*), que constituye una guía práctica para que el cuidador se forme una idea general sobre la naturaleza de los problemas que presenta el sujeto en sus actividades:

- **GDS 3 (fase preliminar)–fallos sutiles:** pérdida de la capacidad para aplicar conocimientos adquiridos en situaciones no familiares. Dificultad para adaptarse a nuevos instrumentos. Imposibilidad de improvisar. Olvidos, poca retención. Incapaz de tomar decisiones responsables en temas importantes por incapacidad de evocar y pensar en todos los detalles posibles de la situación. Las acciones se hacen más impulsivas, menos críticas (Souren y Franssen, 1994).
- **GDS 4 (fase I)–estadio de estimulación:** fallo centrado en la memoria y actividades complejas (lexicosemánticas, abstractas y ejecutivas). *El paciente debe ser estimulado a realizar las actividades diarias. Se le ha de tutelar en las actividades más complejas.*
- **GDS 5 (fase II)–estadio de intervención:** perfil cognitivo con trastornos múltiples que van más allá de los trastornos mnésicos y de capacidades complejas. El cuidador determina la elección de las actividades y toma la iniciativa. Las actividades van dirigidas a estimular funciones que no se han perdido del todo. Aunque no realiza ciertas actividades como un todo, aún es capaz de realizar los componentes de las mismas bajo supervisión (Souren y Franssen, 1994).
- **GDS 6 (fase III)–estadio de entrada en función parcial del cuidador:** se incrementan los trastornos de lenguaje, praxis y gnosia. Aparece una pérdida gradual del concepto del propio cuerpo y se pierden las relaciones entre sus partes y entre el cuerpo y el medio exterior. Perfil cognitivo con muchas

puntuaciones gravemente afectadas. *Resulta imposible realizar independientemente las actividades rutinarias y el paciente es únicamente capaz de realizar componentes bajo una constante supervisión y con ayuda ocasional. Los movimientos están desorganizados, faltos de intención y rápidamente se paran o se repiten continuamente (Souren y Franssen, 1994).* Esta fase fue dividida en dos: fase III-A, cuando aún existe control de esfínteres, y fase III-B, cuando aparece la incontinencia.

- **GDS 7 (fase IV)–estadio de entrada en función total del cuidador:** se pierden los últimos vestigios de la comunicación oral y, posteriormente, del movimiento y de la iniciativa para moverse.

Tras la distinción de cada fase (fases I a IV), Souren y Franssen han establecido el siguiente esquema LIMITE de aspectos que el cuidador ha de tener en cuenta en cada fase:

- Qué parte de las actividades puede realizar el paciente de forma efectiva por sí mismo.
- En qué aspectos requiere estimulación, pero aún puede efectuar la actividad por sí solo.
- En qué actividades el cuidador debe intervenir.
- Qué actividades deben ser realizadas parcialmente por el cuidador.
- Qué actividades deben ser asumidas por el cuidador.

*En el presente libro se presentan en forma de apéndice las líneas fundamentales de graduación de los ejercicios del proyecto «Activemos la mente» en relación con las fases GDS-FAST (Reisberg y cols., 1982), el test Barcelona (Peña-Casanova, 1990, 1991) y el esquema LIMITE (Souren y Franssen, 1994).*

Lógicamente, y como se ha advertido previamente, pueden existir condicionantes cognitivos que afecten específicamente a unas u otras funciones, modificándose consecuentemente el esquema. Además, pueden existir condicionantes físicos, como la presencia de alteraciones sensoriales de las articulaciones o la presencia de signos parkinsonianos.

En resumen, los ejercicios y tareas del manual de actividades de terapia cognitiva del proyecto «Activemos la mente» se han ajustado específicamente a lo que hipotéticamente puede hacer el paciente por sí mismo según el esquema de Souren y Franssen. Las tareas más complejas (más difíciles) e inalcanzables por el paciente se han pensado para aquellos casos en que interese realizar intervenciones precoces o de prevención según los presupuestos teóricos subyacentes en el proyecto. Por otro lado, en personas en GDS 3 ciertas tareas más complejas pueden ser relativamente fáciles.

- **Tareas en la vida diaria:** en este apartado se plantea la relación de las tareas de un ámbito cognitivo dado con actividades de la vida diaria. Esta consideración es muy importante, ya que muchos ejercicios se pueden desarrollar informalmente en el medio «natural» de la vida diaria. Además, las tareas de la vida cotidiana son el elemento clave de la rehabilitación.

*A pesar de que el formato que se presenta es en forma de tareas individuales y pautadas, la práctica real con el paciente debe ser totalmente flexible. Se puede aprovechar cualquier momento del día y cualquier actividad para trabajar cualquier aspecto cognitivo. Así, por ejemplo, cuando se está en el baño se puede trabajar la estimulación olfativa haciendo oler el jabón, los perfumes, las cremas...*

- **Individual o en grupo:** en este apartado se plantea el interés de los ejercicios propuestos para su realización en sesiones individuales o en grupo. En este último caso, muchos de los ejercicios se pueden presentar como juegos. La realización en grupo de determinados ejercicios confiere unas nuevas dimensiones a la tarea: las dimensiones sociales en toda su amplitud.

En la tabla 5 se resumen las principales intervenciones en relación con las fases GDS.

**Tabla 5. Intervenciones en las fases evolutivas de la enfermedad de Alzheimer (JPC)**

GDS 3 (Preliminar)	GDS 4 (Fase I. Estimulación)	GDS 5 (Fase II. Intervención)	GDS 6 (Fase III. Cargo parcial)
Actividad social y pedagógica			
Creación de "El libro de la memoria"	El libro de la memoria		
Reminiscencia	Reminiscencia	Reminiscencia	
Orientación a la realidad (avanzada)	Orientación a la realidad	Orientación a la realidad (básica)	
	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva (simple)
	Actividades significativas I	Actividades significativas II	Actividades significativas III
	Adaptación del entorno I	Adaptación del entorno II	Adaptación del entorno III
			Validación

## 8

## Terapia cognitiva específica

**E**n los últimos años se han desarrollado múltiples estudios de rehabilitación en el ámbito del envejecimiento y las demencias a partir de los modelos de la llamada neuropsicología cognitiva y de las ciencias de la educación. Más allá del enfoque de la estimulación y la actividad cognitiva en general, la terapia cognitiva pretende avanzar unos pasos más desde un punto de vista teórico y metodológico. Se fundamenta en un análisis detallado de las capacidades mentales y posteriormente se centra en el tratamiento de aspectos particulares de las capacidades cognitivas.

### Objetivo:

Realizar intervenciones terapéuticas específicas basadas en un análisis detallado de las capacidades mentales a fin de establecer estrategias de intervención fundamentadas en los planos teórico y metodológico

La terapia cognitiva, en el sentido aquí expuesto, requiere un enfoque metodológico especializado que debe ser establecido o dirigido por un neuropsicólogo. Se fundamenta en el estudio detallado de casos individuales. Véase Meier y cols., 1987; Riddoch y Humphreys, 1994; Seron y Deloche, 1989; Wood y Fussey, 1990.

Tomaremos como ejemplo un caso, publicado por Dubois Remund (1995), de la Clínica de Psiquiatría Geriátrica de las Instituciones Universitarias de Psiquiatría de Ginebra (Suiza).

*Se trata de la Sra. OC. Tras una primera exploración se llegó a la conclusión de que la paciente padecía una forma de demencia llamada semántica. El problema se centraba en la memoria semántica y afectaba a capacidades como la denominación de objetos, la comprensión oral y escrita de las palabras, el reconocimiento de imágenes, la lectura y la escritura. La memoria episódica estaba relativamente preservada.*

*Se estableció una línea de base de sus capacidades a partir de una extensa prueba de denominación (ciento veinticinco imágenes) realizada en dos semanas distintas para tener datos estables. Las ochenta y cuatro imágenes en las que la paciente falló se dividieron en tres series de veinte imágenes y una de veinticuatro.*

*Se realizaron sesiones de entrenamiento en las que, de no ser capaz la paciente de decir el nombre, éste se le decía. Luego se buscaban los rasgos semánticos esenciales del objeto, de tipo físico, funcional y asociativo. En todos los casos se intentaba, también, relacionar el objeto con la experiencia personal de la paciente. Si la imagen era mal identificada, se le ofrecían las características pertinentes, verbales y gestuales si era el caso. Para que la paciente conservara estas informaciones se le indicaba que dibujara el objeto y que escribiera su nombre y algunas de sus características. En sesiones sucesivas se recordaba lo que se había evocado previamente, sin las notas que la paciente había realizado e intentando que buscara las informaciones por sí misma.*

*Los resultados mostraron que la paciente mejoró en un 25 % de todas las imágenes en el control realizado después de la fase terapéutica. A la semana siguiente fue capaz de denominar el 26,2 %. Denominó un 15,5 % y un 21,4 % tras dos y tres semanas, respectivamente.*

Experiencias como la de Dubois Remund (1995) ponen de manifiesto que es posible efectuar una intervención terapéutica específica que trate de restaurar conductas verbales más adecuadas incluso en una fase de la enfermedad en la que se observa un empeoramiento. Dadas las características y objetivos básicos de este libro, no vamos a detenernos más en este tema.

# Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico

## Introducción y objetivos

La capacidad funcional de una persona no depende únicamente de su capacidad real, sino también de las exigencias del entorno y de la forma como interaccionan los cuidadores. Si el entorno facilita los rendimientos el sujeto presentará, consecuentemente, un menor trastorno funcional. Si el entorno es respetuoso, acepta al paciente con empatía y no es agresivo, se consigue una reducción de la ansiedad y se provoca un sentimiento de autoestima.

*A partir de un ejemplo se verá la importancia de la adaptación del entorno: una persona puede tener una grave dificultad para orientarse en su propio domicilio, pero puede ser capaz de*

*reconocer dibujos o leer. En este caso, si se ponen dibujos o nombres en las puertas del baño, de la cocina o del dormitorio, se puede obtener una autonomía dentro de la discapacidad que representa la desorientación.*

### Objetivo:

- Realizar intervenciones para que el medio sea seguro
- Realizar intervenciones tendentes a reducir la carga cognitiva y funcional del entorno físico y de las tareas para obtener un mejor rendimiento y autonomía personal

## Primer principio: evitar los cambios

Una persona con trastornos de memoria y cognitivos generales tiene mucha dificultad para reconocer y aprender los cambios realizados en su entorno. Para evitar problemas como la desorientación, la frustración, la ansiedad y la agitación es muy importante mantener el entorno lo más estable posible.

*Si el paciente siempre ha tenido el lavabo enfrente de su habitación y de repente eso cambia y ha de recorrer un pasillo y luego, al llegar a un distribuidor, ha de girar a la derecha, lo más probable es que acabe siempre en la primera habitación que encuentre, sea ésta la cocina o un cuarto trastero.*

*Los cambios de domicilio (o el desplazarse a un apartamento desconocido en verano) pueden ser catastróficos. El paciente tiene el sentimiento de estar en un lugar desconocido, inseguro, donde no reconoce sus pertenencias. Si las personas del entorno también han cambiado –o no las reconoce–, pasan a ser extrañas o enemigas. Por más que la familia intente dar explicaciones, el sentimiento de extrañeza y de inseguridad es tal, que el paciente puede gritar, agitarse, proferir amenazas y huir para ir a «su casa».*

## Adaptaciones del entorno físico

Para mejorar los rendimientos del paciente, las modificaciones del entorno se deben centrar en los principios de seguridad, prevención y simplificación con objeto de minimizar los requerimientos mnésicos y cognitivos. Estos

cambios constituyen un medio protésico (Holden y Woods, 1995).

- Las **medidas de seguridad y prevención** permiten que la supervisión del paciente no

deba ser tan estricta, le otorgan mayor autonomía y preservan mejor su sentido de identidad. Entre los lugares más importantes en los que deben adoptarse medidas de seguridad destacan los siguientes:

- **Baño:** prevenir el riesgo de caídas, inundación, electrocución e intoxicación (botiquín).
- **Cocina:** prevenir los peligros del gas, el fuego, el agua y los objetos y productos peligrosos.
- **Escaleras, terrazas, balcones, puertas, ventanas y pasillos:** evitar caídas, fugas y la posibilidad de quedarse encerrado.
- **Otros lugares peligrosos:** piscinas, bosques, vías de trenes y multitudes.

Se evitarán los peligros generados por:

- **Lugares poco iluminados o resbaladizos.**
- **Productos nocivos:** medicamentos, productos de limpieza, insecticidas, pinturas, disolventes, cerillas, encendedores, petardos, armas de fuego y municiones...
- **Objetos pequeños, cortantes o punzantes:** botones, agujas, cuchillos, tijeras...
- **Aparatos eléctricos:** tostadoras, batidoras, cuchillos eléctricos, radiadores...
- **Muebles** poco estables, con cantos puntiagudos, mesillas de cristal, sillas plegables, balancines...

*La deambulación es una de las actividades que el paciente puede practicar por iniciativa propia. Debe facilitarse su práctica a través de grandes espacios. Los cuadros colgados en los pasillos pueden hacer que la deambulación sea más estimulante.*

- Las **medidas de simplificación** permiten reducir los requerimientos mnésicos y cognitivos de la tarea y, consecuentemente, evitan problemas funcionales. Si, por ejemplo, el paciente únicamente tiene a la vista los objetos que necesita para su aseo, se evitarán confusiones con los objetos de otras personas o con los necesarios para otras funciones.

El domicilio ha de tener una serie de características:

- **Sencillo**, pero manteniendo su identidad mediante objetos personales y recuerdos

que forman parte de la identidad de la persona.

- **Sin obstáculos**, eliminando los elementos superfluos o reparando los desperfectos que puedan distorsionar los rendimientos.
- **Ordenado**, dejando siempre las cosas importantes en su lugar.
- **Estable**, manteniendo las rutinas como base de las actividades. Haciendo siempre las mismas cosas, de la misma manera y en el mismo lugar.
- **Estimulante**, con buena iluminación, evitando ruidos inútiles, con calendarios y relojes, pizarras o carteles. Usando señales en puertas... Los objetos decorativos (siempre que sean seguros) pueden tener un papel importante en la estimulación verbal y las reminiscencias.
- **Familiar**, con fotos de familia o de lugares conocidos y con voces tranquilas y personas conocidas.

### El problema de excesivos estímulos

No debe sobrecargarse el medio con excesivos elementos si se desea evitar un resultado contraproducente. La existencia de excesivos estímulos exige un mayor grado de atención, complicando el reconocimiento, la selección y la ejecución de las tareas.

*Los estudios sobre la atención en las demencias ponen de relieve que se da una relativa preservación de la atención focalizada en relación con la atención dividida (Nebes y Brady, 1989). Existen múltiples trabajos en los que se muestra que las tareas se afectan cuando el sujeto ha de atender a más de un estímulo. Estos hechos ponen de manifiesto una alteración de la memoria de trabajo y de los sistemas ejecutivos centrales. En consecuencia, las exigencias cognitivas de los sujetos afectados de demencia deben reducirse tanto como sea posible a fin de evitar poner en juego recursos mentales de atención dividida.*

La vida real presenta frecuentes situaciones en las que existen múltiples y complejos estímulos: el ruido de fondo durante muchas actividades, varias personas hablando a la vez, la televisión funcionando, el ruido de un electrodoméstico, los movimientos de personas...

## Facilitar la orientación

**A** fin de facilitar la orientación se pueden realizar una serie de modificaciones del entorno:

- Colocar letreros y señales en las puertas (pictogramas)
- Colocar flechas indicativas
- Situar elementos significativos en lugares destacados
- Colocar relojes
- Colocar calendarios
- Colocar letreros y el programa del día.

Estos elementos indicativos han de ser grandes y claros y, lógicamente, no deben representar un incremento de la confusión y la desorientación. Hay que explicar al paciente el significado de cada indicación y se le debe animar a que las utilice. El color de las puertas puede ayudar significativamente a la orientación.

Estas modificaciones forman parte de las técnicas de orientación a la realidad y se adaptarán al grado de demencia y al plan de intervención cognitiva establecido para cada paciente. También deberá tenerse en cuenta si se emplean en el contexto de una institución (hospital de día o residencia) o en el propio domicilio.

## Adecuación de las tareas cognitivas y de la vida diaria

**L**as tareas cognitivas deben adecuarse a las capacidades de los pacientes. La necesidad de adecuación se puede predecir globalmente a partir del grado de demencia, pero se establece mejor a partir de una exploración neuropsicológica detallada y de un **estudio de las capacidades funcionales**. Los distintos trastornos posibles tendrán un impacto diferente en los rendimientos de los pacientes. Adaptar las tareas a las capacidades cognitivas evita reacciones catastróficas, de ansiedad, depresión..., mejorando el grado de estabilidad y autoestima de los pacientes.

Las actividades de la vida diaria más importantes en las que hay que tomar medidas de simplificación, con el objetivo de que la memoria y el aprendizaje tengan un papel menos importante, son las siguientes: vestirse y arreglarse, bañarse y lavarse, alimentarse, dormir y descansar, ir al lavabo (evacuar), moverse y caminar, tener ocupaciones y sentirse útil, así como distraerse y divertirse. Estas actividades se presentan en el libro 3 *Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día* del proyecto «Activemos la mente».

## Recursos del proyecto «Activemos la mente»

El proyecto incluye un libro (libro 3) titulado *Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día*, que consta, entre otros, de los apartados siguientes:

- **«La importancia de adaptar el entorno»**  
En especial se aportan consejos para controlar y adaptar los lugares de la casa que se han de vigilar más atentamente: el baño, la cocina, las escaleras, las terrazas, los balcones, las ventanas, las puertas y el pasillo.
- **«Las actividades de la vida diaria. Dificultades y consejos prácticos»**  
Se aportan ideas y consejos para simplificar y adaptar las tareas de la vida diaria.



## 10

# Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano. Técnicas de comunicación y terapia de validación

## Introducción

Las personas afectas de demencia tienen una serie de deficiencias cognitivas que limitan sus posibilidades de comunicación, tanto en sus vertientes de comprensión como de expresión. Una persona que presenta una grave alteración en la evocación de las palabras requeridas o en su articulación o que padece un trastorno grave de la comprensión va a estar muy limitada en sus contactos. Si además tiene dificultades para evaluar el entorno y reconocer el lugar dónde está, es obvio que su interacción con las personas se verá realmente afectada. Por estos motivos, entre

otros, es importante desarrollar formas de interacción positiva con los pacientes. Recordemos que uno de los elementos que dan calidad de vida a las personas que sufren demencia es una interacción positiva con los demás.

En el presente capítulo se tratarán los objetivos y métodos de la adaptación cognitiva y funcional del entorno humano, haciendo hincapié en las técnicas de comunicación y destacando la terapia de validación.

## Objetivos

El objetivo de la intervención en este ámbito será el desarrollo de unos sistemas que establezcan una interacción humana positiva para que el paciente alcance la máxima posibilidad funcional. Se pueden concretar los siguientes aspectos:

### Objetivos:

- Adoptar técnicas de comunicación tendentes a establecer la mejor interacción humana posible y facilitar las capacidades cognitivas y funcionales del paciente
- Facilitar la dignidad, reducir la ansiedad y evitar el abandono
- Prevenir y/o reducir los trastornos psicológicos y del comportamiento

La mayoría de los pacientes afectos de demencia están todo el día bajo la supervisión de sus familiares, los cuales sufren las consecuencias de la enfermedad y están bajo una presión y un estrés constantes. Esta situación tiende a distorsionar las relaciones y da lugar a reacciones anómalas. Por este motivo, el soporte familiar y el empleo de técnicas de comunicación mejora la situación.

Las posibilidades de intervención son diversas: el estudio de posibles problemas de comunicación debidos a trastornos sensoriales y/o motores, el trabajo de la comunicación verbal y no verbal, el desarrollo de actitudes y técnicas de comunicación y la puesta en práctica de técnicas del tipo de la terapia de validación.

## Primer principio: cuidar las actitudes ante el paciente

El primer gran principio en el trato de personas que padecen demencia es cuidar extremada y exquisitamente las actitudes y los valores. Con frecuencia se olvida que el paciente es una persona con todos sus derechos y sus aspectos per-

sonales, psicológicos y emocionales. Cualquier intervención puede resultar anómala y distorsionante si no se cuidan las actitudes. Aunque este tema ya ha sido comentado en otros apartados del proyecto «Activemos la mente»,<sup>8</sup> aho-

ra se insistirá de nuevo muy brevemente en el mismo. Las personas que tratan con dementes han de tener en cuenta una serie de aspectos del paciente como persona (Holden y Woods, 1995):

- **Identidad personal:** el enfermo no es simplemente un diagnóstico médico. Es una persona con pertenencias, familia e identidad personal. No es genéricamente un «abuelo», ni debe ser tratado como un niño.
- ▶ *Siempre recordaré cuando en el bar del hospital una camarera se dirigió a una residente diciéndole: «¿Qué desea, abuela?» La señora se quejó enfurecida por el trato recibido, diciendo: «¡Yo no soy abuela! ¡Soy una persona de edad y nada más! ¿Por qué nos llaman a todos abuelos?»*
- ▶ *Un paciente demente de 85 años de edad era tratado por su hijo de 50 como si fuera un niño. Cuando llegaban a la sala de espera del hospital llamaba la atención de todas las personas por las extremas y ridículas chiquilladas que decía a su padre. En un momento de lucidez el paciente dijo: «Éste parece que está peor que yo.»*

La información sobre la identidad y la historia de vida del paciente puede ayudar mucho a mejorar el trato con él.

- **Dignidad y respeto:** la preservación de la dignidad es esencial en el trato y la asistencia a las personas de edad y dementes. No es aceptable ninguna situación que mínimamente pueda humillar a una persona. No es correcto un trato de confianza con quien no lo desea. Tampoco es correcto hablar del paciente en su presencia pensando que «no entiende», bañarlo con la puerta abierta o hacerle algo sin habérselo explicado previamente. Una persona afecta de demencia tiene que ser tratada como una persona.
- **Capacidad de elección:** mientras el paciente tenga capacidades cognitivas hay que facilitar y adaptar su capacidad de elección. No se debe eliminar la capacidad de elección, aunque sea en pequeñas cosas de la vida diaria y a partir de posibilidades restringidas. En las instituciones frecuentemente sucede que todo está organizado, de modo que los pacien-

tes permanecen pasivos, abrumados, sin posibilidad de ejercer su capacidad de elección. Poder elegir, por ejemplo, comidas, bebidas y vestidos representa una posibilidad de dignificación y de respeto a la persona.

- **Independencia:** se debe intentar promover al máximo la independencia del paciente y evitar actitudes sobreprotectoras que eliminen la posibilidad de acción personal. Algunas personas pasan a ser más dependientes de lo que en realidad son debido a las actitudes de sus familiares, que no les dejan hacer nada. La clave de la actuación del cuidador está en brindar el punto justo de ayuda que necesite el paciente. La independencia proporciona seguridad y autoestima, aportando objetivos y sentido a la vida.
- **Intimidad:** la persona que padece demencia sigue teniendo derecho a la intimidad y a sentirse respetada en sus espacios, objetos personales, sentimientos, vivencias y creencias o ideología.

Además de estas actitudes de reconocimiento y respeto por la persona, se han de tener en cuenta otros dos aspectos:

- **Evitar los enfrentamientos:** una persona con limitaciones más o menos graves en su memoria y en sus capacidades mentales tendrá dificultad para entender ciertos razonamientos y explicaciones. Los fallos que comete son debidos a la enfermedad. Intentar brindarle largas explicaciones o razonamientos y reprenderle por sus errores puede ser cruel. Se trata de entender la situación y de mantener siempre la calma y el sentido del humor.
- ▶ *La señora que guarda las joyas en el congelador o en el azucarero puede incluso haberse olvidado de ello, por lo que entablar una discusión, reprender a la paciente y amargarse todo el día por esta conducta tan propia de la enfermedad de Alzheimer carece de sentido.*

8. En el libro 3 del proyecto "Activemos la mente" (Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día) ya se insistía en la importancia de las actitudes durante el cuidado de personas afectas de demencia, y en el libro 2 (Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer) se hablaba de la importancia de la dignificación de los pacientes.

**Adaptarse y cuidarse:** el cuidador recibe el impacto directo de las consecuencias de la enfermedad y corre el riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión, así como de sufrir enfer-

medades. Cuanto mejor esté, mejor será su relación con el paciente y mejor el resultado de sus intervenciones.<sup>9</sup>

### Técnicas generales de comunicación

Los métodos de comunicación son relativamente sencillos y fáciles de aplicar. Se relacionan con los considerados en las técnicas de OR, pero el objetivo en este caso se centra en la comunicación más que en la orientación.

La comunicación con los pacientes dementes se puede facilitar en gran medida si se tienen en cuenta una serie de aspectos prácticos generales en cuanto a forma y contenido.

### Aspectos prácticos generales para facilitar la comunicación

- Hablar clara y pausadamente
- Realizar las repeticiones pertinentes
- Dar mensajes claros e inequívocos
- Realizar comentarios sobre los acontecimientos en curso
- Usar experiencias antiguas como contacto con el presente
- Animar a la respuesta
- Utilizar todos los sentidos (visión, audición, tacto)
- Mantener el contacto ocular para obtener y mantener la atención. Evitar, sin embargo, entrometerse en el espacio privado de la persona
- Tener en cuenta la comunicación no verbal. Ayudarse con gestos para hacerse entender
- No apremiar al paciente. Adaptar la comunicación a sus requerimientos
- Facilitar un clima de buen humor

### Trastornos sensoriales y motores

- Las alteraciones sensoriales y motoras ejercen un efecto negativo en las capacidades de comunicación de las personas de edad y de los dementes [véase cap. 3, p. 12]. La disminución de la visión y de la audición y la lentificación y reducción de los movimientos hacen que la comunicación y el contacto social se modifiquen y tiendan a reducirse. *La privación sensorial puede provocar distintos grados de confusión y abandono.*
- En algunos casos, la causa de que el paciente se retraiga es *la disminución de la autoestima y la reacción psicológica ante las situaciones embarazosas* producidas por la reducción sensorial.
- En otros casos es el entorno el que dedica poca atención a ciertos pacientes y tiende a aislarlos. Aquellos pacientes con trastornos

sensoriales con quienes es difícil contactar requieren más tiempo y dedicación que otros y pueden quedar más marginados, con lo que se incrementará su aislamiento y confusión.

- Curiosamente, los trastornos auditivos o visuales graves son reconocidos y aceptados por los familiares y el personal de las instituciones. En estos casos, el interlocutor normalmente hace esfuerzos para comunicarse. Por el contrario, los trastornos sensoriales leves o moderados son infravalorados.

9. Véase las indicaciones que se dan al respecto en el libro 1 y en el libro 2 del proyecto «Activemos la mente».

## Intervenciones en relación con los trastornos sensoriales y motores en la comunicación

- **Corregir los déficit sensoriales.** Evaluar la visión y la audición y considerar si el paciente se puede beneficiar de gafas o audífonos.
- **Corregir los déficit motores.** Evaluar el sistema motor y considerar si el paciente se puede beneficiar de intervenciones médicas o ejercicio físico.
- **Valorar la posibilidad de patología oral.** Evaluar la boca (piezas dentales, lesiones...) y, en el caso de uso de dentadura postiza, ver si los dientes quedan bien encajados.
- **Mejorar el entorno físico.** Analizarlo por si se han de realizar modificaciones para mejorar la capacidad sensorial (por ejemplo, iluminación) y/o motora. Comprobar si el medio es rico y estimulante.
- **Aplicar técnicas de comunicación.**
- **Realizar técnicas o ejercicios de estimulación sensorial** (ámbito de actividades sensoriales del *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*, libro 5).

## Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es muy importante, pues facilita y completa la comunicación verbal. Debe establecerse en un contexto natural en el que intervengan los objetos, los gestos y los mensajes verbales. Así, cuando un cuidador formula una pregunta ante un objeto mientras lo señala, el gesto por sí mismo puede tener un gran valor de comunicación. Si, además, el interlocutor está frente al paciente, éste se puede beneficiar de la lectura labial. La comunicación verbal se acompaña normalmente de múltiples gestos que enfatizan o facilitan la comprensión. Además, los movimientos de la cabeza y de los ojos y la expresión de la cara transmiten información y emociones que complementan o modifican el sentido de ciertas expresiones orales.

*Que la comunicación es mucho más que el estricto lenguaje oral se pone claramente de manifiesto en casos de afasia grave. Cuando el*

*neuropsicólogo realiza un test siguiendo adecuadamente las normas (por ejemplo, el paciente no puede ver la boca del examinador, las preguntas se realizarán una sola vez, no se efectuarán gestos, se dará un tiempo limitado para la respuesta...), es muy posible que el examinador obtenga puntuaciones indicativas de que el paciente no comprende nada. Esta observación contrasta con la opinión de los familiares y de las enfermeras que realizan una interacción en situación «natural» (gesticulan, repiten, hablan mostrando su boca al paciente, dan tiempo extra...), para quienes el paciente «comprende mucho».*

Las personas de edad con pérdidas sensoriales pueden ser mucho menos receptivas ante la comunicación no verbal y quedar consecuentemente limitadas por la deficiencia de la información aportada por este canal.

## Intervenciones en relación con la comunicación no verbal

- **Aportar mensajes no verbales claros,** bien definidos. Ayudarse con los gestos necesarios para evitar malentendidos.
- **Evitar ser percibidos como una amenaza** o fuente de peligro en lugar de una fuente de apoyo y seguridad. Aproximarse frontalmente para evitar aparecer bruscamente aparentando agresividad. Recordar que el lenguaje del cuerpo es fundamental como primera impresión.
- **Contactar cara a cara** de forma calurosa y amistosa, con contacto ocular.
- **Recurrir a un suave contacto físico si es preciso** (por ejemplo, mano sobre mano) para dar tranquilidad, transmitir afecto y centrar la atención.
- **Ser pacientes y receptivos a las comunicaciones no verbales de los pacientes.**

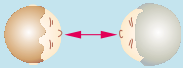
*Aunque conozcamos a un paciente desde hace mucho tiempo, podemos resultarle un extraño cada vez que le hablamos. Por este motivo, hemos de actuar siempre de la misma manera, evitando actitudes de familiaridad que en ciertos casos no serán bien percibidas.*

*Recordar que muchos pacientes con trastornos del lenguaje usarán la gestualidad como ayuda de comunicación. Además, hay que recordar que los pacientes pueden presentar manifestaciones de apraxia y producir gestos anómalos. Las limitaciones motoras también pueden afectar significativamente a la capacidad de comunicación no verbal.*

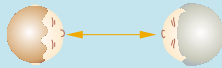
## Distancias y ubicaciones personales

La comunicación y la interacción entre las personas están condicionadas por las distancias y las ubicaciones relativas en el espacio. La proximidad, el contacto ocular, la posición frontal u oblicua y el número de personas que intervienen en un momento dado desempeñan un papel fundamental en el resultado final de la comunicación y de la vivencia psicológica de la misma. Las distancias son fundamentales para mantener la privacidad.

### A. Efectos de la distancia interpersonal en la interacción:



1. De 45 cm. Interacción muy difícil de evitar, especialmente si se realiza contacto ocular.



2. De 45 cm. a 1,20 m. Interacción adecuada.

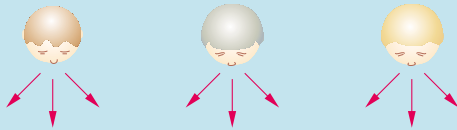


3. De 1,20 m. a 3,5 m. Posible interacción pero se requiere más esfuerzo.

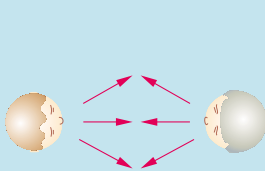


4. Más de 3,5 m. Interacción bastante difícil. Fácil de mantener la privacidad.

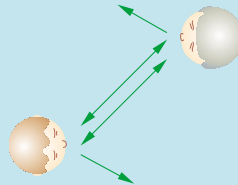
### B. Efectos en la interacción de la orientación angular interpersonal:



1. De lado. Interacción inadecuada.



2. Cara a cara. Interacción intensa.



3. De cara a unos 45°. Interacción cómoda que permite pausas y silencios con menos apuros.

Desgraciadamente, los pacientes de una residencia pueden estar distribuidos de forma tal, que facilite su aislamiento. Pueden estar como en una gran sala de espera, uno al lado de otro, e incluso dándose la espalda. Si, además, están mal clasificados en cuanto a su grado de demencia y posibilidades de interacción, ¡se consiguen los ingredientes perfectos para la incomunicación! En la fig. 2 se representan distintas ubicaciones y su efecto en el proceso de comunicación.

## Intervenciones en relación con las distancias y ubicaciones personales en la comunicación

(basado en Holden y Woods, 1995).

### • Establecer una distancia interpersonal confortable

- Evitar la excesiva proximidad, ya que la interacción resulta muy difícil de evitar, especialmente si se establece contacto ocular. El paciente se puede sentir invadido en su intimidad.
- Evitar las distancias que posibilitan la comunicación pero implican un mayor esfuerzo.
- Evitar las grandes distancias, ya que hacen la comunicación difícil aunque permitan mantener a salvo la privacidad.

### • Controlar, cuando sea preciso, la interacción angular.

La interacción entre personas situadas una al lado de la otra no es la más adecuada. La situación frente a frente permite una interacción intensa, en ocasiones excesiva. Una ubicación angular de 45° permite una interacción confortable, ya que facilita pausas y silencios menos embarazosos.

### • Procurar establecer interacciones de grupos pequeños de personas.

Evitar los grupos grandes, ya que desorientan y confunden al paciente. En el domicilio se evitarán las visitas de muchas personas al mismo tiempo. En las residencias se establecerán grupos de pacientes mediante la distribución de espacios y muebles.

### • Colocar adecuadamente los muebles.

Una buena ubicación de sofás, sillas y sillones facilita la interacción entre las personas. En una residencia se pueden distribuir los muebles con el objetivo de crear particiones de los grandes espacios.

**Fig. 2. Efectos de las distancias (A) y de las ubicaciones relativas en el espacio (B) en la interacción interpersonal. Basado en Holden y Woods (1995, p. 118-119).**

## Adaptación de los contenidos de la comunicación y facilitación de las actividades cognitivas

Se ha comentado ya que el entorno debía adaptarse cognitiva y funcionalmente a las posibilidades del paciente. La comunicación no escapa a estos principios.

La comprensión de las comunicaciones verbales será mejor si se siguen las normas generales

de comunicación [véase p. 42] y si se reduce la carga de memoria y de procesamiento de información. Esta afirmación cristaliza en la serie de normas que se exponen a continuación.

### Normas de comunicación que facilitan la comprensión

- Uso de frases cortas y simples.
- Repetición de las informaciones.
- Elección de temas específicos. Mantenerse en el ámbito temático.
- Si las frases son complejas y largas, las partes iniciales deben aportar el máximo de comunicación posible.
- En una expresión larga cuyas primeras partes sean importantes para entender la comunicación, es probable que el paciente olvide estas partes.
- El uso frecuente de pronombres obliga a emplear mayor memoria de trabajo. Esta tarea añadida se puede reducir repitiendo los nombres.
- Las preguntas cerradas (aquellas en las que se limita el número de alternativas) pueden ayudar notablemente a la persona que tiene dificultades en la selección de alternativas.
- El suplemento de los estímulos verbales con imágenes u objetos facilita la comprensión.
- Las comunicaciones gestuales pueden ayudar notablemente en la comunicación.
- El contacto ocular puede ser importante para obtener y mantener la atención.

### Las técnicas de validación revisadas (JPC)

La validación constituye una terapia de comunicación con los pacientes afectados de Alzheimer y enfermedades relacionadas. Fue desarrollada por Naomi Feil, de Cleveland, Ohio, a partir de experiencias desarrolladas entre 1963 y 1980 (Feil, 1993).

En el presente proyecto se realizará una presentación revisada y simplificada (JPC) de las técnicas de validación, en especial con relación a sus inciertos fundamentos teóricos y la terminología particular y cambiante adoptada por su creadora.<sup>10</sup>

#### Objetivo:

Desarrollar técnicas de comunicación con empatía con las personas dementes para restablecer la dignidad, reducir la ansiedad y prevenir el abandono

La terapia de validación se basa en una actitud de respeto y empatía con los pacientes y se fundamenta en una serie de principios, que aquí se presentan simplificados:

- 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 al paciente sin prejuicios.
- 3 Se ha de considerar que existe una razón tras las conductas de las personas desorientadas y dementes. La conducta observada no es el simple resultado de cambios anatómicos acontecidos en el cerebro, sino la combinación de cambios físicos, sociales y personales que tienen lugar a lo largo de la vida.

<sup>10</sup> Feil describe cuatro fases de progresión de la resolución: 1) desorientación, 2) confusión temporal, 3) movimiento repetitivo y 4) vegetación.

- 4 Las conductas que aparecen se asocian normalmente con una fase de la vida. Los fallos, problemas o vivencias de un momento de la vida pueden conducir a ulteriores problemas psicológicos.
- 5 Cuando falla la memoria reciente, las personas de edad y dementes tratan de restaurar el equilibrio en sus vidas a través de la evocación de recuerdos tempranos (antiguos).
- 6 Los sentimientos dolorosos que sean reconocidos y validados disminuirán su efecto negativo. *La empatía crea confianza, reduce la ansiedad y restablece la dignidad.*

En ciertos casos es posible que tras las conductas anómalas observadas exista una razón relacionada con conflictos o problemas no resueltos, *pero no se pueden pasar por alto las frecuentes causas actuales o recientes*. Además, es lógico que una persona use recuerdos antiguos en su expresión emocional y conductual si están fallando los recuerdos actuales.

En el plano teórico, la terapia de validación se puede enmarcar en el modelo de los subsistemas interactivos desarrollado por Teasdale y Barnard (1993). En este modelo se describen dos subsistemas de significados, propositivo e implicativo, que reflejarían, respectivamente, las representaciones cognitivas y las representaciones emocionales. En el caso de que el sistema implicativo (emocional) esté intacto y envíe informaciones al sistema propositivo (cognitivo), éste último, al estar afectado en las demencias, será incapaz de relacionar las emociones con acontecimientos recientes.

**La terapia de validación pretende ofrecer una aproximación distintiva en la cual el cuidador tiene en cuenta una serie de principios (Feil, 1993):**

- Nunca discute o se enfrenta al paciente.
- No intenta que el paciente se haga una idea sobre su conducta anómala.
- No trata de orientar al paciente si éste no desea ser orientado.
- No emplea refuerzos positivos (reconocimientos) o negativos (indiferencia) para modificar la conducta del paciente.
- No emplea terapias individuales o de grupo basadas en reglas precisas o en la orientación en el tiempo actual.
- No actúa como un maestro autoritario, sino como un facilitador.

La terapia de validación se desarrolló en parte como reacción a la aplicación excesiva de la orientación a la realidad, en la que la intervención se centra en los aspectos cognitivos más que en los emocionales. En la validación interesa sobre todo la emoción y el motivo que subyace en el comportamiento.

En conjunto, las técnicas de validación requieren la capacidad de aceptar y tener empatía (vibrar al unísono) con el paciente demente, dejando de lado las propias interpretaciones, juicios y expectativas sobre la conducta y tratando de entender la lógica subyacente en la conducta de los pacientes.<sup>11</sup>

### Técnicas específicas de validación revisadas

A continuación se expondrán las técnicas de validación establecidas por Naomi Feil (1993), que serán ilustradas con algunos ejemplos:

- 1 **Concentrarse.** Se trata de que el cuidador se libere al máximo de toda su cólera y frustración a fin de estar más abierto a los sentimientos de la persona demente. El cuidador puede realizar ejercicios de relajación, respiraciones profundas... (En su asociación de Alzheimer probablemente organizarán sesiones de enseñanza de técnicas de relajación o le facilitarán un vídeo sobre las mismas.)
- 2 **Usar palabras que no sean amenazadoras, que se refieran a hechos y que den confianza.** Evitar siempre las preguntas que fueren al paciente a encarar sus actos y emociones. No preguntar el motivo de una conducta, por qué motivo ha hecho tal o cual cosa. Se pueden formular preguntas progresivas que lleven al paciente a realizar reminiscencias positivas.

► *La Sra. JA empezó a decir que le habían robado. Estaba muy nerviosa. La cuidadora le dijo: «Vamos a ver... ¿Qué te han quitado?» La paciente respondió que una prenda de ropa. La cuidadora le preguntó quién se la había comprado y, posteriormente, si tenía mucho valor. A continuación, la paciente empezó a hablar de su marido y se olvidó de sus quejas. La prenda de ropa se la había dejado en el comedor. (La cuidadora no discutió con la paciente; se limitó a validar la conducta y a llevarla a reminiscencias.)*

**3 Parafrasear o repetir.** Se trata de repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente empleando sus mismas palabras, imitando el tono de voz y la cadencia del habla. La persona anciana validada con esta técnica se siente más segura.

► *El Sr. JR, de cuando en cuando, gritaba enfadado: «¡Ya se lo he dicho! ¡Me cago en diez! ¡Otra vez!» Se le repitió: «¡Otra vez! ¡Otra vez!» Respondió: «¡Claro que sí! ¡A ver si nos dejan en paz!» Se le insistió: «¡Eso! ¡A ver si nos dejan en paz!» El paciente se tranquilizó rápidamente. (En ocasiones anteriores, la esposa le había pedido que explicara los motivos de sus gritos y le había reprendido. Lo que había conseguido es que aún gritara más.)*

**4 Usar polaridades.** Se trata de preguntar a la persona sobre el ejemplo más extremo de su queja. Pensando en los ejemplos límite, la persona expresa con más fuerza sus sentimientos y libera la ansiedad.

► *La Sra. IM siempre se quejaba de otra paciente de la unidad porque no la dejaba en paz. Se le preguntaba sistemáticamente si había conocido a alguien peor. La paciente empezaba entonces a hablar negativamente de la vecina que había tenido cuando vivía con su marido en el centro de la ciudad, contando que siempre les estaba molestando con ruidos.*

**5 Imaginar lo opuesto.\*** Con frecuencia permite evocar soluciones al problema.

► *La Sra. MP, de 83 años de edad, se quejaba de que cada día «por la noche entran unos niños en mi habitación». Se le preguntó: «¿Hay días en los que no vienen?» Respondió: «Bueno, a veces.» Se le insistió: «Seguro que te hacen compañía aunque molesten un poco.» A partir de ese momento la paciente explicó lo que padecía y lo sola que se encontraba cuando sus hijos no regresaban a casa temprano.*

**6 Realizar reminiscencias.\*** Evocando el pasado se pueden restablecer métodos de control para superar las exigencias de la actualidad.

► *La Sra. CF no quería ir a la peluquería. Su actitud cambió cuando se le mostraron*

*fotografías de su juventud y aceptó que le hicieran un peinado «como en la foto».*

**7 Mantener un contacto ocular próximo y sincero.** Las personas confusas se sienten más seguras cuando el cuidador muestra afecto a través de un contacto ocular cercano. Es importante el contacto ocular como elemento acompañante del contacto verbal.

**8 Emplear la ambigüedad.** Ante comentarios o expresiones sin significado podemos hacer comentarios o preguntas ambiguas que puedan ser válidas para el sujeto. La persona mantendrá la comunicación y el contacto, se validará la conducta y se evitará la confrontación.

► *El Sr. PJ intentaba explicar algo con palabras totalmente incomprensibles: «De “lisente” de la “besimetra” de ésta, que la decían.» Se le respondió: «Sí, ¡naturalmente!» El paciente siguió la «conversación» comentando: «¡Ya lo decía yo!» (En este caso la acción de validación evitó confrontaciones y dio sentido al proceso de comunicación.)*

**9 Usar un tono de voz amable, claro y suave.** Una voz amable evoca recuerdos positivos y reduce el estrés.

**10 Observar e imitar los movimientos y emociones de la persona.** Si se realiza con empatía, la imitación puede ser efectiva y crear confianza. Permite entrar en el mundo del paciente y crear una relación verbal y no verbal.

**11 Relacionar una conducta con una necesidad humana no satisfecha.** Las personas necesitan ser amadas, estar activas y ocupadas, así como expresar sus emociones a una persona que escuche con empatía. En el fondo de muchas conductas existen estas necesidades.

► *La Sra. CT ocupaba placenteramente mucho de su tiempo con un osito de peluche. Le*

11. A lo largo del libro *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer del proyecto «Activemos la mente» se repiten una serie de ideas coincidentes con la terapia de validación: no discutir, dar sentido a los comportamientos, dar seguridad, fortalecer la autoestima, reducir el estrés... La terapia de validación constituye una forma de sistematización de técnicas para alcanzar este mismo objetivo.*

\* Las técnicas 5 y 6 se utilizan conjuntamente.



*expresaba cariño, lo cuidaba como si fuera un hijo. Si se le apartaba el osito, la reacción era inmediata: enfado, gritos, agitación...*

### 12 Identificar y usar el sentido preferido.

Valorar cuál es el sentido preferido de la persona (visión, olfato, tacto). Conocer su sentido preferido es un sistema de establecer confianza, ya que permite al cuidador emplear el mejor sistema para entrar en el mundo de la persona. El sentido se puede determinar a través de reminiscencias y de la experiencia con el paciente.

**13 Usar el tacto.** Si el paciente tiene limitaciones en los sentidos de la visión y de la audición, el tacto le permitirá notar la presencia de otro ser humano. La aproximación táctil se realizará por delante para evitar asustarlo. El tacto constituye un acto de intimidad y los cuidadores deben siempre respetar a las personas que lo eviten. Toda manifestación de resistencia indicará que el tacto no es apropiado.

► *La Sra. MS era ciega. Pasaba largos ratos gritando palabras e insultos que hacían referencia a experiencias vividas en instituciones desde pequeña. Cada vez que alguien se le aproximaba y le tocaba el hombro, se callaba, cambiaba de expresión y buscaba la mano de la persona para*

*besarla, y luego intentaba que la abrazaran. El contacto físico le daba una sensación de gran seguridad y suprimía sistemáticamente sus gritos.*

**14 Usar la música.** Las melodías aprendidas en una edad temprana pueden reaparecer en estados de confusión y demencia moderada. El canto al unísono puede reforzar la autoestima del paciente.

► *La Sra. MR presentaba etapas de malhumor. Si la cuidadora se aproximaba cantando alguna de las canciones que gustaban a la paciente, su aspecto se modificaba y se ponía a cantar.*

## Efectividad

La terapia de validación ha sido criticada por sus principios teóricos, su terminología particular y porque su énfasis en antiguos conflictos no resueltos devalúa claramente las causas actuales de incomodidad y de los trastornos de conducta (Kitwood, 1992). Las valoraciones de la terapia de validación no son concluyentes (Bleathman y Morton, 1992; Morton y Bleathman, 1991), pero en muchas ocasiones sus técnicas representan una gran ayuda para la comunicación y el manejo de los pacientes. Este aspecto práctico para afrontar determinadas situaciones es el que motiva su inclusión en el proyecto «Activemos la mente».

## Adaptaciones a las actividades de grupo

Cuando se efectúen sesiones en grupo, dichos grupos deberán ser lo más pequeños posible, los participantes deberán ocupar siempre el mismo lugar en cada sesión, y deberemos evitar el ruido de fondo y reducir al mínimo las distracciones. Se debe asegurar que tan sólo hable una persona a la vez (Woods, 1996).

*Se han estudiado algunos de los procesos que se desarrollan en conversaciones en grupo (Alberoni y cols., 1992). Se ha observado que las personas afectas de demencia tienen mayor dificultad para recordar lo que se ha dicho cuando mayor es el grupo. Los pacientes tienden a fijarse en el lugar de donde procede la intervención y los rendimientos disminuyen si las*

*personas cambian de lugar. En consecuencia, se ha sugerido que son mucho mejores las intervenciones persona a persona que las intervenciones en grupo cuando el propósito es la rehabilitación.*

Woods (1992) mostró que la mayoría de interacciones en las sesiones de reminiscencia se daban entre el personal y los pacientes, y no entre éstos. Por este motivo, las ventajas de trabajar en grupo (soporte, atmósfera social, experiencias compartidas) se deben compaginar con las exigencias cognitivas de la tarea, con constantes refocalizaciones del tema y con un seguimiento específico de cada aportación individual.

## Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria

La realización de actividades significativas (con una finalidad) y de la vida diaria constituye un método de rehabilitación y readaptación. Por un lado, se pretende rehabilitar a través del trabajo (terapia ocupacional) o de una actividad que conduce a un fin, y, por el otro, se realiza una readaptación a través de nuevas formas de acción y de la adaptación del medio técnico. Esta aproximación no debe confundirse con las actividades recreativas.

La mayoría de publicaciones sobre la intervención en la enfermedad de Alzheimer inciden en «realizar actividades» (Zgola, 1987), «mantenerse ocupado» (Dowling, 1995), «cuidado centrado en actividades» (Hellen, 1992, 1998), «realizar actividades que intensifican o realzan la vida» (Beisgen, 1989), por citar algunas obras.

### Objetivo:

Facilitar que el paciente realice tareas y sea autónomo en las actividades de la vida diaria

La realización de actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria es fundamental en los casos de lesiones cerebrales y, en especial, en las demencias. En los procesos degenerativos las tareas deben estar estrictamente adaptadas a las capacidades cognitivas de los sujetos.

Para planificar un programa de actividades significativas deberán evaluarse previamente las

capacidades cognitivas funcionales del paciente. Durante la selección de los ejercicios se deben valorar las preferencias del paciente y las relaciones entre las tareas y las actividades de la vida diaria. Las actividades deberán escogerse con una finalidad terapéutica y, lógicamente, en función del grado de deterioro. El esquema del LÍMITE sobre las fases de deterioro puede ser muy útil para determinar las intervenciones posibles [véase apéndice].

Es probable que al paciente se le deban repetir las consignas, darle explicaciones a medida que se vaya realizando la tarea y permitirle disponer de todo el tiempo que precise. Es importante que tenga suficiente libertad y espontaneidad en las tareas. Los componentes demasiado complejos se deberán suprimir en ocasiones. No debería cambiarse bruscamente de actividad en función de los fallos si se desea evitar reacciones catastróficas. En caso de que el paciente presente fatiga, o incluso oposición, se realizarán actividades cortas y estimulantes.

Deberán efectuarse cuantas modificaciones o ayudas técnicas sean precisas, tales como cambiar los instrumentos peligrosos por otros seguros, sustituir el tipo de calzado, cambiar de comidas para que se puedan utilizar los dedos...

En el proyecto «Activemos la mente» se trata específicamente este tema en el libro 3 (*Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día*).

### El domicilio y el hospital de día

- En el **domicilio** se pueden realizar las mismas tareas de terapia ocupacional individual que se llevan a cabo en talleres e instituciones.
- En **hospitales de día u otras instituciones** las actividades de grupo tienen un importante papel en la socialización (comunicación, interacción y respeto a las reglas) y en la esti-

mulación (el grupo anima al paciente, el paciente quiere emular al grupo). En general, siempre que sea posible, los pacientes se colocarán alrededor de una mesa, pues ello les permitirá disponer de un espacio propio y facilitará la comunicación. El terapeuta controlará las ejecuciones y guiará a los pacientes respetando su espontaneidad.

Los grupos deben ser restringidos (tres a seis pacientes) y supervisados por un terapeuta.

Es importante reagrupar a los pacientes en función del grado de discapacidad o por discapaci-

dades de la misma naturaleza, lo que facilitará la adaptación de las tareas. Es aconsejable que los ejercicios tengan entre treinta y cuarenta y cinco o sesenta minutos, y no superar su duración.

### Tipos de actividades

A continuación, se presenta una lista con algunas ideas de actividades posibles que se pueden realizar con los pacientes: cada una de ellas tiene unas características específicas que la singularizan.

- Actividad física. Deportes
- Aseo personal
- Cuidado de la casa
- Cocinar
- Música. Baile
- Fiestas y acontecimientos sociales

- Actividades con animales en general. Animales domésticos
- Compras
- Jardinería y horticultura
- Manualidades y arte
- Juegos de mesa
- Deportes y juegos

Estos ámbitos se tratan en el libro de ejercicios *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades* del proyecto «Activemos la mente».

### Otras intervenciones

Según los problemas del paciente y las disponibilidades del medio, se podrán realizar consultas y actividades en los siguientes ámbitos profesionales:

- Enfermería
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Logopedia
- Psicomotricidad
- Relajación
- Cinesiterapia (activa, pasiva, masaje, mecanoterapia)
- Musicoterapia
- Rítmica
- Terapia mediante danza
- Ortopedia
- Dietética

# Control de los trastornos psicológicos y del comportamiento

## Introducción

A lo largo del curso de la enfermedad de Alzheimer habitualmente aparecen «signos y síntomas de alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el humor o la conducta». Estas manifestaciones son múltiples y complejas

(tabla 6) y constituyen una de las consecuencias más discapacitantes de las demencias y una de las mayores amenazas para la convivencia y estabilidad de la familia.

Tabla 6. Trastornos psicológicos y del comportamiento agrupados según frecuencia y efecto\*

Grupo I (más frecuentes/más discapacitantes)	Grupo II (moderadamente frecuentes/moderadamente discapacitantes)	Grupo III (menos frecuentes/controlables)
<p><b>Psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirios</li> <li>• Alucinaciones</li> <li>• Humor deprimido</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Ansiedad</li> </ul> <p><b>Del comportamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresión física</li> <li>• Vagabundeo</li> <li>• Inquietud, agitación</li> </ul>	<p><b>Psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificaciones inadecuadas</li> </ul> <p><b>Del comportamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación</li> <li>• Conducta y desinhibición culturalmente inadecuadas</li> <li>• Paseos incesantes</li> <li>• Vociferaciones estridentes</li> </ul>	<p><b>Del comportamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gritos</li> <li>• Blasfemias y palabrotas</li> <li>• Falta de impulso</li> <li>• Preguntas repetidas</li> <li>• Seguimiento del cuidador</li> </ul>

\*Modificado del «BPSD Educational Pack» de la International Psychogeriatric Association (1998). (S.I. Finkel, project editor)

## Objetivos

Si se desea optimar el rendimiento cognitivo y funcional de los pacientes, hay que *prevenir, diagnosticar y tratar* los trastornos psicológicos y del comportamiento. Esta intervención se reflejará en la calidad de vida global de la familia. Los objetivos que se deben alcanzar se detallan a continuación:

### Objetivos:

- **Prevenir** todo tipo de alteración psicológica y del comportamiento adoptando medidas de adaptación cognitiva y funcional del entorno tanto físico como humano
- **Detectar y diagnosticar precozmente** todo tipo de alteración psicológica y del comportamiento
- **Tratar** adecuadamente todo tipo de alteración psicológica y del comportamiento realizando las intervenciones pertinentes (cognitivas o farmacológicas)

## Prevención

El mejor enfoque inicial de los problemas psicológicos y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer es la prevención. Muchos trastornos se pueden prevenir a través de información, actitudes, consejos y apoyo familiar. Mantener una buena comunicación, con actitudes positivas y cambios en el entorno vital del paciente, puede minimizar las disfunciones y evitar reacciones anómalas.

La prevención puede efectuarse aplicando los siguientes puntos, procedentes de aspectos tratados en diversos apartados del proyecto «Active-mos la mente»:

- Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico:
  - Evitar los cambios en el entorno
  - Medidas de seguridad y prevención
  - Medidas de simplificación
  - Facilitación de la orientación
  - Adecuación de las tareas cognitivas y de la vida diaria
- Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano:
  - Actitudes generales ante el paciente y la enfermedad

- Técnicas generales de comunicación
- Intervenciones relacionadas con trastornos motores y sensoriales en la comunicación
- Intervenciones relacionadas con la comunicación no verbal
- Intervenciones relacionadas con distancias y ubicaciones interpersonales en la comunicación
- Adaptación de los contenidos de la comunicación y facilitación de las actividades cognitivas
- Técnicas de validación revisadas
- Intervenciones cognitivas

En muchas ocasiones, las alteraciones aparecen como manifestaciones clínicas de la enfermedad, ayudando a diferenciarla de otras entidades. Tal es el caso de las alucinaciones en la enfermedad por cuerpos de Lewy. Pero, incluso en este caso, una vez diagnosticadas las alucinaciones, las actitudes son muy importantes para minimizar la distorsión acontecida en el entorno familiar.

## Detección y diagnóstico precoz

La detección y el diagnóstico precoz se fundamentan ante todo en la observación de cambios por parte de familiares y cuidadores. Si existe una sensibilización y una formación sobre el tema, es más fácil que se reconozcan los síntomas<sup>12</sup> iniciales y que se consulte al médico de cabecera o especialista.

Los familiares y cuidadores no han de dudar nunca en consultar ante cualquier síntoma. Ya se ha señalado en otro lugar que «tratar pequeños síntomas puede evitar males peores». <sup>13</sup> Además, ante la aparición de síntomas se pueden aplicar medidas de intervención que ya constituyen un primer «tratamiento».

## Tratamiento

Cada tipo de trastorno requiere un planteamiento concreto y específico en función de su intensidad, duración y distorsión provocada. En primer lugar, se deberán establecer las características del problema, sus antecedentes y consecuencias. El médico se encargará de delimitar todo ello y de indicar los tratamientos pertinentes.

A fin de establecer las características y alcance de cada problema es aconsejable tener presentes y aplicar metódicamente las consecuencias de las cinco preguntas que expondremos a continuación. De esta forma, se facilitan el análisis y la posibilidad de realizar una intervención adecuada.

- **¿Cuándo aparece el problema?** El trastorno en el comportamiento puede acontecer en momentos determinados del día, como el anochecer, en relación con las comidas o el baño... Asimismo, un comportamiento anómalo o un trastorno psicológico puede ser permanente, intermitente, fluctuante... ¿Tiene importancia el momento?
- **¿Dónde aparece el problema?** Puede suceder en cualquier lugar, en casa de la hija, en el hospital de día, en la consulta médica... ¿Tiene importancia el lugar?
- **¿Qué sucede antes del problema?** ¿Llega o se va una persona, el paciente ha sido maltratado, obligado, reprendido, se le ha exigido algo fuera de sus capacidades...? ¿Hay factores desencadenantes?
- **¿Cómo se desarrolla el problema?** ¿Se producen gritos, agresiones, se discute, se intenta convencer al paciente de que se equivoca, se le avergüenza, intenta huir, llora...?
- **¿Qué sucede después de la aparición del problema?** ¿Todo vuelve a la calma, el día

sigue mal, la hija no quiere volver a casa, se decide que no se irá más de visita...? ¿Cuáles son las consecuencias?

Es importante reconocer si los síntomas son primarios o secundarios. Los síntomas primarios aparecen por sí mismos, mientras que los secundarios son consecuencia de los primeros. Una persona puede efectuar una mala interpretación de su propia imagen en el espejo y pensar que hay intrusos en casa. Ante la posible presencia de extraños en casa, que pueden ser ladrones o espías, es fácil que se desencadene un sentimiento de miedo y persecución.

El tratamiento empieza a partir del momento en que se ha reconocido el problema en toda su extensión y se aplican consejos de intervención. El solo hecho de reconocer los desencadenantes o los síntomas primarios de una conducta anómala y suprimirlos o modificarlos puede ser suficiente para superar el problema. En otras ocasiones, el caso requiere una intervención médica y farmacológica inmediata.

## Técnicas de modificación de conducta

Para el control de los trastornos del comportamiento se han desarrollado diversas técnicas, tales como la llamada «modificación de conducta».<sup>14</sup> Las técnicas de modificación de conducta se han aplicado en numerosos ámbitos de las enfermedades mentales y existe una amplia experiencia al respecto. Tras los estudios iniciales en el anciano,<sup>15</sup> se efectúan en la actualidad estudios del efecto de la intervención conductual en dementes en aspectos como el vagabundeo, los gritos y la agresión.<sup>16</sup> Las terapias conductuales se pueden aplicar también en un intento de mejorar el autocuidado, la movilidad, la interacción social y la continencia.

### Objetivo:

Modificar conductas y problemas a través de técnicas especiales que persiguen sustituirlos por conductas más adaptadas

Ante determinados comportamientos anómalos se puede intentar organizar una serie de estrategias tendentes a suprimirlos. Este método se fundamenta en modificar el entorno y la interacción social para reforzar (facilitar) las conductas adaptadas e ignorar las conductas anómalas.

Aunque los pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer presentan trastornos muy graves en la capacidad de memoria explícita, diversos estudios ponen de manifiesto que poseen capacidades de

12. En el libro 3 se presenta un listado de los problemas en el ámbito de los trastornos psicológicos y del comportamiento que puede ser útil para que los familiares reconozcan síntomas y se vean convenientemente aconsejados.

13. Se ha planteado en el apartado de «Problemas médicos» del libro 1.

14. Véase Fernández, F. (1998).

15. Véase, por ejemplo, Cautela (1996, 1969). Véase detalles bibliográficos en Holden y Woods (1995).

16. Véase Stokes (1986 a, b; 1987) y Stokes y Goudie (1990).

aprendizaje. En consecuencia, a partir de éstas pueden establecerse programas de modificación de conducta que contarán con el apoyo de las capacidades preservadas (Miller y Morris, 1993).

La modificación de la conducta se centra en sus determinantes, así como en los fenómenos observables de dicha conducta. En este sentido, aunque en las demencias tienen lugar procesos biológicos patológicos, las reacciones del comportamiento son el resultado de la interacción con el medio. Se trata de centrarse, pues, en el momento actual y no en traumas y/o conflictos vividos por el paciente en el pasado. En este aspecto, es diametralmente opuesta a los presupuestos teóricos de la terapia de validación, en la que supuestamente se debe tratar de reconocer el conflicto no resuelto que condiciona la conducta del paciente.

Las técnicas de modificación de conducta se pueden aplicar de manera «informal» o estrictamente de acuerdo con un planteamiento de investigación en un medio residencial. Su aplicación en el medio familiar se debe plantear con mucho cuidado mediante indicación y supervisión profesional. En las personas afectas de demencia, debido a sus trastornos cognitivos, no se pueden cumplir todos los presupuestos teóricos de las terapias del comportamiento, como la necesidad de motivación o de comprensión de la situación. Hay que recordar que una conducta es también la expresión de vivencias internas y que un intento de modificación de la conducta que no tenga

presente este nivel interno puede no ser adecuado (ésta sería otra diferencia clara con las terapias de validación).

El método descrito requiere una aplicación sistemática por todos los familiares y cuidadores. No funciona si la actitud de gratificación de lo adecuado e ignorancia de lo anómalo se realiza irregularmente. En ocasiones, para obtener resultados se requieren semanas de esfuerzo.

El método trata de reforzar las conductas adaptadas e ignorar las conductas anómalas. Conlleva tres puntos claves:

- **Definir la conducta que debe modificarse** recordando que ha de tener cierta frecuencia. Ejemplos: conductas o preguntas repetitivas.

Debe recordarse que la conducta anómala del paciente no es voluntaria. No hay que discutir con él ni reñirle ante las conductas anómalas.

- **Implicar a todos los familiares** posibles (los que viven en el domicilio y los que, aunque no convivan bajo el mismo techo, tengan contacto con el paciente).
- **Actuar:** *responder positivamente, con afecto, alegría y entusiasmo ante las conductas adecuadas del paciente. Ignorar las conductas anómalas.*

# Efectividad de la intervención cognitiva

## Introducción: ámbitos de intervención y efectividad

**E**s fundamental plantear cuáles son las bases teóricas y experimentales que justifican las intervenciones cognitivas y establecer cuáles serían las medidas objetivas de su efectividad. A lo largo de este libro se han comentado las principales formas de intervención, sus bases y objetivos. Cada método tiende a hacer hincapié en uno u otro aspecto de las alteraciones de los pacientes o en mejorías globales. Para evaluar el efecto de las técnicas de intervención cognitiva es necesario definir previamente qué entendemos por «efectividad» en este ámbito. En función de lo que se espere y defina como efectividad se podrán establecer métodos de control y de medida.

En la actualidad, en los estudios farmacológicos las autoridades sanitarias exigen que se mejore como mínimo la capacidad cognitiva y la capacidad funcional (vida diaria) de los pacientes. La industria farmacéutica, por su parte, está estudiando el efecto de los fármacos en aspectos como la mejoría de los síntomas psicológicos y del comportamiento, la calidad de vida, el impacto en el cuidador o el consumo de recursos y su coste.

A continuación, se presenta una serie de consideraciones generales sobre los fundamentos de la intervención en un sentido amplio.

## Aspectos físicos y sensoriales

**E**n el apartado sobre las alteraciones de las capacidades motoras y sensoriales se ha destacado cómo éstas pueden reducir las capacidades funcionales de los pacientes y se han expuesto una serie de intervenciones posibles. También se han referido los problemas de la reducción de la actividad y el sedentarismo, así como los derivados del aislamiento y la dependencia.

Cuanto más deteriorado está físicamente un individuo de edad avanzada o demente, más importante es la influencia del mundo exterior y más importante la intervención. Por este motivo, una adecuada adaptación física y cognitiva del entor-

no que soslaye las posibles limitaciones cognitivas puede tener una gran importancia en la mejoría de la autonomía de los pacientes. En otro apartado se han aportado datos pertinentes.

**Aspectos endocrinológicos.** Parte de las alteraciones físicas y mentales propias del envejecimiento –presentes en los pacientes de Alzheimer– pueden estar condicionadas por factores endocrinológicos (hormonales). Consecuentemente, no es de extrañar que se hayan propuesto terapias de administración de hormonas que disminuyen con la edad.

## Aspectos neurobiológicos

**E**s indiscutible que toda acción sobre el cerebro tiene que pasar por su base neurobiológica. Sin embargo, el hecho de que tenga que pasar obligadamente por una base neurobiológica no significa necesariamente que se modifique esta estructura ni que se modifique la lesión neu-

rológica. Por ejemplo, normalmente la apatía, la depresión o la sobreprotección en una persona afecta de demencia son un factor añadido de reducción de su nivel de rendimientos. La hipofunción es un hecho común en las demencias, de forma que el paciente actúa por debajo de su dis-



capacidad neurológica real. La «simple» activación de las personas que no aprovechan todas sus potencialidades podría parecer una mejoría de las bases biológicas alteradas, pero en realidad no lo es. En este sentido, debe tenerse en cuenta que dos de las causas más importantes del abandono de la acción son la depresión y la apatía.

Algunos trabajos han insistido en el impacto positivo en la bioquímica del cerebro que ejerce la estimulación cerebral.<sup>17</sup> Las capacidades neuronales residuales permitirían el uso de vías alternativas para la realización de capacidades neuropsicológicas.

## Aspectos cognitivos

### Aspectos cognitivos generales

Es de esperar que los resultados de las intervenciones que provoquen mejorías generales en las capacidades cognitivas tengan un impacto positivo en otras capacidades y en las capacidades funcionales. Éste sería el caso del efecto farmacológico de la activación de los sistemas de transmisión colinérgica, que se manifiesta en la escala ADAS (una escala cognitiva cuya puntuación final refleja los resultados de un conjunto de tests que miden capacidades neuropsicológicas diversas), en escalas funcionales y en escalas de medida global de cambio.

Ciertamente, no existe ningún fármaco que pueda mejorar específicamente «la capacidad de llamar por teléfono» o «tener interés por el periódico», pero dicho fármaco sí podría mejorar la función de las capacidades cognitivas que permiten llamar por teléfono o leer el periódico. Además, si el fármaco actúa sobre síntomas neuropsiquiátricos como la apatía y la depresión, que a su vez provocan el abandono de las tareas, sí podrá actuar sobre la inhibición de «la capacidad de llamar por teléfono» o de «tener interés por el periódico».

El ejemplo del fármaco se puede aplicar y comparar con intervenciones cognitivas que refuerzan la atención, la concentración o la actividad. Si las sesiones son positivas y agradables, y aumentan la autoestima y la seguridad, se puede obtener un incremento de los rendimientos cog-

La activación o reactivación de vías o estructuras nerviosas mediante la terapia cognitiva (Kertesz, 1993; Craine, 1987) se fundamentaría en una serie de aspectos que quedan fuera de la temática de este libro. Aquí tan sólo señalaremos que existen muchas teorías, que no son necesariamente excluyentes entre sí. Se ha mostrado que un medio enriquecido puede modificar los cerebros de ratas envejecidas. De hecho, las investigaciones que muestran que existe una capacidad de aprendizaje en los ancianos dementes apoyarían la capacidad de plasticidad biológica, pero el registro se podría producir gracias a estructuras no afectadas, y no necesariamente «regeneradas».

nitivos gracias a una acción general. En este sentido irían los resultados de las investigaciones<sup>18</sup> que muestran cómo mediante técnicas de orientación a la realidad se pueden observar mejorías cognitivas. También se han observado algunas mejorías gracias a técnicas de reminiscencia.

En general, toda intervención cognitiva, y en especial los programas de estimulación, ejerce un efecto positivo en el nivel de atención y estimulación. En este fenómeno se ha intentado diferenciar el efecto «inespecífico» del incremento de la atención y la concentración del efecto realmente «cognitivo» de la intervención. Al parecer, los «efectos inespecíficos» no son suficientes para explicar todos los cambios producidos por técnicas como la orientación a la realidad (Reeve e Invison, 1985).

### Aspectos cognitivos específicos

Existe una revisión de cien artículos que muestran mejorías en la capacidad de comunicación en pacientes dementes (Bourgeois, 1991). Dichos artículos parten de estudios de intervención en los campos de la psicología, el trabajo social, la enfermería y la gerontología. Aunque en algún trabajo existen problemas metodológicos, la lite-

17. Mirmiran y cols. (1986), Mohamed y cols. (1990).

18. Reeve e Invison (1985), Breuil y cols. (1994): *Mejorías medidas con el Minimental test*.

ratura apoya globalmente los resultados favorables del tratamiento cognitivo de las capacidades de comunicación en personas afectas de demencia. El estímulo de las capacidades comunicativas se podría basar en las capacidades preservadas y en vías alternativas. Por este motivo, es importante comprobar el estado de las capacidades de lectura, copia, escritura al dictado... y las in-teracciones entre todas ellas.

La memoria del anciano normal muestra cierta capacidad de reserva, es decir, cierto potencial de mejoría. Por este motivo, cuando la disminu-

ción de la capacidad de memorización y el recuerdo se compensan mediante una serie de ayudas (instrucciones o índices), las personas normales ancianas muestran mejorías en su capacidad de memoria. Los estudios controlados sobre ejercitación de la memoria en ancianos normales ponen de relieve mejorías significativas cuando se ejercitan técnicas de recuerdo (Miller y Morris, 1993). Los estudios controlados sobre el aprendizaje en los programas de orientación a la realidad muestran resultados positivos claros (Holden y Woods, 1995).

## Aspectos psicológicos y del comportamiento

Los «trastornos psicológicos y del comportamiento» (depresión, delirios, deambulación, agresividad...) pueden tener un impacto claro en los rendimientos cognitivos y funcionales finales del paciente. Ciertos trastornos son consecuencia de lesiones cerebrales (trastornos primarios), mientras que otros resultan de la interacción entre los efectos de las lesiones y la reacciones psicológicas de los pacientes.

Los aspectos psicológicos secundarios y ambientales pueden desempeñar un papel fundamental en los rendimientos cognitivos y en la posible sensación de inseguridad y falta de autoestima de los pacientes. Veamos algunos aspectos en los que la intervención terapéutica puede tener importancia:

- **Inseguridad frente a los posibles errores.** Muchos pacientes dejan de realizar ciertas actividades relativamente preservadas debido a la inseguridad condicionada por los posibles errores. El paciente renuncia y deja de hacer una actividad, simplemente porque no es tan hábil como antes y las cosas no le salen con la misma calidad o perfección. Frecuentemente aparecen sentimientos de ansiedad y depresión. No es de extrañar que se haya considerado que ciertos pacientes adoptan la posición de «incapacidad aprendida» (Seligman, 1975).
- **Pasividad y falta de iniciativa.** Hay casos en los que la falta de iniciativa y la pasividad pueden tener entidad suficiente como para

que una persona deje de realizar una tarea determinada o la realice inadecuadamente. La falta de iniciativa y el abandono pueden deberse a síntomas depresivos. En estos casos, el tratamiento de la depresión –si existe– y la estimulación pueden desempeñar un papel fundamental para superar el problema.

- **Sobreprotección del medio.** El medio puede ser muy protector y solucionar las dificultades del paciente, con lo que no se deja espacio para que éste exprese sus capacidades residuales. Si el entorno es sobreprotector, se facilitarán sus discapacidades. Tampoco se trata de que el paciente se enfrente a tareas realmente difíciles debido a sus trastornos. El entorno debe ser ajustado a las capacidades del individuo o ligeramente superior a sus capacidades para que su desarrollo le suponga un mínimo desafío.

Toda intervención que permita prevenir o reducir este tipo de trastornos va a reflejarse en la situación del paciente y de su entorno. Dar seguridad y adaptar las tareas al nivel de las capacidades del paciente, incrementar su iniciativa y suprimir la sobreprotección pueden ejercer una acción terapéutica positiva y ser el punto de partida clave para que el paciente vuelva a realizar una actividad abandonada. Existen numerosos fármacos que permiten reducir o mejorar los problemas psicológicos y del comportamiento, pero inicialmente el tratamiento –salvo indicación médica– debe ser de tipo conductual.

El impacto positivo de las técnicas de comunicación en el equilibrio, adaptación y bienestar

del paciente ya se ha comentado en el apartado correspondiente.

### Métodos de intervención conductual para problemas específicos

**Control de la orina.** Algunas técnicas han demostrado su utilidad en el mantenimiento de las capacidades de los pacientes dementes. Así, Jack Schnelle y sus colaboradores, de Los Ángeles, han mostrado que ofrecer la posibilidad de ir al lavabo cada dos o tres horas ayuda a mantener el control de la orina. Esta técnica no consiste en llevar al paciente al lavabo, sino en ofrecerle la posibilidad de decidir si quiere ir a evacuar.

**Vestido.** Cornelia Beck, de Arkansas, ha demostrado que ciertos pacientes están en vías de perder la capacidad de vestirse debido a falta de estímulos. En lugar de vestir a los pacientes se trata de ofrecerles estímulos, indicaciones y conductas que deben imitar. Esta técnica mostró que,

tras seis semanas, un 75 % de los pacientes mejoraban su capacidad de vestirse según una escala de ocho puntos. Algunos pacientes mejoraban significativamente, reduciéndose claramente su grado de dependencia.

**Conductas anómalas** (gritos, discusiones, vagabundeos...). Muchas conductas anómalas dependen de causas externas o de necesidades de los pacientes. Cohen-Mansfield, de Rockville (Maryland), puso de manifiesto que la intervención mediante cintas de vídeo donde aparecía un familiar hablando, la audición de una música que gustaba al paciente o, simplemente, la interacción y conversación reducen significativamente conductas tales como los gritos y los insultos.

### El cuidado del cuidador durante el proceso de intervención

No puede hablarse de las bases racionales de la terapia de la enfermedad de Alzheimer sin tener presente al cuidador. La convivencia con un paciente de Alzheimer conlleva una gran carga física y emocional que se traduce en fatiga, sentimientos de ansiedad, depresión y enfermedades. La lista de problemas de los cuidadores es larga y variada (tabla 7).

**Tabla 7. Efectos de la enfermedad de Alzheimer sobre el cuidador**

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| • Fatiga                 | • Vergüenza    |
| • Preocupación           | • Culpabilidad |
| • Ansiedad               | • Dolor        |
| • Reacciones emocionales | • Pena         |
| • Enfados                | • Risa         |
| • Depresión              | • Alegría      |
| • Aislamiento            | • Amor         |
| • Impotencia             | • Esperanza    |

**Tabla 8. Señales de alarma en el cuidador**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| • Excesivo consumo de cafeína        | • Tensión muscular excesiva   |
| • Pérdida de peso                    | • Abuso de alcohol  |
| • Aumento de peso                    | • Irritabilidad excesiva  |
| • Sentimiento de aislamiento         | • Sentimientos de suicidio y desesperanza   |
| • Insomnio                           | • Excesiva distracción, dificultad de concentración, quejas de memoria deficiente y desorientación aparente |
| • Llanto excesivo                    |   |
| • Taquicardia, palpitaciones, mareos |   |
| • Excesiva fatigabilidad             |   |
| • Dolores de cabeza y de espalda     |   |

La fatiga acostumbra a ser la reacción física primaria experimentada por los familiares. La fatiga se suma a un sentimiento de depresión y puede, por su parte, ser un síntoma de depresión. Los cuidadores –normalmente de edad– acostumbran a disponer de poco tiempo para cuidar su propia salud y este hecho tiene un efecto negativo. El consumo de psicofármacos es mayor en los familiares de Alzheimer que en la población de la misma edad. Es, por tanto, muy importante que el cuidador conozca sus «signos de alarma» (véase tabla 8) para poder tomar las medidas oportunas.

**Tabla 9. Cuidados del cuidador**

- |                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| • Tiempo libre                | • Unirse a otras personas |
| • Amigos                      | • Terapia en grupo        |
| • Evitar el aislamiento       | • Terapia individual      |
| • Buscar ayudas               | • Grupos de apoyo mutuo   |
| • Reconocer señales de alarma |                           |
| • Asesoramiento               |                           |

La mejoría del estado físico y psicológico del cuidador tiene una influencia positiva en el paciente. Por este motivo, el cuidador debe contar con los demás, tomar descansos y saber gratificarse. En la tabla 9 se presentan algunas posibilidades generales referentes a los cuidados del cuidador.

El apoyo profesional y la terapia de soporte a los cuidadores directos reduce o retrasa el ingreso en residencias.

*Un estudio realizado por Mittelman y cols. (1993), en el que se compararon dos grados de apoyo a doscientos seis cuidadores directos (cónyuges) de pacientes afectados de Alzheimer, puso de relieve que en el grupo que recibió un apoyo global el ingreso en residencias fue inferior a un 50 % respecto al grupo que recibió un apoyo de rutina (grupo de control). La intervención consistió en ofrecer consejo individual y familiar, participación en grupos de apoyo y suministro de consejos específicos centrados en las necesidades del cuidador y en su educación.*

## Comentarios y conclusiones

La gravedad y multiplicidad de los trastornos cognitivos en casos de lesiones cerebrales, en particular en las demencias, plantea serios desafíos terapéuticos. La intervención cognitiva debe ser un aspecto más dentro del concepto de terapia integral y multidisciplinar que se debe aplicar a cada paciente, y no se debe plantear independientemente de los aspectos emocionales. Existen varios enfoques disponibles y trabajos en curso que exploran nuevas posibilidades de intervención. Se pueden obtener resultados positivos cuando la carga cognitiva y funcional se reduce al mínimo, cuando se puede disponer de las capacidades de la memoria de procedi-

mientos y de la memoria implícita y cuando se aportan ayudas significativas en la codificación y la evocación (Woods, 1996). En cuanto a los efectos neurobiológicos de la intervención cognitiva, se debe ser muy cauto. No hay que atribuir efectos neurobiológicos a intervenciones que inciden en aspectos psicológicos y psicoterapéuticos. Por último, se debe plantear que la terapia cognitiva tiene un efecto aditivo a la terapia farmacológica. Según Holden y Woods (1995), con los datos disponibles en la actualidad los modelos más efectivos en la terapia son el binomio reentrenamiento conductual/compensación ambiental y evitación del abandono depresivo.

## 14

## Intervención cognitiva: algunas directrices y consejos generales

**A** continuación, de forma general y breve, se dan una serie de consejos en relación a las actitudes y directrices generales sobre la intervención cognitiva.

### Momento del día y lugar

- Buscar el mejor momento del día y el contexto más natural posible de la vida familiar y social. El ambiente debe ser tranquilo.

### Respetar a la persona

- Tener en cuenta las características e intereses individuales de la persona. No forzar tareas que no tengan interés para el paciente.
- Mostrar respeto (tratar al paciente como el adulto que es) y buscar un buen clima de relación. Sonreír en lugar de poner mala cara ante errores y problemas.
- Dirigirse al paciente por su nombre, solicitándole las tareas por favor. No darle órdenes.
- Recordar que el paciente tiene lesiones cerebrales y que no hace las cosas mal voluntariamente.

### Las tareas y su desarrollo

- Utilizar las capacidades preservadas y centrarse en éstas.
- No se trata de presentar las tareas como un deber escolar con la idea de dar una nota (bien o mal). Se trata de estimular, animar, acompañar, incitar... al paciente para que haga esfuerzos en el ámbito mental.
- Seguir rutinas y evitar que las cosas queden al azar. Ser sistemáticos y ordenados. Los cambios de rutinas pueden resultar fatales.
- Simplificar las tareas o fraccionarlas por etapas: puede ser de gran ayuda el facilitar la secuencia de una tarea.

- Interrumpir las tareas que generen ansiedad y rechazo. Evitar las que a priori pensemos que puedan ser conflictivas.

- Ayudar. No solucionar las cosas, a excepción de que ostensiblemente el paciente no las pueda realizar por sí mismo.

### Las instrucciones

- Dar todas las instrucciones paso a paso, de forma concreta y sencilla, repitiéndolas cuando sea conveniente.
- Ser claros, evitar ambigüedades y eliminar opciones múltiples.
- Eliminar distracciones. La persona ha de tener una sola actividad y una sola fuente de estímulo.
- Mantener el contacto visual, pues ayuda en la comprensión y facilita una buena relación.
- Ayudar mediante comunicación no verbal. Un gesto puede acompañar a las palabras y hacerlas más comprensibles.

### La actitud

- Evitar enfrentamientos y no forzar nunca las situaciones: no discutir cosas evidentes.
- Mantener la calma. Hacer las cosas al ritmo necesario adaptado al paciente. No dar prisas.
- No asumir a priori que el paciente es incapaz de realizar una tarea.
- Hacer notar los éxitos del paciente para reforzar su seguridad.

### Cada persona es diferente

Puede darse el caso de que los recursos y ejercicios propuestos en el proyecto «Activemos la

mente» no sean practicables debido a la gravedad del deterioro, los problemas específicos o las limitaciones físicas del paciente. El terapeuta deberá adaptarlos a las posibilidades reales del paciente y/o buscar alternativas.

Las propuestas que se presentan no son exhaustivas ni representan un recetario. Se proponen ideas para que la imaginación y creatividad del usuario las adapte a la realidad de la persona que está tratando. Se deben buscar siempre los temas de interés del paciente y todo lo que la familia considere adecuado.

Además de los materiales propuestos, deben tenerse en cuenta todas las posibilidades que existen en el mercado: juegos didácticos para adultos y niños, agendas, blocs de notas, recortes, mapas... Nadie mejor que la familia sabrá qué cosas interesan más al paciente.



## Apéndice

# Bases generales de los ejercicios de terapia cognitiva

**A** continuación se expone la organización general de las tareas de intervención cognitiva siguiendo el esquema expuesto en las páginas 34 y 35 del presente libro:

- Objetivos generales
- Estructura básica
- Materiales generales
- Arquitectura funcional
- GDS y limitaciones
- Tareas en la vida diaria
- Individual vs grupo

La graduación de los ejercicios del proyecto «Activemos la mente» se ha realizado siguiendo las fases GDS-FAST (Reisberg y cols., 1982), el test Barcelona (Peña-Casanova, 1990, 1991) y el esquema LIMITE (Souren y Franssen, 1994). Las indicaciones (R), (S&F) y (JP) se refieren a bibliografía de Reisberg, Souren y Franssen y Peña-Casanova, respectivamente.

En la tabla 5 [véase p. 35] se relacionan los principales métodos de intervención cognitiva con las fases GDS.





## A. Lenguaje

### CONVERSACIÓN-NARRACIÓN (tarea verboverbal)

**Objetivos generales:** estimular el lenguaje expresivo de conversación: producción de lenguaje a partir de estímulos verbales promoviendo la interacción personal. Es necesario proporcionar al paciente la posibilidad de mantener el uso del lenguaje y trabajar con palabras. Promover la interacción interpersonal. Incrementar la autoestima.

**Estructura básica:** situación de conversación. No se pretende la intervención de estímulos visuales. Una persona con problemas visuales aislados no debe verse limitada al realizar esta tarea.

**Materiales generales:** no se necesita material específico, dado que esta tarea pretende ser estrictamente de relación verbal. Se ha de tener en cuenta si el paciente utiliza audífono. Se pueden emplear objetos para iniciar/estimular la conversación.

**Arquitectura funcional:** intervienen todos los elementos del lenguaje receptivo y expresivo, con uso de memorias antiguas semánticas (conocimientos) y memorias episódicas antiguas y recientes. También interviene la memoria auditiva de trabajo, cuya función es mantener en la memoria la actividad en curso. Es importante la intervención de la función ejecutiva verbal (capacidad de planificar, iniciar y mantener un proceso activo dirigido al objetivo en curso). Participación de todos los niveles de organización lingüística (fonética, fonología, léxico, sintaxis, discurso y pragmática).

**GDS y limitaciones:** es necesario adaptar los temas al nivel de los pacientes. En general, estas tareas se adaptan mejor al GDS 3 (trastorno subjetivo/leve) y al GDS 4 (trastorno moderado). A continuación, se especifican detalles sobre la adaptación de las tareas de conversación a la capacidad de los pacientes:

- GDS 3: en los casos de pacientes GDS 3 leve no hay demasiadas limitaciones en los temas

de conversación. Se pueden tratar ámbitos semánticos, culturales, profesionales y sociales complejos, pero es conveniente dar explicaciones y no forzar el ritmo. Se pueden tratar temas propios de las actividades avanzadas de la vida diaria. Si se tratan temas de pocos días antes, el paciente tiene problemas para recordar detalles, a pesar de que recuerda los sucesos más importantes (R). Pueden aparecer algunos errores de memoria de hechos antiguos en una conversación detallada (R). Puede aparecer una discreta pobreza de pensamiento, así como una carencia de capacidad creativa y de aportación de alternativas improvisadas. Empobrecimiento mental progresivo.

- GDS 4: destaca la poca capacidad de conversación y de narración por parte del paciente (JP). Éste tiene pocas cosas que decir. A veces habla bastante, pero los contenidos son superficiales y tangenciales. Es necesario centrarse en los ámbitos semánticos propios de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, así como en aspectos sociales y recreativos semicomplejos. En general, el paciente es capaz de utilizar la mayoría de las palabras del lenguaje cotidiano hablado y de seguir un pensamiento concreto, así como el hilo de su propio pensamiento. También puede seguir el hilo del pensamiento de otra persona si es suficientemente concreto (S&F). Cuando se tratan temas antiguos aparecen problemas de memoria, y el cónyuge recuerda incluso más cosas de la vida del paciente que el paciente mismo (R). Hay una dificultad importante para recordar hechos recientes (lugares visitados durante las vacaciones, celebraciones recientes...) (R).

- GDS 5: la evocación de palabras y la capacidad de lenguaje discursivo están muy afectadas (JP). Se observa una incapacidad para recordar hechos recientes importantes en uno de los ámbitos siguientes: el tiempo que hace

actualmente, el nombre del presidente actual y/o su dirección actual (R). El paciente es incapaz de recordar la mayoría de los acontecimientos pasados (R). Puede olvidar el nombre de la escuela a la que ha ido. Puede recordar parte de los lugares donde ha vivido, trabajado, estudiado..., pero no todos.

- GDS 6: el paciente puede mantener con mucha dificultad una conversación empleando palabras simples. Solamente puede expresar frases estereotipadas.
- Algunos pacientes pueden presentar trastornos afásicos expresivos importantes (con parafasias u otras manifestaciones) o un trastorno importante de la evocación de palabras. En estos casos, la tarea puede generar ansiedad o reacciones catastróficas (JP).
- Algunos pacientes en fase inicial pueden presentar problemas específicos e importantes con respecto a la comprensión

- Deben tenerse en cuenta posibles pérdidas de la capacidad auditiva que limiten la conversación.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de conversación son tareas inherentes a la vida diaria

**Individual vs grupo:** los grupos de conversación o «grupos de discusión» tienen un interés especial en instituciones, pero debe hacerse una buena selección de las personas (en general, GDS 3). Si se hacen grupos de discusión o de orientación a la realidad con pacientes GDS 4, hay que adaptar los ámbitos semánticos y el nivel (habrá que aplicar las técnicas de los grupos básicos). También se pueden hacer grupos de conversación a domicilio. Las tareas en grupo permiten incrementar la autoestima y evitar sentimientos de soledad o de aburrimiento. Las experiencias positivas incrementan la socialización y las motivaciones.

## DESCRIPCIÓN-NARRACIÓN (tarea visual/verbal)

**Objetivos generales:** estimular el lenguaje expresivo narrativo: producción de lenguaje a partir de estímulos visuales que delimiten el ámbito lexico-semántico. Es necesario proporcionar al paciente la posibilidad de mantener el uso del lenguaje y trabajar con palabras. Promover la interacción interpersonal a través de la descripción, narración y conversación sobre imágenes temáticas.

**Estructura básica:** estímulos visuales generadores de discurso.

**Materiales generales:** estímulos sistematizados (láminas temáticas). Se pueden utilizar estímulos informales (revistas, libros con imágenes...) siempre que se delimite el ámbito semántico.

**Arquitectura funcional:** en la descripción y la narración a partir de estímulos visuales son necesarias la capacidad de percepción y la capacidad de reconocimiento (gnosis) visual adecuadas. Es necesario poder realizar una síntesis perceptiva a partir de las diferentes partes del estímulo, por lo que se requiere una capacidad visual y espa-

cial adecuada. En la producción de respuestas es necesario tener una capacidad ejecutiva verbal adecuada de narración temática (ámbito semántico específico). En esta tarea están implicados todos los componentes de la expresión verbal en general: fonética, fonología, léxico, sintaxis, discurso y pragmática. El trabajo en ámbitos semánticos concretos implica el conocimiento de un léxico específico.

**GDS y limitaciones:** en general, sirven las indicaciones de la conversación, pero hay que tener en cuenta el papel de la percepción y el reconocimiento visual.

- Recordemos que pueden darse trastornos visuales (cataratas, miopía...) que limiten la percepción de los estímulos visuales. Se debe tener en cuenta si el paciente necesita llevar gafas.
- Puede haber trastornos cerebrales específicos centrados en la percepción y el reconocimiento visual que limiten específicamente la tarea.

- Algunos pacientes pueden presentar paragnosias visuales y creer que hay «cosas raras» en la lámina que se les presenta.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de descripción y narración se pueden realizar en la vida diaria en cualquier situación informal (por ejemplo, describir lo que se ve desde la ventana).

## REPETICIÓN (tarea verboverbal)

**Objetivos generales:** centrar al paciente en tareas verbales de diversa complejidad. Estimular la retención. Trabajar modelos verbales. Trabajar la atención y la concentración verbal (este aspecto se trabaja en el apartado de actividades sensoriales).

**Estructura básica:** tarea de repetición de diferentes elementos verbales. Interacción interpersonal.

**Materiales generales:** listas estructuradas de materiales concretos que se deben repetir. Se pueden crear y adaptar todo tipo de tareas de repetición.

**Arquitectura funcional:** la tarea de repetición requiere atención, concentración, discriminación verbal y lenguaje receptivo y expresivo. También presupone un componente de memoria de trabajo más o menos importante de acuerdo con el volumen del material que haya que repetir.

**GDS y limitaciones:** la capacidad de repetición se va reduciendo progresivamente a lo largo de la enfermedad. Se altera a causa de trastornos de atención, de concentración, de memoria y a causa de trastornos específicamente verbales (parafasias, trastornos articulatorios...).

- GDS 3: buena repetición excepto en ciertas frases complejas y largas.
- GDS 4: afeción de la atención y de la concentración. El paciente se distrae fácilmente y pide que le repitan la frase.
- GDS 5: reducción de la capacidad verbal.

**Individual vs grupo:** los grupos de conversación a partir de láminas tienen especial interés en instituciones, pero debe hacerse una buena selección de las personas.

- GDS 6: problemas importantes a causa de la grave alteración y reducción del lenguaje.

- La repetición está normalmente preservada en las fases discretas y moderadas (GDS 3) y en ciertos casos (GSD 5) de la enfermedad, a excepción de tareas en las que se requiera un volumen importante de memoria de trabajo (entonces puede estar afectada en los GDS 3-4).

- Las personas con un cierto grado de sordera tendrán una dificultad especial para realizar esta tarea. También tendrán más problemas para repetir las series de sílabas sin significado (pseudopalabras).

- Los pacientes con trastornos afásicos tendrán graves problemas para realizar tareas de repetición, y por eso hay que evitar que hagan esta tarea.

- Teniendo en cuenta siempre el grado de afeción que presente el paciente, se puede comenzar con la repetición de letras y seguir con la de sílabas, palabras de dos sílabas concretas y abstractas, frases cortas y largas... La memoria puede limitar mucho la repetición.

**Tareas en la vida diaria:** en la vida diaria la repetición no es una actividad habitual. Se puede utilizar la repetición para trabajar el vocabulario, pero no debe ser una tarea «forzada».

**Individual vs grupo:** habitualmente las tareas de repetición se realizan individualmente. También se pueden realizar en grupo, pero resulta más difícil controlar los rendimientos.

## RECONOCIMIENTO Y DENOMINACIÓN (visual/verbal)

**Objetivos generales:** estimular el léxico a través de estímulos visuales (fundamentalmente, imágenes y objetos). Trabajo específico de ámbitos semánticos /léxicos. Se debe proporcionar al paciente la posibilidad de mantener el uso del lenguaje y trabajar con palabras.

**Estructura básica:** presentación de estímulos visuales (imágenes) y producción del nombre correspondiente.

**Materiales generales:** imágenes (fotografías) de objetos. Láminas de elementos agrupados por categorías. Informalmente, pueden servir imágenes de libros, folletos publicitarios, series de objetos de la vida diaria...

**Arquitectura funcional:** esta tarea presupone componentes de agudeza visual, de percepción y de reconocimiento visual (gnosis). A nivel semántico, son posibles todas las asociaciones y categorizaciones pertinentes con relación al estímulo específico presentado. A partir de la semántica (significado) se podrá acceder al léxico (palabra específica). Después se pasará a la producción verbal, en la que participarán los componentes de la fonología y la fonética, así como el nivel motor articulatorio. Hay que recordar que el reconocimiento (gnosis) es un paso previo a la denominación.

**GDS y limitaciones:** las tareas deben ser adaptadas a la fase evolutiva o a las características específicas (más o menos focales) del caso:

- GDS 3: en los casos de pacientes GDS leves no hay limitaciones especiales en el reconocimiento y la denominación. Se pueden tratar ámbitos semánticos, culturales, profesionales y sociales complejos. En el GDS 3 la falta de palabras es muy discreta o imperceptible, pero existe un cierto empobrecimiento semántico, de ideas.
- GDS 4: hay que centrarse en los ámbitos semánticos propios de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, así como en los aspectos sociales y recreativos semi-complejos. En general, el paciente es capaz de emplear la gran mayoría de palabras del lenguaje hablado cotidiano y de nombrar todas las partes del cuerpo (S&F). Asimismo, puede distinguir, indicar y nombrar «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «delante/detrás». Puede denominar monedas y billetes y los números hasta 100.
- GDS 5: la percepción y el reconocimiento del paciente se ven afectadas. Es posible que tenga dificultades para percibir figuras en profundidad y para discriminar partes de láminas temáticas. La evocación de palabras está bastante afectada (JP). Es capaz de reconocer y denominar parcialmente los objetos y las actividades de la casa (S&F). Reconoce la mayoría de la ropa y las partes del cuerpo (S&F). Ocasionalmente, no reconoce su propia casa ni a su cónyuge. Pueden aparecer delirios.
- GDS 6: las percepciones y la capacidad de reconocimiento están muy afectadas. Puede reconocer caras familiares. El vocabulario es muy restringido. Puede reconocer palabras amistosas o agresivas.
- GDS 7: no es capaz de distinguir entre lo que es comestible y lo que no lo es. Se puede llevar indiscriminadamente cosas a la boca, incluso sus propios excrementos.
- Algunos pacientes pueden presentar trastornos afásicos expresivos importantes (con parafasias u otras manifestaciones) o un trastorno importante en la evocación de palabras. En estos casos, la tarea puede generar ansiedad o reacciones catastróficas (JP). Existen casos con trastornos específicos en los niveles perceptivos y gnosis visuales (demencia posterior), y otros casos con un trastorno en los procesos semánticos (demencia semántica) o verbales (anomia afásica en el contexto de una demencia o de una afasia progresiva).

**Tareas en la vida diaria:** la denominación se realiza durante conversaciones y en múltiples situaciones (estando de compras, paseando...). Los estímulos reconocidos evocan los nombres correspondientes. No se realiza, sin embargo,

una tarea de denominación sistemática. Normalmente se evoca el significado; el nombre se produce si existe necesidad de comunicación.

**Individual vs grupo:** la denominación y en general todos los ejercicios de léxico se pueden hacer en grupo.

## VOCABULARIO (tareas lexicosemánticas)

**Objetivos generales:** estimular el léxico y las diferenciaciones semánticas a partir de estímulos y tareas verbales.

**Estructura básica:** interacción interpersonal (estímulo-respuesta).

**Materiales generales:** ejercicios estructurados (material específico) o informales.

**Arquitectura funcional:** los componentes funcionales implicados varían en función del tipo concreto de tarea propuesta, pero en general interviene el léxico (la palabra), el significado (semántica) y la realización de asociaciones con otros significados/palabras (relacionados o no). Estas tareas presuponen un nivel de procesamiento semántico y una capacidad ejecutiva compleja.

**GDS y limitaciones:** las tareas lexicosemánticas complejas son deficitarias en las fases discretas-moderadas de las demencias.

- GDS 3: las capacidades lexicosemánticas complejas están relativamente poco afectadas. En esta fase es cuando tienen más sentido las tareas complejas. La evocación categorial de nombres de animales disminuye significativamente en el GDS 3 (exponente claro del trastorno léxico y semántico)
- GDS 4: el paciente se caracteriza por tener un pensamiento básicamente concreto y por una pérdida progresiva del pensamiento lógico (S&F). Es posible que al principio de esta fase pueda realizar tareas lexicosemánticas. Si

el paciente no puede seguir la tarea, se deberán realizar ejercicios de denominación.

- GDS 5: importante afección del vocabulario y de las capacidades lexicosemánticas y lógicas complejas del paciente. El lenguaje no le permite expresar emociones y experiencias. Las tareas lexicosemánticas no están indicadas en esta fase.

**Tareas en la vida diaria:** las asociaciones de significados y palabras son actividades muy frecuentes y propias de las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, una persona puede referirse a un perro hablando del «animal» (categoría), puede diferenciar «malo» de «bueno» o «caro» de «barato» (antónimos), relacionar «antiguo» con «viejo»... Algunas tareas que pretenden llegar al significado/léxico forman parte de juegos o de adivinanzas verbales (es decir, llegar al significado a partir de elementos semánticos; por ejemplo, si hablamos de una sierra: es una herramienta, es dentada, se utiliza para cortar madera...).

Aunque estas relaciones y diferenciaciones se realizan frecuentemente en la vida diaria, eso no quiere decir que los ejercicios que trabajan estos aspectos no dejen de ser artificiales para algunas personas.

**Individual vs grupo:** las tareas lexicosemánticas se pueden realizar individualmente o en grupo. En principio, tiene más interés el trabajo individual. Tanto si se trabaja individualmente como en grupo, las tareas han de ser alentadoras.

## COMPRESIÓN VERBAL

**Objetivos generales:** trabajar y estimular tareas de comprensión del lenguaje.

**Estructura básica:** orden verbal que el paciente ha de cumplir (señalando, realizando una tarea

o cualquier actividad que ponga de manifiesto la comprensión).

**Materiales generales:** todo tipo de elementos que permitan establecer de manera estructurada

(o informal) una situación de estímulo-respuesta (imágenes, láminas temáticas, láminas de categorías, figuras geométricas, imágenes de revistas, elementos del entorno...).

**Arquitectura funcional:** toda tarea de comprensión requiere un nivel adecuado de atención y de concentración. La comprensión verbal requiere una audición adecuada, una buena capacidad de discriminación de los sonidos del lenguaje (fonología) y una memoria de trabajo normal. Las capacidades fonológicas permiten llegar a la palabra y posteriormente al significado (semántica). Las órdenes complejas implican ir más allá de la palabra y pasar a la comprensión de estructuras gramaticales y a la comprensión de significados encubiertos. Si la respuesta solicitada es verbal, se necesitarán todos los dispositivos funcionales de la expresión del lenguaje. En caso de que la respuesta solicitada sea motora, se necesitarán los dispositivos funcionales de las praxis.

**GDS y limitaciones:** las tareas están condicionadas por la fase de la enfermedad y/o la alteración específica y precoz del lenguaje.

- GDS 3: la comprensión del lenguaje está relativamente preservada en las fases preliminares o leves de la enfermedad de Alzheimer, al menos con respecto a las interacciones habituales de la vida diaria. Aparecen problemas si la comprensión implica relaciones lógicas complejas y un componente importante de memoria inmediata.
- GDS 4: los pacientes pueden señalar la mayoría de los objetos de la vida diaria si una persona los nombra. Pueden distinguir, señalar y denominar «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «delante/detrás» (referido a ellos mismos o a otra persona). Pueden comprender las cantidades de 1 a 100. Pueden entender el significado de «menos», «mucho», «más», «hacia adelante/hacia atrás», «al lado», «encima/debajo» y «rápido/despacio» (S&F). Pueden perder el significado o el sentido de causa-efecto debido a alteraciones del pensamiento lógico. En esta fase se pueden hacer muchas tareas de señalización.
- GDS 5: los pacientes señalan parcialmente los objetos de la vida diaria. Pueden realizar acciones siguiendo las indicaciones paso a paso:

«Coge la cuchara; dámela»; «¿Ves esta pala?: cava un poco la tierra; «Ahora barre»; «Pon la mesa; dos vasos y dos platos» (S&F). En tareas de juegos pueden entender las cantidades y los lugares relativos: «menos», «mucho», «más», «hacia adelante/hacia atrás», «al lado», «encima/debajo» y «rápido/despacio».

- GDS 6: el paciente experimenta una gran pérdida de la comprensión. Habla de modo muy simple, con palabras aisladas. Situación de perplejidad y de indefensión. Al principio, si se le pide, el paciente todavía puede señalar partes del cuerpo o cumplir órdenes muy simples («Abre la boca», «Saca la lengua»). Puede hacer las cosas que se le ordenen siempre que éstas sean muy simples y el objeto esté a la vista y al alcance (por ejemplo, «Coge el peine»). Al final de la fase no es capaz de realizar acciones como, por ejemplo, «Señálale la nariz». Oye la orden, pero no la entiende ni la puede llevar a cabo. Es incapaz de entender órdenes complejas y de realizarlas.
- En ciertos casos hay una alteración más específica de la comprensión del lenguaje (formas afásicas o semánticas).

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de la vida diaria implican una actividad constante de comprensión del lenguaje. La situación de vida diaria se realiza en un contexto «natural» que facilita la comprensión de las comunicaciones verbales. Las situaciones de los ejercicios pueden ser bastante artificiales, y por eso hay que adaptarlas.

**Individual vs grupo:** las tareas de comprensión pueden ser adaptadas tanto a situaciones individuales como de grupo.

## B. Orientación

**Objetivos generales:** mantener los datos de información personal básicos y establecer y/o reforzar los datos de ubicación temporal y espacial. Estimular la interacción personal y la autoestima.

**Estructura básica:** variable de acuerdo con el aspecto tratado. Desde estímulos del entorno a la interacción personal o en grupo.

**Materiales generales:** objetos del entorno, *El libro de la memoria*, pictogramas, agenda, rótulos indicativos, diarios, televisión, radio...

**Arquitectura funcional:** es necesaria la participación de la atención y de la memoria episódica a corto y largo plazo (datos biográficos antiguos). También es necesario que participen las capacidades ejecutivas (tanto para la búsqueda de información del pasado como para la narración).

**GDS y limitaciones:** la orientación se ve afectada de forma precoz y diferente. Primero se verá afectada la orientación temporal, después la orientación espacial (lugar) y finalmente la orientación personal. Es necesario trabajar en función de las capacidades residuales y de la capacidad de fijación.

- GDS 3: aparecen errores relativamente leves (el paciente se equivoca sobre la hora, el día de la semana o la fecha). Sabe dónde se encuentra y solamente se desorienta si va a lugares desconocidos. En esta fase es interesante crear *El libro de la memoria*.
- GDS 4: el paciente comete errores sobre el mes (aproximadamente de diez días), el año (de un mes) o sobre la estación del año. Se orienta en su domicilio. Puede ir solo a comprar a una tienda próxima cruzando la calle (a veces con dudas). Se puede desorientar en la calle y perderse. Es capaz de ir al servicio cuando tiene necesidad. Se puede orientar en el baño de casa. En la fase final hay que señalarle claramente dónde está el váter (S&F). En esta fase es interesante emplear *El libro de la memoria*.
- GDS 5: el paciente no tiene nada claro el mes, el año o incluso la estación en la que se encuentra. No es capaz de reconocer ni de seguir la sucesión de hechos regulares de su entorno (S&F). No está seguro del lugar donde está (ciudad, centro médico...). Puede ir a comprar a una tienda próxima si no tiene que cruzar la calle. Se puede desorientar por la calle. Frecuentemente olvida el nombre de su calle y no es capaz de reconocer su casa. Se puede desorientar en casa. Se puede orientar en el baño de casa (S&F).
- GDS 6: el paciente no tiene noción alguna de la fecha (año, mes, estación, día de la semana) en que se encuentra y a veces no es capaz de diferenciar el día de la noche. Se puede levantar durante la noche y vestirse. Identifica al cónyuge, pero solamente es capaz de decir su nombre (no los apellidos). En la primera fase (A) es capaz de ir al váter de su domicilio cuando es necesario (S&F). En una residencia tiene dificultades para encontrar su habitación.
- GDS 7: no es capaz de identificar al cónyuge. Cuando todavía habla puede estar inseguro de su identidad.
- Si el paciente no es consciente de su problema (anosognosia) o presenta una gran alteración (GDS 5-6), es mejor practicar terapias de validación. En estos casos, los intentos de aplicación de una terapia de orientación pueden provocar trastornos al paciente (crisis de angustia, reacciones catastróficas, huidas).

### Tareas en la vida diaria:

- La orientación personal, espacial y temporal es una constante de las actividades de la vida diaria.
- En general, muchas tareas de la vida diaria se pueden realizar normalmente sin tener un conocimiento adecuado de la orientación temporal.



**Individual vs grupo:** en general, las tareas de orientación se pueden realizar en grupo.

- Los grupos deberán ser homogéneos y deberá darse en sus integrantes una capacidad verbal adecuada.

**NOTA IMPORTANTE:** *Solamente se trabajará la orientación en el caso de que esté justificado en función de la capacidad del paciente y por el interés que éste demuestra por sentirse orientado. En los casos en los que el paciente presente un trastorno cognitivo y de memoria importante o una clara carencia de consciencia de la enfermedad, las tareas de orientación están contraindicadas; pueden suponer una actividad desagradable y conflictiva que genere problemas psicológicos y de comportamiento. La terapia de validación será la alternativa.*

## C. Actividades sensoriales. Atención-concentración

### VISIÓN

**Objetivos generales:** mantener, establecer y/o reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos visuales y sus implicaciones espaciales y cognitivas.

**Estructura básica:** presentación de estímulos visuales y espaciales, así como solicitud de respuestas específicas mediante tareas de discriminación, descripción, emparejamiento, ubicación espacial, reminiscencia... Interacción interpersonal.

**Materiales generales:** estímulos seleccionados específicamente. Materiales informales y del mercado (revistas de entretenimientos). Se debe tener en cuenta si el paciente utiliza gafas.

**Arquitectura funcional:** participa todo el sistema perceptivo visual. Los componentes de atención y concentración tienen un papel importante, sobre todo cuando la información no es evidente. A partir de una adecuada percepción es posible llegar al reconocimiento y a la semántica visual (significado). A partir del significado es posible realizar asociaciones que facilitan el acceso a memorias a largo plazo. De la semántica (significado) se puede acceder al lenguaje (nombres, asociaciones verbales...). Los objetos están situados en el espacio, y por eso es difícil diferenciar la función visual de la espacial. Las relaciones espaciales tienen un papel importante en todo el proceso de la visión.

**GDS y limitaciones:** en función de la fase GDS. Puede haber casos con particular afección del sistema visual (componentes de trastorno perceptivo, agnosia visual o afasia óptica). Conviene evitar la ansiedad y las reacciones anómalas. Normalmente, los trastornos gnósicos (de reconocimiento) se presentan en fases más avanzadas de la enfermedad (GDS 5-6).

■ GDS 3: en su fase leve no se dan problemas sensoriales y el paciente es capaz de reconocer (y denominar) prácticamente todos los objetos y las imágenes. Se produce una alteración objetiva menor de la atención mental (por

ejemplo, en la sustracción seriada de sietes). En esta fase los ejercicios más indicados son la reminiscencia y los juegos con papel y lápiz. Los pacientes pueden fallar discretamente en el reconocimiento de figuras superpuestas.

- GDS 4: el paciente todavía es capaz de reconocer (y denominar) los objetos de la vida diaria. Se hacen más evidentes los problemas de reconocimiento de imágenes superpuestas. Puede reconocer las coordenadas espaciales y denominarlas: «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «adelante/atrás».
- GDS 5: se da una distorsión de la percepción visual. El paciente tiene dificultades para captar los aspectos de las láminas temáticas y hacerse una idea global de su contenido. Las cosas dejan de tener su familiaridad previa. Trabaja con un número limitado de colores (rojo, amarillo, azul, verde y negro).
- GDS 6: las percepciones están gravemente afectadas. El paciente se siente confuso cuando le hablan a causa de la dificultad que le supone relacionar la cara de la persona con el sonido de la voz. En la fase A: como máximo, cuatro lápices de colores: rojo, amarillo, azul y verde (los empareja y a veces los nombra). En la fase B: máximo, dos lápices de colores: rojo y verde. Empareja figuras idénticas. Frecuentemente olvida las tareas de concentración (R).

**Tareas en la vida diaria:** las tareas perceptivas y de atención visual y espacial son una actividad constante en la vida diaria. Se pueden encontrar múltiples situaciones diarias para ejercitar la atención, la percepción y la discriminación visual. Conviene no forzar a ciertos pacientes a realizar tareas fuera del contexto natural.

**Individual vs grupo:** las actividades sensoriales visuales y espaciales se pueden realizar individualmente o en grupo de acuerdo con la tarea específica.

## AUDICIÓN

**Objetivos generales:** mantener, establecer y/o reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos auditivos y sus implicaciones cognitivas.

**Estructura básica:** presentación de estímulos auditivos y solicitud de respuestas específicas mediante tareas de discriminación, descripción, emparejamientos, ubicación espacial, reminiscencia... Interacción interpersonal.

**Materiales generales:** estímulos específicamente seleccionados. Se debe tener en cuenta si el paciente utiliza audífono.

**Arquitectura funcional:** participa todo el sistema perceptivo auditivo. Los componentes de atención y de concentración tienen un papel importante, sobre todo cuando la información auditiva procede de diversas fuentes. A partir de una percepción adecuada es posible llegar al reconocimiento y a la semántica auditiva (significado). A partir del significado es posible establecer asociaciones que permitan el acceso a memorias a largo plazo. De la semántica (significado) se puede acceder al lenguaje (nombres, asociaciones verbales...).

**GDS y limitaciones:** en función de la fase GDS. Pueden existir casos con una particular afección del sistema auditivo (componentes de trastorno perceptivo, agnosia auditiva o afasia). Conviene evitar la ansiedad y las reacciones anómalas.

- GDS 3: problemas subjetivos o menores, relacionados con problemas de concentración. El paciente es funcional. En esta fase las tareas más indicadas son la reminiscencia y las tareas musicales complejas.
- GDS 4: escasa afección sensorial, pero alteración de la concentración. La reminiscencia sigue siendo una tarea adecuada. El paciente reconoce sonidos y los empareja con imágenes.
- GDS 5: los pacientes pueden seguir la interpretación de música y canciones. Si han tenido experiencia previa, pueden tocar el instrumento que conocen.
- GDS 6: graves problemas. Los pacientes pueden reconocer los sonidos de diferentes instrumentos de música (piano, flauta, violín, acordeón, armónica..., aunque no saben denominarlos).

**Tareas en la vida diaria:** las tareas perceptivas y de atención visual son una actividad constante en la vida diaria. Se pueden encontrar múltiples situaciones diarias para ejercitar la percepción, la discriminación auditiva y la reminiscencia.

**Individual vs grupo:** las actividades sensoriales auditivas se pueden realizar individualmente o en grupo de acuerdo con la tarea específica.

## TACTO

**Objetivos generales:** mantener, establecer y/o reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos táctiles y sus implicaciones cognitivas.

**Estructura básica:** presentación de estímulos táctiles y solicitud de respuestas específicas mediante tareas de discriminación, descripción, emparejamientos, ubicación espacial, reminiscencia...

**Materiales generales:** estímulos seleccionados específicamente. Para estimular estos sentidos nos interesa trabajar con materiales muy diferentes en la forma, el peso, el grosor, el tacto (áspero, suave...), la consistencia (duro, blando, maleable...), la temperatura (frío, caliente...) y la resistencia (frágil, resistente...).

**Arquitectura funcional:** participa todo el sistema perceptivo táctil y las capacidades de explo-

ración táctiles. A partir de una adecuada percepción es posible llegar al reconocimiento y a la semántica (significado). A partir del significado es posible hacer asociaciones que permitan el acceso a memorias a largo plazo. De la semántica (significado) se puede acceder al lenguaje (nombres, asociaciones verbales...).

**GDS y limitaciones:** en función de la fase GDS. El tacto (no sus aspectos cognitivos) no padece trastornos predominantes en la enfermedad de Alzheimer. Pueden existir casos con particular afección del sistema táctil (componentes de trastorno perceptivo, agnosia táctil o afasia) acompañados de síntomas de apraxia.

- GDS 3: no se observan problemas táctiles especiales y el paciente no presenta dificultades durante la realización de las tareas de la vida diaria. En esta fase la reminiscencia es la actividad más indicada.

- GDS 4: aparecen problemas de discriminación y de reconocimiento táctil (test Barcelona). El paciente reconoce las texturas/materias excepto si la tarea es compleja. Problemas de concentración.
- GDS 5-6: el paciente clasifica las cosas de tacto similar. Coloca figuras en una base plana: encajables.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas perceptivas táctiles son una actividad de importancia relativa en la vida diaria, dado que normalmente la visión es el sistema fundamental de reconocimiento de los objetos. Se pueden encontrar múltiples situaciones diarias para ejercitar la percepción y la discriminación táctil, así como la reminiscencia.

**Individual vs grupo:** las actividades sensoriales táctiles se pueden realizar individualmente o en grupo de acuerdo con la tarea específica.

## OLFATO Y GUSTO

**Objetivos generales:** mantener, establecer y/o reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos olfativos y gustativos y sus implicaciones cognitivas.

**Estructura básica:** presentación de estímulos olfativos y gustativos y solicitud de respuestas específicas mediante tareas de discriminación, descripción, emparejamiento, reminiscencia...

**Materiales generales:** estímulos olfativos y gustativos seleccionados específicamente. Se deben evitar los irritantes.

**Arquitectura funcional:** a partir de una percepción adecuada (en este caso olfativa o gustativa) es posible llegar al reconocimiento y a la semántica (significado). A partir del significado es posible realizar asociaciones que permitan el acceso a memorias a largo plazo. De la semántica (significado) se puede acceder al lenguaje (nombres, asociaciones verbales...). La función gustativa se relaciona íntimamente con la función olfativa.

**GDS y limitaciones:** en función de la fase GDS. Las primeras fases (GDS 3-4) presentan pocos

problemas en este ámbito, sobre todo a causa del papel relativo de la vida cognitiva del olfato y el gusto. Las tareas olfativas y gustativas se llevarán a cabo con relación a las tareas de la cocina. Un indicativo adecuado del nivel de tareas es la capacidad de lenguaje [véase el apartado sobre lenguaje, p. 65]:

- GDS 3: no presentan problemas. Son adecuadas las reminiscencias.
- GDS 4: el paciente es capaz de reconocer y de denominar prácticamente todos los estímulos olfativos.
- GDS 5: problemas en bastante estímulos. Le faltan las palabras para explicar las sensaciones.
- GDS 6: tareas de emparejamiento.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas perceptivas olfativas y gustativas son una actividad constante en la vida diaria. Se pueden encontrar múltiples situaciones diarias para ejercitar la percepción y la discriminación olfativa y gustativa.

**Individual vs grupo:** las actividades sensoriales olfativas y gustativas se pueden realizar individualmente o en grupo en función de la tarea

específica. Las actividades en grupo en forma de juego son las más recomendables.

## ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN

**Arquitectura funcional:** la atención representa la capacidad de atender a estímulos sin distraerse por estímulos no pertinentes. La atención y la concentración constituyen capacidades funcionales de base en todas las tareas cognitivas. La atención es, por lo tanto, una capacidad supramodal que se encarga de seleccionar, entre los numerosos estímulos sensoriales, los más pertinentes para hacer la actividad motora o mental en curso. La atención es el resultado de la interacción de funciones como la vigilancia (estar más o menos despierto o alerta), la concentración, la motivación, la orientación y la capacidad de exploración.

**GDS y limitaciones:** las características concretas y la complejidad de las tareas que realiza el sujeto determinan el grado y el tipo de atención requeridos. Existen casos con una especial afectación de las capacidades de atención y de memoria de trabajo.

- GDS 3: se da una alteración objetiva menor de atención mental (por ejemplo, en la sustracción seriada de sietes).
- GDS 4: alteración clara de la concentración (por ejemplo, alteración grave en la sustracción seriada de sietes). El paciente se distrae fácilmente por no mantener la atención centrada selectivamente.
- GDS 5: alteración importante de la capacidad de control mental (por ejemplo, al decir los meses en orden inverso) (R).
- GDS 6: Frecuentemente el paciente olvida las tareas de concentración.

## D. Esquema corporal

**Objetivos generales:** realizar actividades que permitan mantener el máximo tiempo posible la consciencia del esquema corporal.

**Estructura básica:** interacciones con el paciente de reconocimiento, denominación y señalización del cuerpo.

**Materiales generales:** esquemas del cuerpo, rompecabezas, muñecos (excepto si el paciente lo considera infantil).

**Arquitectura funcional:** el esquema corporal representa la vivencia de la realidad y la posesión de percepción y de acción motriz del cuerpo (Peña-Casanova, 1991). El esquema corporal se construye a lo largo de la vida, especialmente durante los primeros años. Está constituido por sensaciones propioceptivas (del propio cuerpo) y por sensaciones provenientes de las articulaciones, táctiles, visuales y laberínticas (sentido posicional y de equilibrio), así como por numerosos aspectos psicológicos... La denominación de las partes del cuerpo implica su reconocimiento como realidad física y su unión a una entidad verbal. En este conocimiento e implicación del lenguaje intervienen los conceptos de «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «delante/detrás».

**GDS y limitaciones:** en ciertos casos relativamente infrecuentes.

- GDS 3: no hay problemas de esquema corporal.
- GDS 4: el paciente es capaz de reconocer, denominar y señalar las partes externas de su cuerpo o del de otra persona. Es capaz de decir las funciones de las diversas partes del cuerpo: nariz (para oler), orejas (para oír), ojos (para ver). También es capaz de realizar normalmente los movimientos de las extremidades. Distingue entre «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «delante/detrás» (S&F).
- GDS 5: no es capaz de reconocer ni de señalar todas las partes del cuerpo y se reduce la

capacidad de explicar los aspectos de las mismas (lenguaje afectado). Todavía distingue entre «derecha/izquierda», «arriba/abajo» y «delante/detrás» (S&F). Al final de esta fase se pierde la orientación consciente (S&F). Se debe evitar ejercitar la derecha y la izquierda en un espejo.

- GDS 6: A (FAST 6a-c): generalmente, el paciente puede reconocer, nombrar y señalar las partes del cuerpo (cabeza, orejas, ojos, nariz, boca, lengua, pelo, manos y rodillas) y diferenciar entre «derecha/izquierda». Reconoce su imagen en el espejo. Necesita que le ayuden a vestirse y a bañarse. Posteriormente, perderá estas capacidades y no reconocerá «derecha/izquierda», «delante/detrás» y «abajo/arriba». B (FAST 6d-e): incontinencia urinaria y posteriormente fecal. El paciente no reconoce la espalda y al final de la fase es incapaz de hacer acciones como llevarse la mano a la boca o señalar la nariz. Pierde la consciencia de su cuerpo y de sus funciones. Frecuentemente no es capaz de reconocer su imagen en el espejo y piensa que hay personas extrañas en su habitación.
- GDS 7: pérdida progresiva de la autoconsciencia.

**Tareas en la vida diaria:** el propio cuerpo forma parte indisoluble de las actividades de la vida diaria y, específicamente, de las capacidades más elementales.

**Individual vs grupo:** inicialmente se pueden realizar tareas de grupo (GDS 4), pero el esquema corporal constituye un aspecto íntimo y personal que merece una intervención personalizada.

## E. Memoria

### ASPECTOS GENERALES

**Objetivos generales:** estimular los recuerdos personales y sociales, orientar al paciente y propiciar el aumento de la autoestima. Facilitar la orientación estableciendo datos externos como recordatorios.

**Estructura básica:** situación social de conversación individual o en grupo. Índices externos que facilitan la memoria y la orientación.

**Materiales generales:** todo tipo de estímulos (objetos, imágenes, sonidos, olores...) capaces de inducir reminiscencias. Listas estructuradas temporal o temáticamente para facilitar los recuerdos. *El libro de la memoria*. Materiales de estructuración tipo agenda.

**Arquitectura funcional:** entrada sensorial (verbal, visual, auditiva, olfativa). Acceso a la semántica y asociaciones con la memoria episódica declarativa a largo plazo.

**GDS y limitaciones:** en la enfermedad de Alzheimer la memoria se ve afectada selectiva y precozmente. Se deben realizar intervenciones diferenciadas de acuerdo con el grado GDS y con el conjunto de las capacidades cognitivas. Cier-

tos pacientes mantienen relativamente bien las memorias antiguas, pero tienen una gran afección del lenguaje que limita su capacidad de expresión de los recuerdos.

- GDS 3: si se tratan temas recientes (de días), aparece una dificultad evidente para recordar detalles, a pesar de que el paciente recuerda los sucesos más importantes (R). En una conversación detallada pueden aparecer algunos errores de memoria de hechos antiguos (R).
- GDS 4: cuando se tratan temas antiguos aparecen problemas de memoria y el cónyuge recuerda más cosas de la vida del paciente que incluso él mismo (R). Se da una dificultad importante para recordar hechos recientes (lugares visitados durante las vacaciones o celebraciones recientes) (R). Algunos recuerdos pueden estar distorsionados o mal ubicados en el tiempo. En general, cuando la demencia es moderada, no se trata de obtener recuerdos perfectos, sino de conseguir que el paciente tenga la capacidad de expresarse y facilitar su autoestima.

- **GDS 5:** el paciente es incapaz de recordar hechos recientes importantes en uno de los ámbitos siguientes: el tiempo que hace actualmente, el nombre del presidente actual y/o su dirección actual (R). El paciente es incapaz de recordar la mayoría de los acontecimientos pasados (R). Puede olvidar el nombre de la escuela a la que ha ido. Puede recordar parte de los lugares donde ha vivido, trabajado o estudiado, pero no todos.
- **GDS 6:** las reminiscencias estarán muy limitadas en el GDS 6. Todavía puede recordar su último trabajo y su lugar de nacimiento (R).
- **GDS 7:** no hay memoria del pasado. Los pacientes no pueden referir específicamente su país de origen, el nombre de sus padres o su último trabajo. Posteriormente desaparece el lenguaje.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de reminiscencia se hacen automáticamente en la vida diaria, pero el recuerdo más detallado es facilitado por estímulos específicos. Ciertos recuerdos de la memoria antigua solamente aparecen cuando hay un estímulo o una situación que los evoca.

**Individual vs grupo:** ciertos aspectos de reminiscencias muy personales deben ser tratados con personas próximas al paciente. Las reminiscencias pueden constituir una excelente tarea de grupo: se pueden trabajar sucesos, temas o personajes. En situación normal, la agenda y el diario de actividades no son en general una actividad habitual, excepto en determinadas personas.



## F. Gestualidad (praxis)

### MANIPULACIÓN DE OBJETOS (real, mímica, imitación)

**Objetivos generales:** estimular la actividad gestual manipulativa. Producción de gestualidad a partir de órdenes o estímulos diversos. Promover la interacción interpersonal y la actividad física.

**Estructura básica:** situación de interacción interpersonal y realización de una actividad independiente.

**Materiales generales:** objetos reales de la vida diaria e imágenes de objetos.

**Arquitectura funcional:** participa un complejo sistema que se inicia con la recepción y la comprensión de la orden (verbal, visual) de la tarea que hay que realizar. Interviene un nivel semántico de abstracción y representación mental del gesto (gestema) con componentes secuenciales ejecutivos. En función de la tarea la percepción tendrá un papel más o menos importante. En general, es necesaria la participación de la manipulación de coordenadas y conceptos espaciales. Finalmente tiene lugar la participación de sistemas motrices.

**GDS y limitaciones:** las actividades gestuales se ven afectadas de forma patente en fases avanzadas moderadas/graves de demencia (GDS 5). En general, aparecen trastornos de la seriación de movimientos en fases iniciales (GDS 4). La discapacidad gestual manipulativa del paciente se relaciona con su capacidad semántica, tanto de representación de la ejecución como de reconocimiento del gesto. Las actividades más automatizadas son las mejor preservadas.

Pueden darse casos con dificultades perceptivas (trastornos visuales perceptivos y gnósicos progresivos) que limitarán el control visual de la realización. También hay casos con alteraciones específicas y precoces de la realización motora y gestual (apraxia progresiva). La ausencia del objeto y la realización gestual en forma de mímica

ca limitan significativamente los rendimientos. El uso de objetos fuera de las situaciones y contextos naturales tienen un interés real en determinados pacientes.

- GDS 3: en general, no hay problemas en la manipulación de los objetos en ningún ámbito bien conocido previamente.
- GDS 4: el paciente puede emplear los objetos en tareas propias de los ámbitos instrumentales y básicos de la vida diaria, pero debe ser animado para llevar a cabo aspectos complejos, así como para que inicie y acabe las tareas. En la vida diaria el paciente puede hacer acciones como limpiar, lavar, ordenar, recoger la ropa y colgarla, limpiarse los zapatos, preparar café, poner la mesa para dos personas, vestirse...
- GDS 5: la gestualidad de manipulación está significativamente reducida. Las actividades instrumentales están gravemente afectadas y ha de intervenir un cuidador. El paciente es capaz de realizar acciones aisladas y simples. En la vida diaria todavía puede hacer cosas sencillas como limpiarse las manos, llevar cosas a la mesa (de una en una), hacer la cama, regar las plantas, vestirse... En estos casos, por norma general el cuidador deberá señalar los objetos e indicar uno a uno los pasos que el paciente tiene que seguir. Es imposible que haga solo las actividades que requieran un mínimo de selección, secuenciación y planificación (aparece claramente la apraxia ideatoria). Es incapaz de escoger una prenda de ropa de un armario y de ponerse la que más se adecua al tiempo que hace. Es incapaz de preparar una comida simple. El paciente puede realizar múltiples actividades sin objetivo.
- GDS 6: el paciente deja de hacer actividades instrumentales de la casa en general (compras y actividades en la cocina). Debe centrarse en

actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, vestimenta, comer e ir al servicio). El cuidador deberá hacerse cargo parcialmente de las actividades en las cuales intervienen objetos (vestidos, comer...). Pierde el «esquema de vestirse» (S&F), es decir, los principios y procedimientos que constituyen el acto de vestirse. Las acciones del paciente no están orientadas por objetivos y no dependen de una planificación preconcebida (S&F). Frecuentemente no reacciona a indicaciones como «Límpiate la cara». No entiende las órdenes complejas ni las realiza. Sus actos están cada vez más desprovistos de objetivos.

- GDS 7: afección grave. El cuidador tendrá que hacerse cargo totalmente del paciente. Al principio de esta fase el paciente todavía es capaz de utilizar una cuchara para comer de un plato situado delante de él.

**Tareas en la vida diaria:** la manipulación de objetos constituye una actividad típica y necesaria de la vida diaria. Normalmente, los objetos se utilizan en momentos y en lugares determinados y en tareas concretas (por ejemplo, ir al baño por la mañana y peinarse frente al espejo). Toda tarea descontextualizada será más difícil y puede provocar reacciones catastróficas.

**Individual vs grupo:** las tareas gestuales pueden adaptarse fácilmente a fin de organizar actividades en grupo. La mímica de uso de objetos puede emplearse en talleres de actividades psicomotoras.

*Las actividades prácticas de manipulación de objetos y de destreza motora quedan integradas en el conjunto de las tareas con finalidad de la vida diaria (cocinar, coser, cuidar plantas, lavar platos, bañarse...). Por este motivo, toda tarea ejecutiva y manipulativa de la vida diaria incide en las capacidades prácticas.*

*Se debe recordar que raramente una persona es llevada a una consulta por dificultades prácticas, y que estas dificultades se observan especialmente cuando se hacen exploraciones dirigidas. Es muy habitual que un paciente no sea capaz de hacer la señal de la cruz cuando se le pida en la consulta, pero que en cambio la haga correctamente cuando entre en la iglesia. También es*

*habitual que un paciente sea incapaz de soplar cuando se le pida que apague una vela encendida. En resumen, muchas actividades prácticas se mantienen inicialmente preservadas en la vida diaria, pero alteradas en una situación alejada de la realidad.*

*Cuando se hable de ejercicios con actividades con finalidad se retomará directa e indirectamente el trabajo de las prácticas.*

- *El momento de vestirse y de desvestirse se puede aprovechar para que el paciente se haga el nudo de la corbata, se ponga un pañuelo alrededor del cuello, se ate y desate los cordones de los zapatos...*
- *En la higiene diaria debe usar la esponja, peinarse (recogerse el pelo, hacerse un moño, trenzas, cola de caballo...), afeitarse, maquillarse...*
- *En la cocina podemos pedir al paciente que nos ayude a limpiar y a cortar verduras/frutas de acuerdo con una muestra (más grande, más pequeña, alargada...).*
- *Mientras nos ayuda en las tareas domésticas, podemos hacer que haga la cama, que ponga la mesa...*
- *Podemos hacer que meta una carta dentro de un sobre, que encienda una vela, que envuelva un regalo...*
- *Actividades manuales como recortar y pegar (collage). Se puede aprovechar esta actividad para hacer que el paciente diga los colores y que haga asociaciones con cosas características, como, por ejemplo, que diga de qué color son los tomates maduros o, si está pintando con el azul, que diga objetos de color azul...*
- *Elementos cotidianos para hacer series (por ejemplo, el papel de regalo y una caja de cartón vacía).*

## GESTUALIDAD DE COMUNICACIÓN

**Objetivos generales:** estimular la actividad gestual de comunicación (saludos, despedidas...). Producción de gestualidad a partir de órdenes o estímulos diversos. Promover la interacción interpersonal y la actividad física.

**Estructura básica:** situación de interacción interpersonal. Instrucciones verbales.

**Materiales generales:** no se necesita un material específico. En ocasiones se pueden emplear imágenes a fin de trabajar el reconocimiento o la imitación gestual.

**Arquitectura funcional:** recepción y comprensión de la orden (verbal, visual). Abstracción y representación mental del gesto (gestema) y realización. Percepción. Manipulación de coordenadas espaciales. Participación de sistemas motrices efectores.

**GDS y limitaciones:** las actividades gestuales de comunicación se ven afectadas en fases moderadas/graves de la demencia. Puede haber casos con alteraciones específicas y precoces de la realización gestual (apraxia progresiva) y motora. La discapacidad gestual del paciente se relaciona con su capacidad semántica tanto de representación de la ejecución como de reconocimiento

del gesto. Las actividades más automatizadas son las más preservadas.

- GDS 3: no se dan problemas en la gestualidad de comunicación.
- GDS 4: problemas menores de ejecución siempre que esté en situaciones habituales y conocidas. Alguna dificultad en la comprensión gestual fuera de contexto.
- GDS 5: reducción de la gestualidad de comunicación en lo referente a la ejecución y a la comprensión.
- GDS 6: el paciente puede decir adiós y hacer el gesto de la despedida. Puede dar un beso, dar la mano, hacer gestos con la mano cuando se le saluda...

**Tareas en la vida diaria:** la comunicación gestual constituye una actividad que normalmente acompaña al lenguaje. Las actividades gestuales son una constante en la vida diaria.

**Individual vs grupo:** las tareas gestuales pueden adaptarse fácilmente a fin de organizar actividades en grupo. La mímica de uso de objetos puede emplearse en talleres de actividades psicomotrices.

## DESTREZA MANUAL

**Objetivos generales:** activar tareas psicomotrices elementales y, al mismo tiempo, relacionadas con actividades prácticas de la vida diaria.

**Estructura básica:** actividades manipulativas supervisadas.

**Materiales generales:** objetos diseñados específicamente y objetos de la vida diaria.

**Arquitectura funcional:** recepción y comprensión de la orden (verbal, visual). Abstracción y representación mental del gesto (gestema) y realización. Percepción. Manipulación de coordenadas espaciales. Participación de sistemas motrices.

**GDS y limitaciones:** las actividades manipulativas se ven afectadas, por norma general, en fases avanzadas de la demencia. Se dan casos con afección precoz o predominante en las capacidades motoras finas.

- GDS 3: se pueden perder capacidades finas de alternancia gráfica o de alternancia de posiciones de las manos: dar un golpe en la mesa con el puño cerrado, después con la mano abierta y más tarde con el canto de la mano.
- GDS 4: alternancias gráficas y gestuales deficitarias. El paciente es capaz de utilizar botones, cremalleras, lazos, botones de presión, velcro, corchetes...

■ **GDS 5:** alternancias gráficas y manuales muy afectadas. El paciente es capaz de utilizar la mayoría de botones, cremalleras, lazos, botones de presión, velcro, corchetes... Tiene habilidad manual para ponerse el reloj, pulseras o pendientes. Realiza movimientos simples pero independientes con cada uno de los dedos. Tiene habilidades (si tenía experiencia previa) para repartir, barajar, cortar y coger cartas. Tiene destreza para recortar papel. Es capaz de jugar con diversos tipos de pelotas y anillas. Puede jugar con una cuerda, un aro o un bastón. Imita ejercicios de brazos y piernas efectuados por el cuidador.

■ **GDS 6:** el paciente tiene dificultades para mantener el orden de ponerse las prendas de ropa si no se lo indican. Continúa utilizando abotonadores.

**Tareas en la vida diaria:** las actividades psicomotoras manipulativas finas constituyen una constante de las actividades de la vida diaria.

**Individual vs. grupo:** las tareas de destreza manual tienen especial interés como actividades individuales supervisadas. También se pueden realizar en grupo.

## PRAXIS CONSTRUCTIVA (gráfica y manipulativa)

**Objetivos generales:** estimular actividades de diversa complejidad hasta llegar a un todo (figura, construcción...) a partir de elementos de diferente naturaleza.

**Estructura básica:** actividades de papel y lápiz o manipulativas supervisadas.

**Materiales generales:** material de escritorio (papel, lápices de colores, pinceles, acuarelas) y materiales diversos de manipulación (piezas de madera, barro, plastilina, rompecabezas...).

**Arquitectura funcional:** interviene un complejo sistema que se inicia en la percepción y que finaliza en la ejecución motora. Intervienen componentes visuales y espaciales («derecha/izquierda», «arriba/abajo»), de planificación y de control ejecutivo. El componente abstracto depende de la naturaleza y de la complejidad de la tarea.

**GDS y limitaciones:** las actividades prácticas constructivas se ven afectadas en general de modo precoz en las demencias de acuerdo con la complejidad y la naturaleza de la tarea propuesta. En los GDS 5-6 la capacidad constructiva está en general significativamente afectada. Las puntuaciones de los test neuropsicológicos son un indicativo de las capacidades de los pacientes en los ejercicios propuestos. La aparición en el dibujo del fenómeno del *closin-ing* (aproximación y superposición con el modelo) señala una gravedad significativa.

■ **GDS 3:** el paciente realiza actividades complejas con un decremento subjetivo o muy leve. Son adecuadas todas las tareas culturales previamente realizadas: dibujo, pintura, manualidades... Presenta dificultades para realizar un cubo en perspectiva si no ha tenido una escolaridad elevada.

■ **GDS 4:** el paciente hace rompecabezas, construcciones y modelaje; pinta, dibuja, colorea... También copia figuras en función de la posibilidad de apraxia leve o moderada. Dibuja bien un rectángulo.

■ **GDS 5:** utiliza lápices, plumas y pinceles (de diferente grosor). Dibuja figuras muy sencillas (un círculo dentro de un círculo). Trabaja un número limitado de colores: rojo, amarillo, azul, verde y negro (S&F). Puede hacer rompecabezas de unas veinte piezas. Construcciones: une y separa piezas con tornillos, encajes, adaptaciones de lengüetas... Modela con barro (amasa, prensa y hace agujeros, rollos y formas).

■ **GDS 6:** A (FAST 6a-c): importante apraxia constructiva con reducción del control de los movimientos incluso de las manos y de los dedos. Realiza dibujos, colorea y pinta con acuarelas. A veces dibuja figuras más o menos reconocibles. Puede dibujar un círculo, una línea recta y puede escribir su nombre (R). Trabaja con un máximo de cuatro lápices de colores: rojo, amarillo, azul y verde. Realiza rompecabezas muy simples con no más de vein-

te piezas y con marco. Construcciones y modelaje con barro: realiza construcciones más rudimentarias. B (FAST 6d-e): dibuja y pinta moviendo las articulaciones del hombro, pero no las de las muñecas ni la mano.

**Tareas en la vida diaria:** las actividades prácticas de papel y lápiz o de manipulación, como trabajar con plastilina, están, en general, alejadas de las actividades adaptativas diarias de la

inmensa mayoría de la población. Estas actividades tienen interés como juego.

**Individual vs grupo:** las tareas se pueden realizar en grupos reducidos siempre que se puedan supervisar adecuadamente.

## G. Lectura y escritura

### LECTURA

**Objetivos generales:** estimulación de la lectura. Potenciar la capacidad de lectura y de comprensión escrita. Incrementar la autoestima y la socialización.

**Estructura básica:** situación de ejercicios supervisados combinada con situación de interacción y comentario de textos, noticias...

**Materiales generales:** hojas con sílabas, frases y textos. Las doscientas palabras de la caja. Letras recortables de la caja. Tarjetas con órdenes del manual escritas. Periódicos, revistas, libros y, en general, cualquier material escrito del que se disponga. Cualquier rótulo que se encuentre en su entorno (calle, tiendas...).

**Arquitectura funcional:** se ejercita la fluidez lectora, así como la comprensión verbal escrita, y entran en juego los sistemas visual y motor (ejecuciones). Se parte de la visión y la discriminación del material gráfico para hacer después un análisis psicolingüístico (vías de lectura fonológica y global). Se produce un acceso a los significados (semántica). Se puede producir una correcta verbalización (lectura en voz alta) con independencia funcional de la capacidad de llegar a los significados.

**GDS y limitaciones:** en general, los GDS iniciales (3-4) presentan pocas dificultades en esta tarea, al menos por lo que respecta a la verbalización. Puede haber problemas de comprensión en función de la complejidad de los textos. Se debe ayudar al paciente en los casos GDS 4-5. Si se da un trastorno importante de la visión o de la articulación, la tarea puede generar ansiedad y reacciones anómalas. Se debe tener en cuenta el grado de escolaridad.

■ GDS 3: no existen limitaciones, excepto en la comprensión de los aspectos más complejos. El paciente normalmente se quejará de no recordar detalles de lo que ha leído.

■ GDS 4: el paciente lee periódicos y revistas. Puede leer listas. Puede seguir instrucciones escritas simples. Lee números de teléfono y es capaz de marcarlos. Empareja palabras e imágenes.

■ GDS 5: es capaz de leer, comprender y relacionar una palabra con una ilustración (imagen) relacionada, escogiendo entre cuatro imágenes o conjuntos.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de lectura y comprensión lectora son muy habituales en la vida diaria y enormemente útiles. Se debe tener en cuenta que muchas personas utilizan poco la lectura.

**Individual vs grupo:** estas tareas son muy adecuadas para grupos de conversación o «grupos de discusión», los cuales tienen un interés especial en instituciones si se hace una buena selección de las personas para comentar lecturas, noticias de prensa... Las tareas en grupo permiten incrementar la autoestima y evitar sentimientos de soledad o aburrimiento. Las experiencias positivas incrementan la socialización y las motivaciones. Individualmente, la lectura puede resultar muy enriquecedora siempre que existan capacidades cognitivas.

## ESCRITURA

**Objetivos generales:** estimular el lenguaje escrito. Refuerzo grafomotor. Producción escrita a partir de estímulos de índole tan diversa como, por ejemplo, la copia, el dictado o la propia imaginación.

**Estructura:** situación de ejercicios y práctica guiada y supervisada. Es conveniente plantearla como un entretenimiento.

**Materiales generales:** papel y lápiz o bolígrafo u otros sistemas de escritura. Cuadernos de lectura y escritura. Imágenes para la denominación escrita y narración (redacción) temática.

**Arquitectura funcional:** en función de la tarea específica participan unos u otros componentes funcionales. Si la escritura es libre, se parte de los significados (semántica) para realizar después una compleja tarea psicolingüística de elección de palabras y de combinación de éstas en frases y textos. Se ponen en práctica conocimientos adquiridos casi automáticos y se valoran tanto la fluidez de expresión como la denominación y la evocación de palabras. Participa, finalmente, el sistema motor. Durante la lectura tienen un papel importante tanto la atención como la percepción discriminativa. En la comprensión, la memoria de trabajo se muestra como un factor importante.

**GDS y limitaciones:** en general, los pacientes en fases iniciales presentarán pocas dificultades en esta tarea. Se les debe ayudar en los casos GDS 5. Si se da un trastorno importante de motricidad y/o agrafia, la tarea puede generar ansiedad y reacciones anómalas. Al realizar la tarea se debe tener en cuenta el nivel de escolaridad de la persona. También se ha de tener en cuenta si el paciente presenta alguna paresia en los miembros superiores.

- GDS 3: el paciente realiza actividades complejas con un decremento subjetivo o muy leve. Son adecuadas todas las actividades relacionadas con la escritura de acuerdo con el nivel previo de escolaridad.
- GDS 4: inicio de alteraciones, especialmente en los aspectos semánticos e ideatorios al ejercitar la escritura espontánea.
- GDS 5: apraxia importante y alteración de las capacidades psicolingüísticas. El paciente firma y puede escribir su nombre cuando se le pide.
- GDS 6: reducción del control de los dedos de la mano. Puede escribir su nombre.

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de escritura, y básicamente la lectura, son tareas que realizamos constantemente en la vida diaria. Muchas situaciones cotidianas permiten poner en práctica, al menos, el ejercicio de la lectura. Se debe tener en cuenta que hay personas que no tienen hábitos de escritura.

**Individual vs grupo:** la producción gráfica es una tarea individual, pero muchas de las tareas propuestas son ideales para ser realizadas en grupo, por ejemplo, en instituciones, de manera que se potencie la ayuda mutua entre pacientes y la socialización. La realización y supervisión individual permiten, no obstante, una atención más detallada y la corrección paso a paso.

## H. Problemas aritméticos. Cálculo y gestión del dinero

**Objetivos generales:** estimular el conocimiento y la manipulación numérica. Facilitar el cálculo y el razonamiento, así como la solución de problemas simples.

**Estructura básica:** actividades de estructura escolar adaptadas a una situación social en forma de juegos.

**Materiales generales:** ábaco desmontable de la caja. Juego de bingo. Monedero con suficientes monedas y billetes actuales como para realizar diferentes ejercicios. Ejercicios de problemas aritméticos propuestos en las páginas siguientes.

**Arquitectura funcional:** desde elementos perceptivos y de reconocimiento de cifras, números y símbolos de cálculo hasta el conocimiento numérico de cantidades. Conocimiento de los símbolos y de las reglas de cálculo. Participación del razonamiento abstracto y de juicio (función ejecutiva) y de las capacidades verbales implicadas.

**GDS y limitaciones:** las capacidades numéricas, de cálculo y de razonamiento, así como la resolución de problemas, se ven afectadas gravemente desde las fases más precoces de la enfermedad.

- GDS 3: tareas con números mayores de 100. Se pueden plantear problemas aritméticos de complejidad variable de acuerdo con el nivel previo del paciente.
- GDS 4: tareas con números del 1 al 100. Operaciones aritméticas de suma y resta con dos cifras. Multiplicación y división de dos cifras por una.
- GDS 5: tareas con números del 1 al 20. Los pacientes pueden tirar dos dados y sumar su valor. Al final de la fase, la cantidad no tiene significado para el paciente.

Las personas se encontrarán más a gusto realizando juegos de sociedad (se pueden permitir, además, los errores) en los que intervengan los números y los cálculos simples, que realizando tareas más o menos formales. Se dan casos con una alteración intensa y muy precoz de la escritura y del cálculo. Los pacientes con problemas verbales tendrán graves dificultades añadidas.

Se deben escoger con mucho cuidado los pacientes y el nivel de las tareas para evitar todo tipo de reacción catastrófica y de ansiedad. Muchas de las tareas de aritmética sólo pueden ser realizadas por los pacientes más leves y motivados. No se debe pedir al paciente que ejecute operaciones que no pueda hacer.

**Tareas en la vida diaria:** en las tareas de la vida diaria el conocimiento numérico y el cálculo se relacionan básicamente con el conocimiento del valor del dinero, las acciones de pagar (compras) y el control de las propias finanzas.

El cálculo y el reconocimiento numérico también se relacionan con el control del tiempo y la planificación de actividades (por ejemplo, levantarse a una hora concreta para llegar a una cita sabiendo que el trayecto dura un tiempo determinado).

**Individual vs grupo:** las tareas individuales fácilmente ponen de manifiesto los errores y las dificultades de los pacientes. Las tareas en grupo hacen que el paciente participe como uno más y que sea el grupo el que asuma un papel activo en las tareas propuestas.



# I. Funciones ejecutivas

**Objetivos generales:** estimular la capacidad de razonamiento, de abstracción, de planificación y de ejecución.

**Estructura básica:** tareas dirigidas y supervisadas y actividades de la vida diaria.

**Materiales generales:** muy variables, pero con predominio de las tareas verbales y manipulativas complejas.

**Arquitectura funcional:** las funciones ejecutivas parten de la necesidad de una buena recepción de los estímulos y de la comprensión de la tarea-problema planteada. El sujeto debe reconocer los elementos (objetos, personas) del medio en el que se encuentra para poder emplearlos en la respuesta. Participan también sistemas generadores de estrategias a partir de los datos del medio y de los conocimientos previamente adquiridos. También intervienen componentes de memoria de trabajo encargados de mantener presentes –activos– todos los datos del problema o situación que hay que resolver. Una vez se haya generado una posible respuesta, o incluso una vez se haya ejecutado, el propio sistema debe realizar una evaluación de los resultados y comprobar si se ha dado la respuesta adecuada al problema o situación. Si las capacidades semánticas están afectadas, las capacidades ejecutivas reflejarán este hecho, así como también su grado de afección.

**GDS y limitaciones:** la complejidad de las tareas determina de manera significativa la capacidad de respuesta del paciente. Las tareas más simples permiten respuestas estereotipadas e hiperaprendidas. A medida que las tareas se vuelven más complejas se requiere una progresiva movilización de recursos de programación, regulación y verificación. El nivel de escolaridad determina las capacidades abstractas, hecho que pone de relieve la importancia del medio externo y el aprendizaje. Puede suceder que personas con mayor escolaridad y que tengan grados relativamente importantes de demencia obtengan puntuaciones aceptables en los test de abstracción, tales como, por ejemplo, el reconocimiento de semejanzas.

- GDS 3: las capacidades ejecutivas complejas están relativamente afectadas.
- GDS 4: el paciente se caracteriza por tener un pensamiento básicamente concreto y por la pérdida progresiva del pensamiento lógico y de las capacidades ejecutivas. Es posible que al principio de esta fase pueda realizar tareas ejecutivas semicomplejas. Si el paciente no puede seguir la tarea, habrá que guiarlo. En las actividades de la vida diaria los pacientes no pueden realizar tareas complejas, tales como preparar y planificar una comida para varios invitados.

- **GDS 5:** importante afección de las capacidades lexicosemánticas y ejecutivas. La limitación de las praxis constructivas complejas es un ejemplo del problema ejecutivo de los pacientes. La disminución de las capacidades intelectuales y ejecutivas es tan importante, que interfiere en la capacidad de mantener una vida independiente. No puede realizar tareas como ir a la peluquería si no es guiado por el cuidador. No puede discriminar alternativas y, por eso, es incapaz de relacionar el tiempo que hace con la ropa que hay que ponerse (evaluación y elección). Las elecciones no son tales, sino que realiza un acto impulsivo. El paciente es incapaz de realizar actividades que requieran un mínimo de planificación. Es incapaz de prepararse una comida sencilla.

Se dan casos con una afección precoz progresiva y predominante de las capacidades ejecutivas (síndromes del lóbulo frontal).

**Tareas en la vida diaria:** las tareas de la vida diaria implican siempre un componente ejecutivo (siempre se consideran las necesidades, se valora el entorno, se planifica y se pasa a la acción). Muchas actividades, sin embargo, se hacen de manera más o menos automática una

vez se ha tomado la determinación de realizarlas. A medida que una actividad se vuelva más compleja y se aleje de las respuestas automáticas, se requerirán más componentes de abstracción, de razonamiento, de previsión y de planificación.

**Individual vs grupo:** una intervención personalizada permite trabajar de modo más específico con el paciente. Muchas de las tareas ejecutivas se pueden adaptar para ser trabajadas en grupo y en forma de juego.

## J. Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria

**Objetivos generales:** realizar tareas significativas (ocupacionales) y de la vida diaria para reforzar y mantener globalmente capacidades del paciente. En muchos casos, las tareas significativas son la única alternativa de intervención terapéutica cognitiva.

**Estructura básica:** variable de acuerdo con la actividad concreta y con las capacidades del sujeto. Posibilidades:

- Realización autónoma
- Realización con indicaciones
- Imitación
- El cuidador realiza una parte de la tarea.

**Materiales generales:** de acuerdo con la tarea específica. Materiales de la vida diaria o materiales que se pueden encontrar fácilmente en las tiendas (por ejemplo, materiales de manualidades).

**Arquitectura funcional:** variable, pero en general intervienen el conjunto de las capacidades mentales, con predominio de ciertos aspectos de acuerdo con la actividad concreta desarrollada.

**GDS y limitaciones:** las capacidades ocupacionales y de la vida diaria están muy condicionadas por la capacidad cognitiva global del sujeto. Se puede realizar un paralelismo entre el GDS y la dependencia.

- GDS 3: los pacientes no tienen problemas en un medio personal y de trabajo que no sea exigente o absorbente. Pueden realizar todas las actividades complejas y avanzadas de la vida diaria con alguna limitación. Tienen dificultades para solucionar imprevistos y para improvisar. Se manifiesta una cierta falta de creatividad. Pueden tener alguna dificultad para viajar a lugares no familiares. Dificultades para tomar decisiones en temas importantes. También aparecen dificultades para aprender cosas nuevas, como, por ejemplo, el uso de un nuevo electrodoméstico.
- GDS 4: los pacientes no tienen problemas importantes en tareas instrumentales semi-complejas ni en tareas básicas de la vida diaria, pero necesitan que se les supervise y estimule. No pueden realizar tareas complejas, tales como preparar y planificar una comida para invitados o controlar sus finan-

zas. Pueden ir de compras y volver con cosas equivocadas. Tienen problemas al planificar las comidas y tienen por ello tendencia a simplificarlas. Les falla la valoración, la responsabilidad y la motivación en aspectos personales y sociales como la higiene y el orden.

- GDS 5: los pacientes necesitan que se les ayude en actividades instrumentales de la vida diaria. No pueden iniciar ni planificar las actividades recreativas o de la vida diaria. Tienen dificultades para lavarse y vestirse. La supervivencia independiente todavía es posible, pero con supervisión.
- GDS 6: los pacientes no pueden realizar actividades instrumentales. Las actividades básicas están tan alteradas, que no se pueden vestir ni bañar sin asistencia y/o supervisión. No pueden utilizar cubiertos y necesitan que se les ayude a comer. Su vocabulario es muy limitado y no pueden seguir instrucciones simples.

- GDS 7: el paciente necesita una atención continuada en las actividades básicas de la vida diaria.

Además de la capacidad cognitiva en un sentido global, las capacidades del paciente también dependen de su estado psicológico, de la existencia o no de trastornos del comportamiento y del grado de estimulación e interés al realizar las tareas. En casos de lesiones predominantes en los lóbulos frontales, se produce una afección precoz de las capacidades ejecutivas y de la vida diaria.

**Tareas en la vida diaria:** estas actividades inciden de modo específico en las actividades de la vida diaria, ya que constituyen en sí mismas elementos particulares de la vida personal, familiar y social.

**Individual vs grupo:** la práctica totalidad de tareas de este apartado –excepto las personales– se pueden adaptar para ser trabajadas en grupo.



## Bibliografía seleccionada

ACUÑA, M. M.; RISIGA, M. *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

ADAMS, K. M.; HEATON, R. «The NIMH Neuropsychological battery». *J. Clin Exp Neuropsychol*, 1990, 12, p. 960-962.

ANDERSON, B.; PALMOE, E. B. «Longitudinal evaluation of ocular function». En: E. Palmoe (ed.): *Normal Aging II*. Durham, NC: Duke University Press, 1974.

AUER, S. R.; SCLAN, S. G.; YAFFEE, R. A.; REISBER, G. B. (MOSPD). «The neglected half of Alzheimer Disease: Cognitive and functional concomitants of severe dementia». *J. Am Geriatr Soc*, 1994, 42, p. 1266-1272.

BÄCKMAN, L. «Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions». *Acta Neurol Scand*, 1992 (supl. 139), p. 84-89.

BAINES, S.; SAXBY, P.; EHLERT, K. «Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people». *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, p. 222-231.

BASSEY, E. J. «Benefits of exercise in the elderly». En: Isaacs, B. (ed.). En: *Recent advances in geriatric medicine-3*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1985.

BAZTÁN, J. J.; GONZÁLEZ, J. I.; DEL SER, T. «Escalas de actividades de la vida diaria». En: DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous, 1994, p. 137-164.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. *Neuroscience*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

BEISGEN, B. A. *Life-enhancing activities for mentally impaired elders. A practical guide*. Nueva York: Springer Publishing Company, 1989.

BELSKY, J. K. *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson SA, 1996.

BENDER, M.; NORRIS, A.; BAUCKHAM, P. *Group working with the elderly. Principles and practice*. Bicester: Winslow Press, 1991 (revisión de la primera edición de 1987).

BENTON, A. L.; HAMSHER, K. DE S.; VARNEY, N. R.; SPREEN, O. *Contributions to neuropsychological assessment*. Nueva York: Oxford University Press, 1983.

BERMEJO, F.; DEL SER, T. «La graduación de las demencias y su estudio evolutivo». En: DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous, 1994, p. 179-199.

BERMEJO, F.; GÓMEZ, T.; MORALES, J. M. «El Mini-Mental State Examination en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia». En: DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous, 1994, p. 93-107.

- BERMEJO, F.; RIVERA, N.; TRINCADO, R.; OLAZARÁN, J.; MORALES, J. M. *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Madrid: Días de Santos SA, 1997.
- BLEATHMAN, C.; MORTON, I. «Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers». *Journal of Advanced Nursing*, 1992, 17, p. 658-666.
- BLUMENTHAL, J. A.; EMERY, C. F.; MADDEN, J. D.; GEORGE, L.; COLEMAN, R. E.; RIDDLE, M. W.; MCKEE, D. C.; REASONER, J.; WILLIAMS, R. S. «Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women». *Journal of Gerontology*, 44, p. 147-157.
- BORNAT, J. (ed.). *Reminiscence reviewed: perspectives, evaluations, achievements*. Buckingham: Open University Press, 1994.
- BOURGEOIS, M. S. *Conversing with memory impaired individuals using memory aids*. Gaylord, MI: Northern Speech Services, 1992.
- BOURGEOIS, M. «Communication treatment for adults with dementia». *Journal of Speech and Hearing Research*, 1991, 34, p. 831-844.
- BREUIL, V.; ROTROU, J. D.; FORETTE, F.; TORTRAT, D.; GANANSIA-GANEM, A.; FRAMBOURT, A.; MOULIN, F.; BOLLER, F. «Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1994, 9, p. 211-217.
- BROOK, P.; DEGUN, G.; MATHER, M. «Reality orientation, a therapy for psychogeriatric patients: A controlled study». *British Journal of Psychiatry*, 1975, 127, p. 42-45.
- BURGUESS, I. S.; WEARDEN, J. H.; COX, T.; RAE, M. «Operant conditioning with subjects suffering from dementia». *Behavioural Psychotherapy*, 1992, 20, p. 219-237.
- BUSTOS, I. *Discriminación auditiva y logopedia. Manual de ejercicios de recuperación* (2ª ed.). Madrid: CEPE, 1981.
- BUTLER, R. N. «The life review: an interpretation of the reminiscence in the aged». *Psychiatry*, 1963, 2, p. 73-81.
- CAUTELA, J. R. «Behaviour therapy and geriatrics». *Journal of Genetic Psychology*, 1966, 108, p. 9-17.
- CAUTELA, J. R. «A classical conditioning approach to the development and modification of behaviour in the aged». *Gerontologist*, 1969, 9, p. 109-113.
- CAYTON, H.; GRAHAM, N.; WARNER, J. *Alzheimer's at your fingertips*. Londres: Class Publishing, 1997.
- COLEMAN, P. «Issues in the therapeutic use of reminiscence with elderly people». En: HANLEY, I.; GILHOOLY, M. (eds.). *Psychological therapies for the elderly*. Londres: Croom Helm, 1986.
- CORNEY, R. *The carer's companion*. Bicester: Winslow Press, 1994.
- CRAINE, J. F. «Cognitive rehabilitation». En: TREXLER, L. E. (ed.). *Cognitive rehabilitation: conceptualization and intervention*. Nueva York: Plenum Press, 1987, p. 83-98.
- DE ROTROU, J.; ADJÉMIAN, A.; OUANHNON, P.; KURZ, H.; MOULIN, F.; FORETTE, F.; LE PAC-EURÊKA. En: MICHEL, B.; DE ROTROU, J.; VERDUREAU, F. (eds.). *La Stimulation Cognitive*. Marsella: Solal, 1996, p. 163-189.

DOWLING, J. R. *Keeping busy. A handbook of activities for persons with dementia*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

DRUMMOND, F.; KIRCHOFF, L.; SCARBROUGH, D. R. «A practical guide to reality orientation: a treatment approach for confusion and disorientation». *Gerontologist*, 1978, 18, p. 568-573.

DUBOIS REMUND, C. «La prise en charge des troubles du langage et de la communication: étude de cas». En: EUSTACHE, F.; AGNIEL, A. *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge*. Marsella: Solal, 1995, p. 283-300.

ELLIS, A.; YOUNG, A. *Neuropsicología cognitiva humana*. Barcelona: Masson, 1992.

ERZIGKEIT, H. «The SKT-a short cognitive performance test as an instrument for the assessment of clinical efficacy of cognitive enhancers». En: BERGENER, W.; REISBERG, B. (ed.). *Diagnosis and treatment of senile dementia*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989, p. 164-174.

EUSTACHE, F.; AGNIEL, A. *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge*. Marsella: Solal, 1995.

FAURE, S. «L'évaluation des effets des prises en charge dans la maladie d'Alzheimer: problèmes et méthodes». En: EUSTACHE, F.; AGNIEL, A. *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge*. Marsella: Solal, 1995, p. 251-266.

FEBRER DE LOS RÍOS, A.; SOLER, A. *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: INDE publicaciones, 1989.

FEIL, N. *The validation breakthrough. Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-Type Dementia"*. Baltimore: Health Professions Press, 1993.

FERNÁNDEZ, F. «Terapia de conducta.» En: VALLEJO RUILOBA, J. (ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson, 1998, p. 755-764.

FIATARONE, M. A.; O'Neill, E. F.; Ryan, N. D.; Clements, K. M.; Solares, G. R.; Nelson M. E.; Roberts, S. B.; Kehayias, J. J.; Lipsitz, L. A.; Evans, W. J. «Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people». *N. Eng J. Med.*, 1994, Jun 23 330:25, 1769-75.

FISHER, P. *Creative movements for older adults*. Bicester: Winslow Press, 1994.

FOLSOM, J. C. «Reality Orientation for the elderly mental patient». *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1968, 1, p. 291-307.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MC HUGH, P. R. «Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». *J Psychiatr Res*, 1975, 12, p. 189-198.

GAUTHIER, S. *Clinical Diagnosis and management of Alzheimer's disease*. Londres: Martin Dunitz, 1996.

GIBSON, F. «What can reminiscence contribute to people with dementia». En: BORNAT, J. (ed.). *Reminiscence reviewed: evaluations, achievements*. Buckingham: Open University Press, 1994, p. 46-60.

HAIGHT, B. K.; BURNSIDE, I. «Reminiscence and life review: explaining the differences». *Archives of Psychiatric Nursing*, 1993, 7, p. 91-98.

HELLEN, C. R. *Alzheimer's disease activity-focused care* (2ª ed.). Boston: Butterworth-Heinemann, 1998.

HOLDEN, U. P. *Looking at confusion*. Bicester: Winslow Press, 1987.



HOLDEN, U. P. *Day into night*. Bicester: Winslow Press, 1991.

HOLDEN, U. P.; WOODS, R. T. *Positive approaches to dementia care* (3ª ed.). Edimburgo: Churchill Livingstone, 1995.

HONG, C. S. *Activities Digest. A resource bank for those working with the elderly*. Bicester: Winslow Press, 1986.

ISRAËL, L. «Means of prevention of mental disability in the elderly through memory stimulation». En: *Preventing disability in the elderly. Report of a WHO working group*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe (EURO reports and studies, 65), 1989.

ISRAËL, L. «Vingt ans d'expérience de stimulation cognitive». En: MICHEL, B.; DE ROTROU, J.; VERDUREAU, F. (eds.). *La Stimulation Cognitive*. Marsella: Solal, 1996, p. 13-25.

ISRAËL, L.; DE VREESE, L. P. *Allenare la propria memoria. Manuale per gli istruttori*. Grenoble: Presto-print, 1989.

JORDAN, F. *Better care for people with Alzheimer's. A practice manual for day centers*. Brisbane: Bookmark Publishing, 1994.

KALFAT, H.; GONZALEZ, L. «La "Reality Orientation" en ergothérapie». En: IZARD, M. H.; MOULIN, M.; NESPOULOUS, R. (eds.). *Expériences en ergothérapie*. París: Masson, 1988, p. 218-225.

KERTESZ, A. «Recovery and treatment». En: HEILMAN, K. M.; VALENSTEIN, E. *Clinical Neuropsychology* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press, 1993, p. 647-674.

KOPELMAN, M.; WILSON, B.; BADDELEY, A. *The autobiographical memory interview. Thames Valey Test Company*. Hants: Titchfield.

LAMBERTS, S. W.; VAN DE BELD, A. W.; VAN DER LELY, A. J. «The endocrinology of aging». *Science*, 278, p. 419-424.

LETORTU, O.; FOSSEY, J. M.; LABAT-DELILLE, V. «Les cadres et modes de prise en charge des patients déments. Aménagement de l'environnement». En: EUSTACHE, F.; AGNIEL, A. *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge*. Marsella: Solal, 1995, p. 327-342.

LEZAK, M. D. *Neuropsychological Assessment* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press, 1995.

LINN, M. W.; LINN, B. S. «The rapid disability rating scale». Part 2. *J. Am Geriatr Soc*, 1982, 139, p. 1136-1139.

LOHMAN, H.; PADILLA, R. L.; BYERS-CONNORS (eds.). *Occupational therapy wit elders. Strategies for the COTA*. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

LURIA, A. R. *Osnovnii Neiropsijologii*. Moscú: Ediciones de la Universidad de Moscú, 1973.

MACE, N. L.; RABINS, P. V. *36 horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer*. Barcelona: Áncora SA, 1991.

MEIERS, M. J.; BENTON, A. L.; DILLER, L. *Neuropsychological rehabilitation*. Nueva York: Churchill Livingstone, 1987.

MERRIAM, S. «The concept and function of reminiscence: a review of the research». *Gerontologist*, 1980, 20, p. 604-608.

- MESULAM, M. M. «Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory». *Ann Neurol*, 1990, 28, p. 597-613.
- MICHEL, B.; DE ROTROU, J.; VERDUREAU, F. (eds.). *La Stimulation Cognitive*. Marsella: Solal, 1996.
- MILLER, E. «Reality orientation with psychiatric patients: the limitations». *Clinical rehabilitation*, 1987, 1, p. 231-233.
- MILLER, E.; MORRIS, R. *The psychology of dementia*. Chichester: Wiley, 1993.
- MIRMIRAN, M.; VAN GOOL, W. A.; VAN HAAREN, F. (et al.). «Environmental influences on brain and behavior in aging and Alzheimer's disease». *Progress in Brain Research*, 1986, 70, p. 443-458.
- MITTELMAN, M. S.; FERRIS, S. H.; STEINBERG, G. y cols. «An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers». *Gerontologist*, 1993, 33, p. 730-740.
- MOHAMMED, A. K.; WINBLAD, B.; EBENDAL, T. (et al.). «Environmental influences on behavior and nerve growth factor in the brain». *Brain research*, 1990, 528, p. 62-72.
- MOHS, R. C.; ROSEN, W. G.; DAVIS, K. L. «The Alzheimer's disease assessment scale: An instrument for assessing treatment efficacy». *Psychopharmacol Bull*, 1983, 19, p. 448-450.
- MOLINARI, M.; LEGGIO, M.; SOLIDA, A.; CIORRA, R.; MISCIAGNA, S.; SILVERI, M. C.; PETROSINA, L. «Cerebellum and procedural learning: evidence from focal cerebellar lesions». *Brain*, 1997, 120, p. 1753-1762.
- MOLLOY, D. W.; RICHARDSON, L. D.; CRILLY, R. G. «The effects of a three-month exercise programme on neuropsychological function in elderly institutionalized women: a randomized controlled trial». *Age and ageing*, 1988, 17, p. 303-310.
- MOTENJO, P.; MONTENEGRO, M.; REINOSO, A. I.; DE ANDRÉS, M. E.; CLAVER, M. D. *Programa de memoria*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Unidad de Memoria, 1997.
- MOREL-VUILLEZ, P.; CHAPUY, P. H. «Une thérapeutique de la démence: la réorientation des malades déments». *La revue de Gériatrie*, 1991, 16, p. 387-390.
- MORGAN, K. «Trial and error: evaluating the psychological benefits of physical activity». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1991, 4, p. 125-127.
- MORRIS, R. G. «Recent developments in the neuropsychology of dementia». *International Review of Psychiatry*, 1994, 6, p. 85-107.
- MORRIS, R. G. *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia*. Nueva York: Oxford University Press, 1996.
- MORTON, I.; BLEATHMAN, C. «The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1991, 6, p. 327-330.
- NORRIS, A. *Reminiscence with elderly people*. Bicester: Winslow Press, 1986.
- PAPADOPOULOS, A. *Counseling carers. Supporting relatives of confused elderly people living at home*. Bicester: Winslow Press, 1990.
- PASCUAL-LEONE, A.; GRAFMAN, J.; CLARK, K.; STEWART, B. A.; MASSAQUOI, S.; LOU, J. S. (et al.). «Procedural learning in Parkinson's disease and cerebellar degeneration». *Ann Neurol*, 1993, 34, p. 594-602.

PEÑA-CASANOVA, J.; PÉREZ, M. *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados* (2ª ed.). Barcelona: Masson SA.

PEÑA-CASANOVA, J. *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Manual*. Barcelona: Masson, 1990.

PEÑA-CASANOVA, J. *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson, 1991.

PEÑA-CASANOVA, J.; DEL SER, T.; BERTRAN-SERRA, I. «Evaluación neuropsicológica de la demencia». En: DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. (eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous, 1994, p. 9-48.

PEÑA-CASANOVA, J.; AGUILAR, M.; BERTRAN-SERRA, I.; SANTACRUZ, P.; HERNÁNDEZ, G.; INSA, R.; PUJOL, A.; SOL, J. M.; BLES, R. y grupo NORMACODEM. «Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (NORMACODEM)(I): objetivos, contenidos y población». *Neurología*, 1997, 12, p. 61-68.

PEÑA-CASANOVA, J.; AGUILAR, M.; SANTACRUZ, P.; BERTRAN-SERRA, I.; HERNÁNDEZ, G.; SOL, J. M.; PUJOL, A.; SOL, J. M.; BLES, R. y grupo NORMACODEM. «Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)(NORMACODEM)(y II)». *Neurología*, 1997, 12, p. 69-77.

PEÑA-CASANOVA, J.; GUARDIA, J.; BERTRAN-SERRA, I.; MANERO, R. M.; JARNE, A. «Versión abreviada del test Barcelona (I): subtests y perfiles normales». *Neurología*, 1997, 12, p. 99-111.

PEÑA-CASANOVA, J.; MEZA, M.; BERTRAN-SERRA, I.; MANERO, R. M.; ESPEL, G.; MARTÍ, A.; BÖHM, P.; BLES, R.; GUARDIA, J. «Versión abreviada del test Barcelona (III): validez de criterio con el ADAS-Cog». *Neurología*, 1997, 12, p. 117-119.

PEÑA-CASANOVA, J.; BERTRAN-SERRA, I. «Exploración y aspectos neuropsicológicos de los síndromes focales cerebrales progresivos: análisis preliminar». *Neurología*, 1997, 12 (supl. 2), p. 12-26.

PURVES, D.; AUGUSTINE, G. J.; FITZPATRICK, D.; KATZ, L. C.; LAMANTIA, A-S.; MCNAMARA, J. O. (eds.). *Neuroscience*. Sunderland, MA: Sinauer, 1997.

POULTON, J. L.; STRASSBERG, D. S. «The therapeutic use of reminiscence». *International Journal of Group psychotherapy*, 1986, 36, p. 381-398.

REEVE, W.; IVISON, D. «Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients». *Age and Ageing*, 1985, 14, p. 119-121.

REISBERG, B.; FERRIS, S. H.; DE LEON, M. J.; CROOK, T. «The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia». *Am J Psychiatry*, 1982, 139, p. 1136-1139.

REISBERG, B.; SCHNECK, M. K.; FERRIS, S. H.; SCHWARTZ, G. E.; DE LEON, M. J. «The brief cognitive rating scale (BCRS): findings in primary degenerative dementia (PDD)». *Psychopharmacol Bull*, 1983, 19, p. 47-50.

*Remember with me. 18 everyday sounds*. Nueva York: Edson enterprises, Inc., 1992.

RICO, M. *Treinta semanas de grafomotricidad* (2ª ed.). Alcoy: Marfil SA, 1988.

- RICHARD, J.; RUBIO, L. (eds.). *Terapia psicomotriz*. Barcelona: Masson, SA, 1996.
- RIDDOCH, M. J.; HUMPHREYS, G. W. *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- RUIZ-ADAME, M.; PORTILLO, M. C. *Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de atención primaria*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad, 1996.
- SANDMAN, C. A. «Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: preliminary findings». *Clinical gerontologist*, 1993, 13, p. 19-33.
- SELBY, P.; GRIFFITHS, A. *Guía para un envejecimiento satisfactorio*. Carnforth: The Parthenon Publishing Group Limited, 1986.
- SELIGMAN, M. *Helplessness: on depression, development and death*, San Francisco: WH Freeman, 1975.
- SERON, X.; DELOCHE, G. *Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum, 1989.
- SCLAN, S. G.; REISBERG, B. «Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality». *International Psychogeriatrics*, 1992, 4, p. 55-69.
- SPREEN, O.; STRAUSS, E. *A compendium of Neuropsychological tests*. Nueva York: Oxford University Press, 1991.
- SOUREN, L.; FRANSSSEN, E. *Broken connections. Part I. Origin and course*. Lise: Swets & Zeitlinger, 1994.
- SOUREN, L.; FRANSSSEN, E. *Broken connections. Part II. Practical guidelines for caring for the Alzheimer patient*. Lise: Swets & Zeitlinger, 1994.
- STOKES, G. *Wandering*. Londres: Winslow Press, 1986a.
- STOKES, G. *Screaming and shouting*. Bicester: Winslow Press, 1986b.
- STOKES, G. *Agression*. Bicester: Winslow Press, 1987.
- STOKES, G.; GOUDIE, F. (eds.). *Working with dementia*. Bicester: Wislow Press, 1990.
- STRICKLAND, R.; HILL, P. *Gentle exercises for the elderly*. Bicester: Wislow Press, 1992.
- STRUB, R. L.; BLACK, F. W. *The mental status examination in neurology*. (2ª. ed.). Filadelfia: FA Davis Company, 1985.
- SWAAB, D. F. «Brain aging and Alzheimer's disease: "wear and tear" versus "use it or lose it"». *Neurobiol. Aging*, 12, 1991, p. 317-324.
- TÁRRAGA, L. «Centros de día para pacientes con enfermedad de Alzheimer». En: BOADA, M. Y SELNES, M. A. (eds.) *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines a debate*. 4th Conference Systed'91. Barcelona: Fundación Alzheimer España, p. 111-114.
- TEUNISSE, S.; DERIX, M. M.; CREVER, H. (IDDD). «Assessing the severity of dementia». *Patient and caregiver. Arch Neurol*, 1991, 48, p. 274-277.
- THÉVENON, A.; POLLEZ, B. *Rehabilitación en geriatría*. Barcelona: Masson, SA, 1994.

THOMPSON, M. *Life Story*. Newcastle: Hunter Volunteer Development Centre, 1989.

THORNTON, S.; BROCHTIE, J. «Reminiscence: a critical review of the empirical literature». *British Journal of Clinical Psychology*. 1987, 26, p. 93-111.

VALLEJO RUILOBA, J. (ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson, 1998.

VAN DER LINDEN, M.; HUPET, M. (eds.). *Le vieillissement cognitif*. París: Presses Universitaires de France, 1994.

VAN DER LINDEN, M.; HUPET, M. «L'optimisation du fonctionnement cognitif de la personne âgée: les interventions cognitives». En: VAN DER LINDEN, M.; HUPET, M. (eds.). *Le vieillissement cognitif*. París: Presses Universitaires de France, 1994, p. 329-362.

VILA, J. *Guia pràctica per entendre els comportaments dels malalts d'Alzheimer*. Vic: EUMO, 1996.

WILLIAMS, R.; REEVE, W.; INVISION, D.; KAVANAGH, D. «Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly subjects: a replication». *Age and Ageing*, 1987, 16, p. 315-318.

WOOD, R. LL.; FUSSEY, I. (eds.). *Cognitive rehabilitation in perspective*. Londres: Taylor & Francis, 1990.

WOODS, B. «Cognitive approaches to the management of dementia». En: MORRIS, R. G. (ed.). *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia*. Nueva York: Oxford University Press, 1996, p. 310-326.

WOODS, R. T. «What can we learned from studies on reality orientation?». En: *Care-giving in dementia* (de G. JONES y B. MIERSEN). Londres: Routledge, 1992, p. 121-136.

WOODS, R. T.; MCKIERNAN, F. «Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia». En: *The art and science of reminiscing: theory, research methods and applications* (ed. B. K. HAIGHT y J. TAYLOR). Washington DC: Taylor & Francis, 1995, p. 233-242.

ZARIT, S. H. *Aging and Mental disorders: Psychological approaches to assessment and treatment*. Nueva York: Free Press, 1980.

ZGOLA, J. M. *Doing things: A Guide to Programming Activities for People with Alzheimer's Disease and Related Disorders*. Baltimore: John Hopkins Press, 1987.

## Índice temático

Actividad física .....	12
Actividades cognitivas, arquitectura funcional .....	30
Actividades en grupo, adaptaciones a las .....	48
Actividades sensoriales, bases de los ejercicios de .....	73
Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria .....	11, 49 y 90
Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico .....	11 y 37
Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano .....	11 y 40
Alteraciones psicomotoras .....	12
Atención-Concentración, bases de los ejercicios de .....	76
Audición .....	15 y 74
Cálculo, bases de los ejercicios .....	87
Cinesiterapia .....	14
Comprensión verbal, bases de los ejercicios de .....	69
Comunicación .....	44
Comunicación no verbal .....	43
Comunicación, técnicas generales de .....	40 y 42
Conversación-Narración, bases de los ejercicios de .....	65
Cuidados del cuidador .....	58
Debilidad muscular .....	13
Denominación, bases de los ejercicios de .....	68
Descripción-Narración, bases de los ejercicios de .....	66
Destreza manual, bases de los ejercicios de .....	82
Ejercicio físico .....	12 y 13
El libro de la memoria .....	78
Empatía .....	46
Enfermedad de Parkinson .....	13
Escritura, bases de los ejercicios de .....	86
Esquema «LÍMITE» .....	35
Esquema corporal, bases de los ejercicios de .....	77
Estimulación cognitiva .....	27
Estimulación psicomotriz .....	14

Estimulación y actividad cognitiva estructurada, bases neuropsicológicas .....	30
Estimulación y actividad, arquitecturas funcionales de las tareas de .....	31
Estructura cognitiva en la enfermedad de Alzheimer .....	31
Fases GDS-FAST .....	34 y 35
Fragilidad física, concepto de .....	13
Funciones ejecutivas, bases de los ejercicios de .....	88
GDS (Global Dementia Staging) .....	34
GDS 3 .....	34
GDS 4 .....	34
GDS 5 .....	34
GDS 6 .....	34
GDS 7 .....	35
Gestión de dinero, bases de los ejercicios de .....	87
Gestualidad (praxis), bases de los ejercicios de .....	80
Gimnasia mental .....	27
Gusto, sentido del .....	15
Historia de vida .....	23
Historia de vida (El libro de la memoria) .....	19
Intervención cognitiva, métodos y objetivos .....	9
Intervención cognitiva, directrices y consejos generales .....	60
Intervención cognitiva, objetivos terapéuticos de la .....	10
Intervención cognitiva, efectividad de la .....	55
«La caja de los recuerdos» .....	24
«La línea del tiempo» .....	19 y 24
Lectura, bases de los ejercicios de .....	85
Lenguaje, ejercicios de bases de los .....	65
Manipulación de objetos, bases de los ejercicios de .....	80
Memoria, bases de los ejercicios de .....	78
Método de entrenamiento de la memoria (Israël, 1982) .....	28
Métodos y objetivos de la intervención terapéutica .....	9
Modificación de conducta, técnicas de .....	53
Olfato, sentido del .....	15
Olfato y gusto, bases de los ejercicios de .....	75
Orientación, modificación del entorno .....	39
Orientación, ejercicios de base de los .....	71

Orientación a la realidad .....	10 y 17
Orientación a la realidad de veinticuatro horas .....	18
Orientación a la realidad en sesiones .....	19
Orientación y modificación del entorno .....	39
Orientación, bases de los ejercicios de .....	71
PAC-Eurêka .....	28
Praxis constructiva, bases de los ejercicios de .....	83
Presbiacusia .....	15
Presbicia .....	15
Problema aritméticos, bases de los ejercicios de .....	87
Programas de estimulación y actividad cognitiva .....	10 y 27
Programas de memoria del ayuntamiento de Madrid .....	29
Psicoestimulación integral .....	10
Reconocimiento y denominación, bases de los ejercicios de .....	68
Reminiscencia .....	10 y 20
Reminiscencia en el domicilio .....	26
Reminiscencia individual o en grupo .....	22
Reminiscencia, aspectos positivos .....	22
Reminiscencia, ayudas para la .....	22
Reminiscencia, efectividad de la .....	26
Reminiscencia, reacciones ante la .....	21
Reminiscencias al aire libre .....	26
Repetición, bases de los ejercicios de .....	67
Revisión de vida .....	20
Sedentarismo .....	14
Señales de alarma en el cuidador .....	58
Series de reminiscencia .....	26
Simplificación, medidas de .....	38
Sistema implicativo .....	46
Sistema propositivo .....	46
Tacto, bases de los ejercicios de .....	74
Técnicas de validación revisadas .....	45
Terapia cognitiva específica .....	11 y 36
Terapia de actitud .....	17
Terapia de validación .....	11 y 40



Terapia de validación, efectividad de la .....	48
Terapia de validación, objetivos de la .....	46
Test Barcelona .....	33 y 35
Transtornos psicológicos y del comportamiento, prevención .....	11
Transtornos psicológicos y del comportamiento, tratamiento de los .....	11 y 51
Transtornos del comportamiento .....	51
Transtornos motores .....	42
Transtornos psicológicos .....	51
Transtornos sensoriales .....	42
Transtornos sensoriales y motores en la comunicación, intervenciones en relación con los .....	43
Visión, trastornos .....	14
Vocabulario .....	69