



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Tratamiento No Farmacológico en la Enfermedad de
Alzheimer**

Autor/a: Ana Callejo Matey

Director/a: Raquel Yubero Pancorbo

Madrid

2019/2020

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 4 |
| Contenido..... | 7 |
| 1. Tratamiento farmacológico..... | 7 |
| 2. Tratamiento no farmacológico..... | 7 |
| 2.1. Intervención cognitiva..... | 11 |
| 2.1.1. Aspectos básicos o principios generales de la intervención cognitiva..... | 11 |
| 2.1.2. Técnicas comunes de la intervención cognitiva. | 12 |
| <i>Terapia Orientada a la Realidad.</i> | <i>12</i> |
| <i>Terapia de Reminiscencia.</i> | <i>13</i> |
| <i>Técnicas para la memoria.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Ejercicios específicos para otras funciones cognitivas.....</i> | <i>16</i> |
| 2.1.3. Enfoques de la intervención cognitiva..... | 16 |
| <i>Estimulación cognitiva.</i> | <i>16</i> |
| <i>Rehabilitación cognitiva</i> | <i>18</i> |
| <i>Entrenamiento cognitivo.</i> | <i>21</i> |
| Conclusión..... | 23 |
| Referencias..... | 27 |
| Anexo 1. Propuesta de caso. | 34 |
| 1. Descripción del caso..... | 34 |
| 2. Planteamiento del caso..... | 35 |
| 3. Diseño de una sesión de estimulación cognitiva grupal para personas con enfermedad de Alzheimer leve. | 40 |

Resumen.

La Enfermedad de Alzheimer afecta aproximadamente a 35 millones de personas en el mundo. Por su alto impacto la OMS reconoce esta enfermedad como una prioridad mundial de salud pública, de ahí que exista un fuerte interés científico en el desarrollo de avances en la comprensión de la EA y su tratamiento. Actualmente, el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer es sintomático busca minimizar el impacto del deterioro cognitivo y funcional y la aparición de SPCD buscando mejorar y promover una buena calidad de vida en pacientes y familiares. El tratamiento no farmacológico integra una amplia gama de técnicas no invasivas y seguras enfocadas a los agentes involucrados en la enfermedad: paciente, cuidador y ambiente, con el fin de ralentizar el deterioro cognitivo, favorecer la autonomía del paciente, mejorar la calidad de vida y reducir la sobrecarga del cuidador. Entre los tratamientos no farmacológicos destaca la intervención cognitiva que trabaja sobre el estado cognitivo del paciente para mantener y optimizar los procesos cognitivos preservados, para ello utiliza diferentes técnicas de intervención cognitiva como la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia o técnicas léxico-semánticas, entre otras. Estas técnicas no se aplican de manera aislada sino que toman una estructura o enfoque concreto que combine las técnicas más apropiadas. Clare y Woods, en 2004 diferencian tres enfoques con principios, metodologías y objetivos diferentes: estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo. Esta revisión bibliográfica, define los diferentes enfoques y las técnicas utilizadas en la intervención cognitiva y su eficacia en la enfermedad de Alzheimer y propone el diseño de un programa de tratamiento no farmacológico.

Palabras clave: tratamiento no farmacológico, Enfermedad de Alzheimer, intervención cognitiva, tratamiento integral y estimulación cognitiva.

Abstract.

Alzheimer's disease affects approximately 35 million people all over the world. Because of its high impact, the WHO recognize this disease as a global priority for public health, so it exists a strong scientific interest in the development of the advance in the understanding of AD and its treatment. Currently, the treatment for the ADD is symptomatic in order to minimize the impact produced by the cognitive and functional deterioration, and the appearance of BPSD, searching for the improvement and promotion of a good quality of life for the patients and their families. Non-pharmacological therapy integrates a wide assortment of non-invasive and safe techniques focused on the agents involved on the disease: patient, caregiver and environment, in order to slow down cognitive deterioration, reduce the overload on the career, assist the patient's autonomy and improve his quality of life. Among the non-pharmacological therapy stands out the cognitive intervention which works over the patient's cognitive state, to keep and optimize preserved cognitive functions, and for it, different techniques of cognitive intervention are being used, like reality orientation reminiscence therapy or lexical-semantic techniques. These techniques are not applied isolatedly, they take a specific structure and perspective, combining the appropriate techniques. In 2004, Clare and Woods differentiated three perspective with different principles, methods and objectives: cognitive stimulation, cognitive rehabilitation and cognitive training. This bibliographic review defines different perspectives and techniques used on cognitive intervention, and its efficacy on AD, and it suggests a design of a non-pharmacological treatment program.

Key words: Non-Pharmacological Therapy, Alzheimer´s disease, cognitive intervention, overall treatment, cognitive stimulation.

Introducción

La demencia es un síndrome adquirido de causa orgánica y de naturaleza crónica y gradual que genera la pérdida global de la función cognitiva, interfiriendo en las actividades habituales de la persona a nivel personal, social y laboral.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Según el Informe Mundial sobre Alzheimer, en la actualidad 50 millones de personas viven con demencia en todo el mundo, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la causa más común de demencia en personas mayores, entre el 60–80% de los casos (Alzheimer's Association, 2018). Por su alto impacto a nivel familiar, pero también social, sanitario y económico, la OMS reconoce la EA como una prioridad de salud pública a nivel mundial, generando un creciente interés científico en su comprensión, diagnóstico, prevención y de tratamiento.

La EA produce un deterioro cognitivo insidioso y progresivo que pueden dividirse en diferentes estadios y fases de evolución. En el ámbito clínico se suele utilizar la escala de deterioro global (GDS) de Reisberg, que describe 7 fases, los estadios de deterioro cognitivo tipo Alzheimer comienzan en el 2 (Reisberg, 1982, recuperado de Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente, 1999).

Comúnmente la EA afecta principalmente a la memoria episódica, el enfermo manifiesta quejas subjetivas sobre pérdidas de memoria o dificultades para almacenar información. Gradualmente el deterioro se extiende sobre toda la capacidad mnésica y sobre otros dominios como el lenguaje, la orientación o la atención, entre otros. Y en las fases moderadas y graves aparece el síndrome afaso-apraxo-agnósico (Tárraga et al. 1999).

Las dificultades cognitivas suelen ir acompañadas problemas en la funcionalidad. Al principio el enfermo tiene dificultades para desempeñar actividades complejas, pero a medida que avanza la enfermedad la persona se vuelve dependientes para actividades más básicas, hasta que finalmente pierde casi por completo la autonomía. También suelen aparecer síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD), en la fase moderada pueden aparecer cambios en la personalidad y en el comportamiento. Cuando la enfermedad está muy avanzada, la salud física decae y pueden aparecer problemas de movilidad e incluso alucinaciones y convulsiones. Todo ello va deteriorar

la su calidad de vida del enfermo y la de sus cuidadores. (Alzheimer's Association, 2019; Tárraga et al., 1999).

Para el diagnóstico clínico de la EA se han diseñado diferentes criterios estandarizados. Los más utilizados actualmente son los criterios clínicos NIA – AA, una actualización del 2011 sobre sus antecesores los NINCDS-ADRDA (McKhann et al., 2011). El diagnóstico se completa con una entrevista a la persona con EA y a su cuidador principal, y se acompaña de diferentes pruebas; entre ellas se encuentran instrumentos de evaluación neuropsicológica de cribado cognitivo como el examen del estado Mini- mental (MMSE) el test breve más utilizado (Folstein, Folstein y McHugh, 1975); o el Test de Evaluación Cognitiva de Montreal, MoCA (Gallego et al. 2009), cada vez más extendido por considerarse más exhaustivo que el anterior (Ojeda, del Pino, Ibarretxe-Bilbao, Scheretlen y Peña, 2016).

Diagnosticar la EA en fases avanzadas es relativamente sencillo, el reto está en la detección precoz. Con frecuencia las quejas subjetivas de la fase leve se asocian a la edad del paciente. Incluso el enfermo puede compensar y ocultar los primeros síntomas, esto va a obstaculizar la detección y puede perjudicar a la efectividad del tratamiento, ya que es en las fases iniciales cuando el enfermo aún conserva cierta plasticidad cerebral que será fundamental para la intervención no farmacológica (Cordero y Yubero, 2016).

Aunque al principio la investigación sobre el tratamiento de la EA se centró en desarrollar tratamientos capaces de acabar con la enfermedad y, a pesar del gran número de investigaciones al respecto, aún no se han encontrado evidencias de estos tratamientos en la EA u otras demencias (Salomone, Caraci, Leggio, Fedotova y Drago, 2012). Por eso, actualmente el tratamiento de la EA es sintomático, es decir, está centrado en reducir el impacto del deterioro cognitivo y funcional y minimizar la aparición de SPCD, incluso en algunos casos se intenta ralentizar el avance de enfermedad (Atri, 2019), para mantener el máximo tiempo posible las capacidades preservadas y con ello la autonomía del paciente, para así mejorar y promover una buena calidad de vida.

Existen dos tipos de tratamientos sintomáticos, por un lado tratamientos farmacológicos (TF) para paliar la sintomatología asociada a la enfermedad a través de agentes químicos, principalmente fármacos y, por otro lado, tratamientos no farmacológicos (TNF) destinados a mantener y fomentar la función y la participación a medida que la EA avanza a través de una amplia gama de enfoques y técnicas de naturaleza no química.

Aunque ya Cicerón hablaba de la importancia de los TNF en su tratado sobre la vejez datado del año 44 a. C, a nivel terapéutico la intervención no farmacológica tardó años en reconocerse como un tratamiento válida en demencia. Al principio su uso fue muy controvertido y el tratamiento de la EA se basaba principalmente en administrar fármacos antidemencia a los pacientes diagnosticados, mientras que los TNF eran considerados “terapias blandas”. Pero las limitaciones del TF, el surgimiento de la teoría de la neuroplasticidad en los años 80, el reconocimiento de la importancia de ofrecer una gestión integral de la EA y las pocas contraindicaciones de los TNF, fueron algunos de los motivos que pusieron en valor el uso de estos tratamientos en personas con EA, impulsando su uso y su investigación en las últimas décadas.

Actualmente, el TNF de la EA es un tratamiento fundamental en demencias como la EA, y agrupa un amplio número de técnicas dirigidas a los principales agentes involucrados en la enfermedad: el paciente, el cuidador principal y el ambiente (Bahar-Fuchs, Clare, Woods, 2013). Dentro de la amplia gama de TNF, la intervención cognitiva ha sido la más estudiada y extendida. Se centra en trabajar la función cognitiva del paciente para reducir su impacto y preservar cierta autonomía paciente y ofrecer formas de vivir mejor con demencia, concepto de la IOM (Institute of Medicine, 2012, recuperado de Martyr et al. 2018).

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión del TNF y la intervención cognitiva en pacientes con EA. Busca definir y delimitar los principales enfoques de intervención cognitivas y, además, explorar su eficacia en la EA e intentar discernir si existe uno más adecuado para cada momento de la enfermedad. Por último, se va a diseñar un programa de tratamiento no farmacológico para un caso ficticio de una paciente con EA.

Contenido.

Dada la complejidad de la EA el tratamiento actual debe integrar técnicas y enfoque que permitan hacer un abordaje integral de la enfermedad, esto frecuentemente va a implicar combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico (Livingston et al. 2017)

1. Tratamiento farmacológico.

Actualmente, los únicos fármacos sintomáticos disponibles a nivel comercial son los inhibidores de la acetil-colinesterasa (IACES): donepezilo, rivastigmina o galantamina; y la memantina (Rodríguez, Formiga, Fort, Robles, Barranco y Cubí, 2012).

Normalmente, los IACE se introducen ante el diagnóstico de la EA leve o moderada, mientras que la memantina se introduce como tratamiento único o complementario cuando la enfermedad ya ha evolucionado a una fase moderada o severa y la funcionalidad está muy deteriorada (Epperly, Dunay y Boice, 2017).

Aunque se ha demostrado que pueden mejorar los resultados cognitivos y conductuales, siguen teniendo un impacto clínico moderado y controvertido por sus efectos secundarios, especialmente los intestinales. Además tienen limitaciones, ya que no son universales y su efectividad es temporal (Birks, 2006; Zucchella et al. 2018).

2. Tratamiento no farmacológico.

Durante el International Non Pharmacological Therapy Project, un congreso internacional sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF), transcurrido entre 2004 y 2006, se acordó la definición de TNF como “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (Olazarán y Clare, 2006) También se determinó el uso del término “No Farmacológico” porque, a pesar de estar formulado en negativo, es un término intuitivo, amplio y con importantes implicaciones a nivel ético y político. Aunque aún podemos encontrar otros términos como “intervenciones psicosociales” que hacen referencia a lo mismo.

El TNF de la EA que integra intervenciones seguras, poco invasivas y con escasa probabilidad de desarrollar efectos adversos (Zucchella et al. 2018). Además, por lo general, son intervenciones de bajo coste económico (Olazarán et al. 2010). Esto, unido a los buenos resultados obtenidos en diferentes formas de demencia, hace que el TNF se considere como una de las preferencias para la intervención en la EA (Livingston et al. 2017; Kales, Lyketsos, Miller y Ballard, 2019).

Los principales **objetivos** del TNF cuando trabajamos con la EA podrían resumirse en cuatro:

1. Ralentizar o, en el mejor de los casos estabilizar, el avance de la enfermedad.
2. Favorecer la funcionalidad para mantener el mayor tiempo posible la autonomía y las capacidades preservadas.
3. Mejorar y promover una buena calidad de vida del paciente.
4. Reducir la sobrecarga del cuidador.

El abordaje no farmacológico de la EA se compromete a prestar un tratamiento integral a través del **trabajo multidisciplinar**, basado en un **modelo de atención centrado en la persona**. La decisión de qué plan de tratamiento emplear en cada caso no es al azar y tampoco existe un tratamiento tipo para todos los casos. Es necesario elaborar planes de tratamiento lo más individualizados posible teniendo en cuenta las características y preferencias del sujeto y su cuidador, para eso se utiliza el **enfoque DICE** como herramienta esencial en el diseño y la puesta en marcha de la intervención.

- **Trabajo multidisciplinar.**

La EA afecta a muchos niveles de la persona, incluido su entorno, por lo que el tratamiento involucra diferentes ramas de la salud como la neuropsicología, la medicina, la terapia ocupacional, la psicología clínica, la fisioterapia, entre otras.

Desde el ámbito asistencial, es importante trabajar con la máxima colaboración de las disciplinas involucradas, tanto en el tratamiento como en el establecimiento de objetivos. Permite evitar contradicciones y potencia la efectividad de las intervenciones (Atri, 2019; Chen et al. 2019).

- **Modelo de atención centrado en la persona con demencia.**

Este término acuñado por Carl Rogers fue tomado por Tom Kitwood en 1997 para desarrollar el concepto de atención centrada en la persona con demencia (recuperado de Mitchell y Agnelli, 2015). Este modelo plantea un modo de intervención donde la persona con demencia es el elemento central del cuidado y su bienestar es la prioridad en todas las actuaciones profesionales. Frente al modelo médico tradicional que se centraba en los déficits y en cómo solucionarlos, este planteamiento enfatiza las habilidades preservadas y busca promover la mejor calidad de vida posible (Sevilla et al. 2009 recuperado de Rodríguez, 2015).

Este modo de intervención implica flexibilidad y requiere habilidades terapéuticas como la empatía y la compasión por lo que, si es preciso, deben ser entrenadas entre el personal que atiende a estos pacientes a través de programas de formación (Kim y Park, 2017).

La intervención desde este modelo ha demostrado resultados positivos en la calidad de vida de los pacientes (Martyr et al. 2018). Además se ha encontrado que reducen la agitación y la depresión (Kim y Park, 2017) y los síntomas psicóticos (Rokstad et al. 2013).

A nivel psicológico, el objetivo final de la atención a la demencia debería ser construir un "trabajo de persona", lo que Kitwood y Bredin (1992) describen como una compensación de la fragmentación del yo provocada por la propia enfermedad (recuperado de Mitchell y Agnelli, 2015). Técnicas como la terapia de reminiscencia están especialmente vinculadas a este modelo, ya que no solo trabajan el cuidado tomando a la persona como elemento central, sino que además fomentan que la persona con demencia trabaje su identidad y mantenga cierta estructura del yo (Kontos, 2005).

- **Modelo DICE.**

Se trata de un modelo de razonamiento clínico estructurado en cuatro fases, a las que debe su nombre "describir, investigar, crear y evaluar" (Tabla 1)

Este modelo diseñado en 2014 por un comité de expertos en Detroit (Kales et al. 2014), determina los principios fundamentales que debemos tener en cuenta al diseñar un plan de tratamiento integral de la EA. El objetivo principal, por tanto, no solo es determinar los TNF convenientes, sino también coordinarlos entre sí, así como con el tratamiento farmacológico más adecuado para cada momento.

La colaboración con el cuidador y la persona con demencia se plantean como condición *sine qua non* en este modelo para adaptar el diseño a la situación particular y las preferencias de los implicados. También es importante su colaboración para la puesta en marcha y crear una buena adhesión al tratamiento, ya que gran parte de los TNF requieren del compromiso del paciente y del entorno (Kales et al.2014)

Este enfoque ha mostrado ser eficaz para diseñar e implementar una intervención individualizada y eficaz al paciente y su cuidador (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015).

Tabla 1.

Modelo DICE

| | |
|------------|--|
| DESCRIBIR | <ul style="list-style-type: none">• Describir síntomas y aspectos angustiantes o problemáticos.• Describir el contexto en el que se dan.• Jerarquizar los síntomas descritos.• Establecer objetivos. |
| INVESTIGAR | <ul style="list-style-type: none">• Investigar las causas subyacentes y potencialmente modificables en los agentes involucrados: paciente, cuidador y entorno. |
| CREAR | <ul style="list-style-type: none">• Crear un plan de tratamiento centrado en los síntomas y causas descritas.• Colaborar las distintas partes.• Formar e informar al cuidador.• Implementar el plan de tratamiento. |
| EVALUAR | <ul style="list-style-type: none">• Evaluar la implementación y la efectividad del plan.• Evaluar si los síntomas han mejorado.• Comprobar si han aparecido efectos secundarios o consecuencias no intencionales.• Reevaluación periódica del plan. |

Recuperado de Kales, et al., 2014 y Velásquez, 2017.

Existen **tres pilares importantes** en los que se debe basar el TNF de la EA: el paciente, el cuidador y el ambiente. Este trabajo está centrado en las intervenciones con el paciente a nivel cognitivo, pero también es importante trabajar los SPCD, y la higiene del sueño. El trabajo orientado al cuidador también es esencial; atender diariamente a una persona con EA puede llegar a producir sobrecarga en el cuidador, síntomas afectivos que empeoran su salud y afectan directamente en la relación que establece con el enfermo construyendo dinámicas de interacción perjudiciales (concepto de cuidados malignos; Kitwood, 1997 recuperado de Mitchell y Agnelli, 2015) y empinando la calidad de vida de ambos (Martyr et al. 2018). Además, debemos considerar la reestructuración del ambiente; una de las consecuencias de la enfermedad es la mayor sensibilidad a los estímulos del entorno y la baja tolerancia a los cambios, esto que hace que ante las novedades o la complejidad del entorno los síntomas del paciente puedan empeorar (Velásquez, 2017).

En la práctica clínica se apuesta por planes de tratamiento que combinen o superpongan estos tres pilares con el fin de lograr un tratamiento integral que vele por el bienestar del paciente y su entorno (Atri, 2019).

2.1. Intervención cognitiva.

Los síntomas cognitivos son, junto con los psicológicos y conductuales, los más característicos e incapacitantes de la EA (Martyr et al. 2018; Bahar-Fuchs et al. 2013). Por eso la intervención cognitiva es el TNF más explorado y empleado en la atención de la demencia (Woods, 1996. Recuperado de Clare y Woods, 2004).

El objetivo principal de la intervención cognitiva es mantener y optimizar los procesos cognitivos aún preservados. Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa no se pretende mejorar ni recuperar las funciones cognitivas deterioradas, algo que sí se plantea con pacientes con daño cerebral adquirido (DCA) (Clare y Woods, 2004; Bahar-Fuchs et al. 2013).

Además, y teniendo en cuenta el impacto del deterioro cognitivo en la vida de los afectados, la intervención cognitiva puede reducir dificultades asociadas (asociado al concepto de exceso de discapacidad descrito por Reifler en 1990), y mejorar el bienestar tanto de la persona con EA como del familiar.

2.1.1. Aspectos básicos o principios generales de la intervención cognitiva.

La intervención cognitiva en EA solo trabaja sobre funciones cognitivas preservadas, por lo que antes de diseñar el plan de intervención debemos hacer una **evaluación previa** para conocer el estado cognitivo del paciente antes de diseñar el plan de intervención. Por la naturaleza progresiva de la EA y la gran heterogeneidad que existe entre pacientes, el estado cognitivo del paciente debe ser reevaluado periódicamente para tener un **seguimiento** y asegurar un diseño adaptado a cada momento. Esta predisposición a ir actualizando al intervención implica una planificación **flexible** y proactiva por parte del equipo asistencial, el paciente y su entorno (Atri, 2019; Cordero y Yubero, 2016).

El desarrollo de las sesiones de intervención cognitiva se basa en el **aprendizaje sin error** (AsE) para favorecer la adquisición y la recuperación de información a través de la memoria implícita, preservada hasta estadios muy avanzados de la enfermedad (Clare et al. 2000; Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003; Espert y Villalba, 2014).

Para que la intervención cognitiva sea eficaz es importante cuidar el **entorno** donde se lleva a cabo. En muchas ocasiones los pacientes con EA consideran amenazante y estresante los contextos o estímulos novedosos. La intervención cognitiva debe ofrecer un lugar de apoyo a partir de estímulos familiares no amenazantes (Spector, Gardner y Orrell, 2011), como dicen Tárraga et al. en 1999 “el éxito recae en la ausencia de estrés”.

Además, se ha demostrado que el uso de elementos familiares también favorece la memoria implícita en pacientes con EA, por ejemplo, a través de la música (Deason et al. 2019). Construir rutinas también puede ayudar a controlar y reducir las situaciones amenazantes o estresantes, dentro de rutina se debería incluir la intervención cognitiva.

Por último, es importante que este tipo de intervenciones sean una **actividad agradable** para el paciente, es importante activar la motivación y ofrecer un componente lúdico en las sesiones (Fernández-Calvo, Rodríguez-Pérez, Contador, Rubio-Santorum y Ramos, 2011). En algunos pacientes pueden aparecer reacciones de rechazo asociado a la apatía como SPCD o a su carácter premórbido, aunque generalmente desaparecen durante la intervención. En este sentido es importante no confundir los programas de intervención cognitiva grupal con los talleres de memoria ya estos últimos, al no estar adaptados al paciente, pueden llegar a generar frustración o rechazo (Cordero y Yubero, 2016).

2.1.2. Técnicas comunes de la intervención cognitiva.

Terapia Orientada a la Realidad.

En la fase leve de la EA aparecen síntomas de desorientación temporal y personal, con la evolución de la enfermedad se hacen más evidentes y aparece la desorientación espacial. La pérdida de orientación es altamente incapacitante, genera frustración y pérdida de contacto con la realidad que se traduce en dificultades para desenvolverse en el día a día y en entornos sociales.

La Terapia de Orientación a la Realidad (TOR) fue uno de los primeros abordajes utilizados en pacientes con demencia. Consiste en presentar y repetir instrucciones verbales, actividades o materiales que proporcionen al paciente información actual que le permita tomar conciencia de sí mismo y comprender mejor el entorno que le rodea. El objetivo es optimizar el rendimiento de la persona con EA, recuperando el sentimiento de control, reduciendo la frustración, fortaleciendo la autoestima y mejorando la socialización. (Tárraga et al 1999; Francés et al. 2003).

Esta terapia ha demostrado beneficios en la cognición y en la conducta de personas con demencia (Spector, Davies, Woods y Orrel, 2000), aunque algunos autores mantienen que solo es efectiva cuando se combina con técnicas de intervención más específicas (Powell-Proctor y Miller, 1982). Existe una modalidad de TOR informal o 24 horas que consiste en proporcionar información actual en todas las oportunidades que se pueden dar a lo largo del día. Aunque demostrar su eficacia ha sido más complicado por la dificultad para

monitorizar la intervención, también ha mostrado beneficios en cognición, autonomía y orientación (McGilton 2003; Woods, Aguirre, Spector y Orrell, 2012).

En el desarrollo de la TOR con frecuencia se integran materiales de orientación que incluyen relojes, calendarios, carteles, entre otros, involucrando intervenciones de reestructuración ambiental.

Terapia de Reminiscencia.

El fallo de memoria episódica y autobiográfica es una de las primeras pérdidas en la EA. La dificultad para recordar acontecimientos vitales tiene gran impacto en el enfermo, a nivel cognitivo y de identidad como persona, afecta a la socialización y la calidad de vida.

La reminiscencia es una técnica de comunicación que estimula la memoria episódica o autobiográfica y da la oportunidad al paciente de expresar vivencias del pasado que pueda recordar. El objetivo es evocar recuerdos, estimular la actividad mental y mejorar el bienestar general del paciente.

Las sesiones de reminiscencia pueden ser grupales o individuales. Utilizan recurso (música, fotografías, objetos, artículos de la hemeroteca, etc.) que funcionan como disparadores de memoria activando aspectos emocionales del recuerdo como eventos significativo, sensaciones, olores o el reconocimiento de objetos (Francés et al. 2003).

Un estudio reciente ha encontrado que la reminiscencia en pacientes con EA, en fases de leves a moderadas, tiene beneficios en la cognición, reduce los SPCD (especialmente aquellos de corte depresivo), mejora las relaciones interpersonales y la comunicación, proporciona una sensación de bienestar y aumenta la autoestima (Woods, O'Philbin, Farrell, Spector y Orrell, 2018).

Técnicas para la memoria.

La pérdida de memoria es el síntoma principal de la EA, se reconoce por su alto potencial incapacitante y su impacto en la calidad de vida de la persona y de sus familiares.

Las técnicas de estimulación de la memoria en la EA se basan en el supuesto de que la pérdida de memoria es insidiosa y gradual y afecta inicialmente a la memoria explícita (memoria episódica y semántica), mientras que la memoria implícita o procedimental se mantiene preservada hasta estadios más avanzados de la EA (Francés et al. 2003).

Existen diferentes técnicas para estimular la memoria. Francés et al., 2003 distingue tres grupos diferentes: las que trabajan con la memoria explícita residual, las que se centran en aprovechar la memoria implícita residual, y las enfocadas a crear soportes o ayudas externas que compensen la pérdida mnésica.

Para facilitar la **memoria explícita** residual se utiliza el apoyo cognitivo dual, consiste en dar soporte tanto en la codificación como en la recuperación de la información. En la codificación se busca que el paciente construya una huella mnésica más elaborada a través de apoyos o claves que faciliten la organización de la información, activen el conocimiento previo o tengan relación con acontecimientos personales y significativos. Para evocar esa información se utilizan las mismas claves basándose en el modelo de recuperación estratégica. Se ha demostrado la huella mnésica es mayor cuando la información a recordar está cargada emocionalmente o el material se presenta de manera multimodal (Acevedo y Loewenstein, 2007).

Otra técnica que facilita la memoria explícita es la imagería visual, consiste en crear asociaciones visuales con el material verbal para aumentar la facilidad y la velocidad de búsqueda de información en las estructuras jerárquicas de la memoria (Grandmaison y Simard, 2003; El Haj, Gallou y Antoine 2019). Un estudio reciente ha encontrado que, dada la relación entre la capacidad de recuperar y manipular imágenes mentales y la memoria autobiográfica, esta técnica puede ayudar a las personas con EA a recuperar recuerdos de su historia de vida (El Haj et al. 2019)

Por otro lado, el hecho de que la **memoria implícita** se conserve durante más tiempo ha invitado a pensar que facilitar el aprendizaje de cierta información a través de esta puede ayudar a adquirir conocimientos que permitan al paciente a mantener cierta autonomía. Existen diferentes técnicas o métodos bajo esta perspectiva, como la recuperación espaciada (RE), la activación de la memoria motora procedimental, el método de difuminación o desvanecimiento de ayudas o el ya nombrado, aprendizaje sin error.

El método de recuperación espaciada (RE), en esencia es un procedimiento de AsE que utiliza intervalos de tiempo progresivamente más largos para facilitar el recuerdo de información previamente almacenada. A diferencia de otras técnicas requiere un esfuerzo cognitivo mínimo y el paciente puede hacerlo por sí mismo (Francés et al. 2003). Como no se considera que exista generalización es importante reconocer y entrenar aquello que

vaya a facilitar el día a día, por ejemplo recordar información personal o la ubicación de objetos (Acevedo y Loewenstein, 2007).

La activación de la memoria motora procedimental, consiste en generar aprendizaje de actividades diarias relevantes, como por ejemplo hacer la comida, a través de la memoria procedimental, un tipo de memoria implícita que suele permanecer intacta en las primeras etapas de la EA (Acevedo y Loewenstein, 2007). Zanetti et al., 1997 y 2001 (recuperado de Francés et al. 2003) encontraron que los pacientes con EA leve o moderada que habían sido entrenados en esta técnica perdían menos tiempo en tareas procedimentales entrenadas y no entrenadas.

El método de difuminación o desvanecimiento de las ayudas, esta técnica se ha utilizado con éxito en personas con EA para el aprendizaje de nombres, direcciones, números de teléfono, etc. Aunque hay evidencias que esta técnica podría no ser aconsejada para este tipo de paciente ya que no está basada en el AsE, requiere tiempo y no está claro si involucra también a la memoria explícita (Francés et al. 2003).

El aprendizaje sin error, forma parte de la base de la intervención cognitiva. Este principio ha mostrado ser eficaz en pacientes con EA leve facilitando el rendimiento mnésico (Clare et al. 2000), y en fases más avanzadas para mantener aptitudes básicas y mejorar la comunicación y el comportamiento (Śmigórska, Śmigórski, y Rymaszewska, 2019). Un estudio que combinaba el AsE con la técnica de recuperación espaciada (RE) encontró resultados positivos mejorando la autonomía de los pacientes en un estadio leve (Lekeu, Wojtasik, der Linden Van y Salmon, 2002, recuperado de De los Reyes Aragón, 2012).

Por último, también es frecuente el uso las **ayudas externas**, como estrategias de compensación de déficits que reducen su impacto y mejoran así la autonomía del paciente. Pueden ser no electrónicas (carteles, etiquetas, notas, agendas, diarios...) o electrónicas (señales acústicas o verbalizaciones que sirvan de apoyo o guía o agendas electrónicas), en ocasiones incluyen elementos de la reestructuración ambiental.

Para que la ayuda sea eficaz, el paciente tiene que poder utilizarlas de forma espontánea. Habrá ocasiones en las que haya que enseñar al paciente a beneficiarse de estas ayudas, lo cual que ha generado controversias, especialmente para el uso agendas, por la complejidad de mantener su uso en la rutina del paciente (Clare et al. 2000; Sitzer, Twamley y Jeste, 2006).

Ejercicios específicos para otras funciones cognitivas.

A lo largo de la enfermedad el resto de funciones cognitivas se van a ver afectadas. Por ejemplo, desde las primeras fases de la enfermedad aparece el síndrome disejecutivo que puede generar anosognosia, o el deterioro de la atención selectiva o dividida, entre otros. Este deterioro también se asocia al impacto de la enfermedad en la paciente y en su entorno, especialmente por la pérdida de autonomía.

Desde la intervención cognitiva existen ejercicios específicos para estimular estos dominios y ralentizar su deterioro, por ejemplo tareas de que optimicen la motricidad y las habilidades visoconstructivas, como la escritura o copia de dibujos para la apraxia o tareas de reconocimiento para las gnosias (Tárraga et al. 1999). En el caso del lenguaje, para ralentizar su deterioro y mejorar las capacidades comunicativas de las personas con EA, las técnicas más efectivas son aquellas con enfoques léxico-semánticos, y aquellas intervenciones que trabajan sesiones grupales que promuevan el debates (Morello, Lima y Brandão, 2017).

2.1.3. Enfoques de la intervención cognitiva.

Las técnicas descritas en el apartado anterior no se aplican de manera aislada; con el objetivo de desarrollar un tratamiento integral y eficaz, las intervenciones cognitivas tienden a tomar una estructura o enfoque concreto que combine las técnicas más apropiadas.

La literatura respecto a las intervenciones cognitivas es amplia, en 2004 Clare y Woods hacen una clasificación en la que van a diferenciar tres enfoques de intervención cognitiva según el modo de aplicación en la EA: estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo.

Estimulación cognitiva.

La estimulación cognitiva (EC) surge en 1994, cuando Breuil combina sesiones grupales de TOR con otras técnicas cognitivas como juegos de palabras o categorizar objetos, en otras (recuperado de Wood et al. 2012), ante los buenos resultados obtenidos diferentes profesionales interesados en el tratamiento de la EA, empezaron a desarrollar sus propios manuales de intervención basándose en esta combinación y observaron resultados prometedores. Los elementos comunes de todas estas intervenciones fueron (1) el componente social y (2) el contenido basado en actividades y debates para estimular la función cognitiva global.

Actualmente, la EC consiste en aplicar una variedad de técnicas en grupos homogéneos a fin de mejorar las capacidades cognitivas y, al mismo tiempo, promover las relaciones sociales de los pacientes. La participación se estimula de manera implícita y natural, es frecuente fomentar debates y formular preguntas sobre la opinión de los pacientes, en lugar de preguntar buscar las respuestas correctas a los diferentes ejercicios.

La EC se basa en que las funciones cognitivas no trabajan de manera aislada sino que su funcionamiento se debe a una integración sofisticada de múltiples funciones, de ahí la importancia de combinar diferentes técnicas que permitan trabajar múltiples dominios cognitivos en cada sesión, que se suelen combinar con la TOR y la terapia de reminiscencia. Este enfoque, más global, es especialmente útil en etapas tempranas cuando aún se preservan más funciones cognitivas (Clare y Woods 2004).

Las sesiones deben ser llevadas por personal cualificado y entrenado especialmente para esta tarea. Estas sesiones suelen comenzar con una actividad de calentamiento de grupo previa y siguen una programación temática variada, aunque también existen protocolos estandarizados con temáticas prediseñadas y secuenciadas para cada sesión.

Generalmente las sesiones suelen llevarse a cabo en pequeños grupos de entre 4 y 8 participantes. Es importante que los grupos sean homogéneos (en edad y estadio de la enfermedad, entre otros factores) para que la intervención sea eficaz y los pacientes se sientan cómodos. Algunos autores también hablan de que la importancia de equilibrar el género de los participantes (Spector, Woods, y Orrell, 2008). La duración de las sesiones no suele exceder los 45 minutos para evitar la fatiga del grupo.

LA EC es la intervención cognitiva más utilizada y con base más sólida entre los TNF de la EA, especialmente en las fases leves y moderadas. . Estudios recientes han encontrados efectos positivos en la cognición al mismo nivel o superior que los fármacos (Woods, et al. 2009 recuperado de Spector, Orrell y Woods, 2010). También se han observado mejoras en la interacción social y en la comunicación (Champan et al. 2004 recuperado de Spector et al. 2010) y en la calidad de vida y bienestar (Spector et al. 2003). Además, disminuye los SPCD, sobretodo la agitación (Livingston et al. 2014), y al reducir el deterioro cognitivo y su impacto en la vida del paciente (Olazarán et al. 2010), también reduce el impacto en su entorno, disminuyendo la carga del cuidador (Woods et al. 2012)

Muchos autores han asociado gran parte de su eficacia al componente grupal (Livingston et al.2017), pues se ha visto que mejora la socialización, la comunicación e incluso

aumenta la conciencia de enfermedad (Spector et al. 2008). Pero la realidad es que hay pacientes que no pueden acudir o participar de los grupos de estimulación, de ahí surge la estimulación cognitiva individual (ECi). En estos casos la clave de la eficacia será instruir correctamente al cuidador quien será el que imparta estas sesiones en el entorno cercano del paciente (Onder, 2005 recuperado de Woods et. al., 2012). Aunque no parece igual de eficaz que la EC convencional en lo referente a cognición y calidad de vida del enfermo, un estudio reciente encontró una mejora en la calidad de vida de los cuidadores y en la relación entre el cuidador y el paciente cuando se llevaba a cabo esta modalidad de EC (Orrell et al. 2017)

La EC es la única intervención cognitiva recomendada por la guía NICE. Además, en 2010, Olazarán le reconoce un Nivel B de recomendación y en 2011 Price afirmó que todas las personas con EA deberían tener acceso a este tipo de intervención. Además, se trata de una intervención que ha demostrado ser rentable económicamente.

Rehabilitación cognitiva.

La rehabilitación cognitiva (RC) es un enfoque terapéutico intrínsecamente individualizado que busca mejorar el rendimiento funcional de los pacientes a través del establecimiento de objetivos personalmente relevantes y el posterior diseño e implantación de estrategias que permitan abordarlos (Bahar-Fuchs et al. 2013; Wilson 2002, Woods et al. 2012). El énfasis no está tanto en mejorar el rendimiento cognitivo, sino que se enfoca mejorar la vida cotidiana del paciente y de su entorno (Poulos et al. 2017; Bahar-Fuchs et al. 2013), para ello desarrolla formas de adaptarse a los déficits desde diferentes enfoques: compensatorio, sustitutivo o restaurativo (Woods et. al., 2012).

Originalmente, y durante mucho tiempo, la RC fue un abordaje terapéutico utilizado exclusivamente para trabajar con personas con DCA, pero pronto se extendió a otro tipo de disfunciones cognitivas aplicándose a enfermedades neurodegenerativas como la EA (Cohen y Eisdorfer, 1986 y Friedell, 2002 recuperado de Clare y Woods, 2004).

Por las características de la EA, el enfoque de la RC en estos pacientes es contextualizado y compensatorio, es decir, los objetivos y las estrategias de la intervención van destinados a reducir el impacto de las dificultades cognitivas en el contexto cotidiano. Para ello se optimiza y aprovecha aquellas capacidades cognitivas residuales y, al mismo tiempo, se desarrollan formas de compensar las funciones perdidas a fin de mantener o mejorar la

funcionalidad y el bienestar del enfermo, y reducir los SPCD o la sobrecarga del cuidador (Poulos et al. 2017).

Los objetivos de la intervención deben estar personalizados, ya que determinarán el contenido del plan de intervención. El establecimiento de los objetivos se diseña con la colaboración de la persona con EA y sus cuidadores para poder conocer las necesidades y dificultades que existen en cada caso y establecer objetivos realistas y accesibles según las capacidades preservadas y recursos disponibles. Como la meta final es mejorar la funcionalidad y el bienestar, los objetivos pueden relacionarse con la cognición, pero también con la actividad diaria, el comportamiento, las emociones, los síntomas físicos o la comunicación.

La intervención generalmente se proporciona de forma individual y se va a basar en estrategias concretas que permitan alcanzar las metas propuestas. Dentro de estas están las técnicas cognitivas, como las técnicas de aprendizaje a través de la memoria implícita, o técnicas que trabajen otras áreas cognitivas relevantes para el funcionamiento diario y el bienestar del paciente, por ejemplo, estimulando la atención. Para compensar las capacidades perdidas y mantener cierta autonomía en el paciente se utilizan estrategias de soporte y ayudas externas. Como ya se ha mencionado, su uso está limitado por la capacidad del paciente para usarlas y en ocasiones resulta algo controvertido.

Además, todas las estrategias utilizadas en la RC deben ser lo más ecológicas posible y llevarse a cabo en el contexto real del paciente ya que, este modelo terapéutico compensatorio, no reconoce la generalización de los resultados a otras áreas o tareas que no hayan sido trabajadas, aunque sean similares. Por lo tanto, se deben abordar las dificultades directamente, rehabilitando las tareas concretas que se quieren optimizar y compensar en el día a día. De ahí la importancia de establecer objetivos individualizados y trabajar en colaboración con el entorno del paciente.

En cuanto a la eficacia de la rehabilitación cognitiva, primero debemos tener en cuenta que al tratarse de un enfoque centrado en la funcionalidad y las necesidades individuales de cada paciente, resulta difícil demostrar su eficacia cuando esta se basa en el rendimiento de los pacientes en tareas cognitivas estandarizadas.

Aun así, existen investigaciones al respecto, y la mayoría de ellas se han centrado en las fases más tempranas de la EA, ya que al principio de la enfermedad aún existe cierta

capacidad de retención que permite adquirir habilidades que le ayudarán a beneficiarse de los apoyos de compensación que ofrece la RC (Poulos et al. 2017).

Se ha encontrado que la RC en la EA temprana puede mejorar la calidad de vida (Kim, 2015; Clare et al. 2010; Kelly, Lawlor, Coen, Robertson y Brennan, 2019) y aumentar el rendimiento autopercebido y la satisfacción con las actividades de la vida diaria (Bahar-Fuchs et al. 2013; Kim, 2015; Clare et al. 2010), estos resultados se relacionan con que los objetivos se hubieran establecido de manera personalizada y en colaboración (Bahar-Fuchs et al. 2013).

Además, el estudio de Kim en 2015 encontró que los pacientes con EA leve que habían pasado por el RC tenían mejores resultados en orientación, valorado con MMSE. Clare, et al. en 2010 encontraron resultados alentadores en la capacidad mnésica. Otro estudio posterior no encontró ningún resultado de la RC sobre la cognición (Bahar-Fuchs et al. 2013), por lo que los resultados positivos podrían relacionarse con la efectividad de las técnicas cognitivas y no tanto al enfoque de intervención RC.

También se han hecho investigaciones de la eficacia de la RC en fases moderadas y severas de la enfermedad, pero los resultados han sido menos alentadores. No hay resultados concluyentes sobre la eficacia del enfoque, aunque se ha encontrado que las estrategias de apoyo a la memoria utilizadas, como el AsE o la RE sí parecen efectivas para optimizar o mantener la funcionalidad en estas fases (Thivierge, Jean y Simard, 2014).

Parte de la comunidad científica rechaza la rehabilitación cognitiva como enfoque de intervención cognitiva en enfermedades neurodegenerativas como la EA. Muchos son los que consideran que el término de rehabilitación está asociado a restablecer una función que ha sido dañada y, por lo tanto, no tiene cabida en la intervención de enfermedades como la EA donde se ha demostrado que no hay posibilidad de recuperar las pérdidas producidas por el deterioro cognitivo (Espert y Villalba, 2014).

Aunque no se tienen datos sobre la rentabilidad económica de este tipo de intervención en pacientes con EA, sí se reconoce requieren una inversión de tiempo, flexibilidad y continua revisión mayor que otros enfoques por su perfil tan individualizado.

Entrenamiento cognitivo.

Históricamente el entrenamiento cognitivo (EnC) se estudiaba junto a la RC, pero a medida que han aumentado las investigaciones al respecto y debido a que son intervenciones con métodos y objetivos diferentes, estudios recientes las estudian por separado (Bahar-Fuchs, Martyr, Goh, Sabates y Clare, 2019). Al igual que la RC, el EnC se utilizaba personas con DCA, pero en los años 80 empezó a utilizarse en adultos mayores sanos con quejas subjetivas sobre su rendimiento cognitivo y a finales de esa década empezó a aplicarse en demencias (Bahar-Fuchs et al. 2019).

El EnC consiste en el entrenamiento explícito a partir de la práctica repetida y guiada de tareas cognitivas estandarizadas de dificultad creciente, diseñadas para trabajar uno o varios dominios cognitivos concretos (Bahar-Fuchs et al. 2013; Clare y Woods, 2004; Bahar-Fuchs, et al., 2019).

Este enfoque parte del supuesto de que la persona puede mejorar potencialmente o, en el caso de las demencias, mantener el funcionamiento de los procesos cognitivos específicos trabajados, aunque Kallio, Öhman, Kautiainen, Hietanen y Pitkälä (2017) matizan que esto requiere de constancia y rutina. También existe la expectativa de que el efecto de la práctica se generalizará más allá del contexto inmediato de entrenamiento, de manera que las mejoras en la cognición se asociarán a mejoras funcionales (Clare y Woods, 2004) aunque esta última suposición no siempre ha sido respaldada por la evidencia y existe un debate abierto al respecto (Owen 2010 recuperado de Bahar-Fuchs et al. 2019).

Para la puesta en marcha del entrenamiento cognitivo es importante determinar las funciones cognitivas sobre las que se trabajará y, también, las técnicas concretas que se van a emplear. Por lo general, suele aplicarse de manera individual, aunque también se puede hacer de forma grupal. Pueden estar guiadas por el terapeuta o por un familiar, siempre y cuando se conozcan las nociones básicas de intervención. Las tareas pueden presentarse en papel y lápiz o informatizadas, incluso pueden implicar actividades análogas a las de la vida diaria. Normalmente las actividades cuentan con diferentes niveles de dificultad para permitir que el grado de exigencia sea el más apropiado para cada persona y su deterioro, actualmente los programas de entrenamiento informatizado permiten que la adaptación sea mucho más sencilla de conseguir, los medios más tradicionales, en cambio, suelen tener un único modelo pero flexible que permite modificaciones al nivel de capacidad de la persona (Bahar-Fuchs et al. 2019).

Frente a lo que se pueda pensar sobre la sobrecarga del cuidador en aquellos casos en los que es él quien administra las tareas de entrenamiento, se ha podido ver que, lejos de empeorar, los cuidados y la calidad de vida del cuidador mejoran, incluyéndose como TNF apoyo al cuidador (Clare y Woods, 2004). También se ha comprobado que este enfoque no aumenta los niveles de frustración y depresión en los pacientes o en sus familiares (Clare 2003 recuperado de Clare y Woods, 2004). Sí ha reconocido que al tratarse de intervenciones estandarizadas a veces pueden ser poco motivadoras e incluso hay pacientes que se muestran reacios a participar, fundamentalmente asociado al temor a poner en evidencia el relieve de su deterioro, lo cual se podría explicar porque, a diferencia de los otros enfoques, el EnC se basa en un entrenamiento explícito.

A diferencia de la RC, el EnC tiene un enfoque restaurador y asume que las funciones deficitarias pueden ser restauradas a través de la estimulación directa. Además se considera que este enfoque prospera en el atractivo de la neuroplasticidad. Un estudio con resonancia magnética funcional (fMRI) en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) con riesgo alto de EA, informó de un aumento de la actividad cerebral después del entrenamiento que podría asociarse a procesos de crecimiento o reparación sináptica fruto del entrenamiento (Belleville 2011, recuperado de Bahar-Fuchs et al. 2019). Las investigaciones demuestran que los pacientes con DCL y algunos con demencias muy tempranas preservan cierta neuroplasticidad, pero lo cierto es que en pacientes con EA en fases leves y moderadas esta capacidad se pierde, por lo que no debería presuponerse la posibilidad de reestablecer las conexiones sinápticas perdidas por el deterioro cognitivo.

Se reconoce, por lo tanto, que mantener niveles más altos de actividad mental puede tener un efecto protector y retrasar el comienzo del declive cognitivo (Fratiglioni, Paillard-Borg, Winblad, 2004, recuperado de Sitzer et al., 2006), por eso es frecuente la aplicación de EnC como estrategia de prevención en personas mayores sanas y en personas con DCL, donde tiene un Nivel C de recomendación (Petersen et al., 2019),

Demostrar la evidencia del EnC en la EA ha sido más difícil. Se han observado efectos pequeños o moderados en la cognición global y la fluidez verbal, pero la certeza al respecto es muy baja (Bahar-Fuchs et al. 2019).

Un metaanálisis sobre EnC en personas con EA (Sitzer et al., 2006) encontró mejoras significativas en la funcionalidad y en el aprendizaje verbal. Pero este estudio ha sido

criticado por utilizar un concepto de EnC más amplio que otras investigaciones y estaría incluyendo aspectos de otros enfoques, por lo que los resultados tendrían una baja validez.

Estudios de mayor calidad han sido menos optimistas sobre la eficacia del EnC en EA. A pesar de haber encontrado algunos hallazgos positivos en la cognición, las definiciones inexactas y las dificultades metodológicas a las que se enfrentan las intervenciones cognitivas, impiden encontrar resultados que cuenten con una evidencia científica sólida.

En ocasiones, se han interpretado los resultados en positivo afirmando la efectividad del EnC en la EA. No en el ámbito de la investigación, sino en el ámbito comercial, parece que intereses económicos han podido promover la sobrevaloración de los resultados de aplicaciones o programas de entrenamiento cognitivo informatizados que prometen mejoras que luego no se reflejan en la investigación y o en el uso terapéutico, perjudicando la imagen de los TNF. Esto demuestra, una vez más, la importancia de la información y formación de los profesionales involucrado (Bahar-Fuchs et al. 2019).

Conclusión.

La alta incidencia de enfermedad de Alzheimer (EA) en el mundo y la ausencia de un tratamiento capaz de acabar con la enfermedad, hacen que la asistencia a los pacientes con EA se haya convertido en una prioridad para la geriatría y la psicogeriatría. La complejidad de la enfermedad y la heterogeneidad entre enfermos hacen que no podamos hablar de un único tratamiento ideal o mejor. Lo que sí se reconoce a día de hoy es que el tratamiento unilateral desde un solo enfoque, ya sea farmacológico o no farmacológico, parece insuficiente. (Livingston, 2017).

En el camino por ofrecer una intervención eficaz para al paciente y sus familiares es necesario un tratamiento integral que combine diferentes intervenciones y enfoques e incluya a todos los agentes involucrados (paciente, profesionales y entorno), a fin de dar respuesta a todas las dificultades que vayan apareciendo a lo largo de la enfermedad.

Esto incluye integrar el tratamiento farmacológico (TF) y el no farmacológico (TNF) como tratamientos complementarios. Muchos estudios confirman que esta combinación incrementa sus beneficios en cognición, en el manejo de los SPCD y en la calidad de vida.

A veces, se ha planteado el TNF como plan único, por preferencias del paciente, la evolución particular de la enfermedad o por las limitaciones que pueda tener el TF. Estudios han encontrado que la estimulación cognitiva (EC) es igual de eficaz que los IACES obteniendo resultados equivalentes en el tratamiento de los síntomas cognitivos e, incluso, ofreciendo beneficios añadidos en el tratamiento de los síntomas conductuales de la enfermedad, de ahí que algunos autores defiendan el TNF como primera opción de tratamiento, especialmente en el tratamiento de los SPCD (Kales, 2019).

La elección del TF o del TNF puede ser igualmente válida. La meta del tratamiento es atender y aliviar la sintomatología de la EA y en cada caso deberemos encontrar la forma más adecuada de hacerlo combinando las intervenciones más apropiadas que puede implicar, o no, el uso de fármacos. En lo que sí existe un acuerdo general es en no utilizar los fármacos como tratamiento único, al menos hasta fases avanzadas, ya que los fármacos por sí solos no han resultado efectivos para atender a todas las áreas afectadas por la enfermedad, especialmente aquellas relacionadas con la calidad de vida.

El TNF se presenta como un camino terapéutico robusto y prometedor con beneficios indudables en la práctica clínica. Esto se debe, en gran medida, a sus características, su flexibilidad, la posibilidad de combinarse con otros tratamientos y la capacidad para hacer frente a algunos síntomas, especialmente los SPCD gracias a su carácter más psicosocial.

A pesar de esto, los TNF han encontrado dificultades para obtener evidencias y ensayos científicos de calidad que lo avalen. Las muestras pequeñas, grupos heterogéneos, la alta mortalidad de la muestra o problemas para encontrar intervenciones placebo, son algunos de los motivos, por eso la mayoría de TNF tiene bajos niveles de recomendación a pesar de los buenos resultados que podemos observar en su aplicación.

Está demostrado que la intervención cognitiva es eficaz en pacientes con EA, pero algunas investigaciones sobre los enfoques de intervención han superpuesto las definiciones y metodologías ofreciendo resultados poco claros. Recientemente se han hecho estudios que han intentado respetar las diferencias y ajustarse a las definiciones propuestas por Clare y Woods en 2004 y 2012 ofreciendo resultados de eficacia con mayor validez, aunque aún son escasos y muchos de los ensayos son de calidad cuestionable (Bahar-Fuchs et al., 2013; Bahar-Fuchs et al. 2019).

Tras la revisión bibliográfica, la EC se presenta como el enfoque de intervención cognitiva más adecuado para pacientes con EA en estadios leve y moderado, con

resultados positivos en cognición, funcionalidad y bienestar. Gran parte de los buenos resultados han sido medidos en la modalidad grupal abriendo un debate sobre si realmente el componente activo generador de resultados es el grupo o al modelo (Clare y Woods, 2004).

Con respecto a la rehabilitación cognitiva y el entrenamiento cognitivo los resultados en DCA son indudables, pero su aplicación en EA sigue siendo aún muy controvertida, principalmente porque parten de supuestos y principios teóricos difíciles de aplicar en la realidad del paciente con EA.

Aunque los estudios más recientes siguen teniendo una evidencia moderada, el EnC parece un enfoque prometedor como técnica de prevención para trabajar con pacientes con DCL o con Demencia leve o estadios preclínicos de la misma que mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, pero no se han encontrado resultados que nos permitan avalar su uso en la EA. Hay investigaciones que han estudiado la combinación del EnC con sesiones de EC, pero no han encontrado mejores resultados que en las intervenciones únicas (Huntley, Gould, Liu, Smith, y Howard, 2015), lo que invita a pensar que la falta de resultados en EA no se asocia tanto a la técnica sino a los principios subyacentes.

Los estudios recientes sobre RC tampoco son de calidad y a día de hoy no se ha podido reconocer ningún beneficio directo para pacientes con EA (Bahar-Fuchs, et. al., 2013). Sí se han encontrado resultados positivos sobre el establecimiento de objetivos personales y en colaboración con el paciente en el que se basa la RC, lo cual es esperable ya que encaja con el modelo DICE y reafirma que la mejor forma de plantear una intervención de EA es tener en cuenta las necesidades del enfermo y su entorno cercano, adaptarnos a ellas e incluir a los afectados como agentes proactivos del cambio. También se han encontrado resultados positivos de técnicas específicas de memoria aplicadas en la RC pero, una vez más, no podemos asociar los resultados tanto al modelo subyacente sino a las técnicas en sí mismas. Este enfoque ha recibido críticas porque no es compatible con las características degenerativas de la EA, lo cual podría verse corroborado por la ausencia de resultados.

Tras la revisión podemos concluir que la EC es la intervención cognitiva más acertada para incluir en el TNF de pacientes con EA, especialmente aquellos en un estadio leve o moderado.

El tratamiento integral de la EA abarca otras áreas de la enfermedad además del deterioro cognitivo a través de una gran variedad de TNF. Aunque ya hemos visto que la EC ha dado resultados positivos en otras áreas como las alteraciones de conducta, me parece importante resaltar la importancia de otros TNF como el trabajo con el cuidador o la gestión del ambiente, o la intervención conductual y la psicoterapia, especialmente efectivas para los SPCD. También es importantes promover hábitos saludables y ofrecer apoyos a las familias como algunas instituciones que cuentan con asociaciones para familiares de enfermos de Alzheimer (AFAs).

En algunas ocasiones los TNF han sido infravalorados y personas que dudan de su eficacia, esto puede deberse a desinformación o a experiencias previas de fracaso, problemas que pueden asociarse a conceptualizaciones confusas o a modos incorrectos de intervención. Es importante ofrecer información adecuada a los pacientes y familiares y contar profesionales bien formados, que tengan conocimientos de las técnicas y los procesos que se están trabajando y sepan llevarlo a cabo, en caso contrario pueden aparecer efectos adversos como ausencia de resultados o infantilismo (Kales, 2015).

También se observa la necesidad de estudios de calidad que superen las dificultades metodológicas, por ejemplo, que sea siempre el mismo terapeuta el que interactúe con la muestra, utilizar una cámara de vídeo para mantener el ciego del evaluador o trabajar con estudios tipo Delphi que tenga en cuenta la opinión de expertos.

Para concluir, me gustaría exponer el diseño de un plan de tratamiento para una paciente con un diagnóstico de EA en estadio leve. Este diseño se expone en el anexo 1.

Referencias.

- Acevedo, A., & Loewenstein, D. A. (2007). Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(4), 239-249.
- Alzheimer's Association. (2018). Alzheimer Disease facts and figures. *Alzheimer's and dementia* 14 (3): 367.
- Alzheimer's Association. (2019). 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387.
- Atri, A. (2019). The Alzheimer's disease clinical spectrum: diagnosis and management. *Medical Clinics*, 103(2), 263-293.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Birks, J. S. (2006). Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Chen, C., Huang, Y., Liu, C., Xu, Y., Zheng, L., & Li, J. (2019). Effects of an Interdisciplinary Care Team on the Management of Alzheimer's disease in China. *Journal of gerontological nursing*, 45(5), 39-45.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385-401.
- Clare, L., Linden, D. E., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H. ... & Rugg, M. D. (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 928-939.
- Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Breen, K., Gosses, A., & Hodges, J. R. (2000). Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless

learning approach. *Journal of Clinical and experimental Neuropsychology*, 22(1), 132-146.

Cordero, P. R., & Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51, 12-21.

De los Reyes Aragón, C. J., Lasprilla, J. C. A., Díaz, M. A. R., Bartolomé, M. V. P., & Fernández, V. L. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 421-455.

Deason, R. G., Strong, J. V., Tat, M. J., Simmons-Stern, N. R., & Budson, A. E. (2019). Explicit and implicit memory for music in healthy older adults and patients with mild Alzheimer's disease. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 41(2), 158-169.

El Haj, M., Gallouj, K., & Antoine, P. (2019). Mental imagery and autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*

Epperly, T. D., Dunay, M. A., & Boice, J. L. (2017). Alzheimer disease: pharmacologic and nonpharmacologic therapies for cognitive and functional symptoms. *American family physician*, 95(12), 771-778.

Espert Tortajada, R., & Villalba Agustín, M. D. R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Therapeia*, (6), 73-93.

Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorum, A., & Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003, December). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 26, No. 3, pp. 383-403). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Gallego, M. L., Ferrándiz, M. H., Garriga, O. T., Nierga, I. P., López-Pousa, S., & Franch, J. V. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado

para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 43, 4-11.

Grandmaison, E., & Simard, M. (2003). A critical review of memory stimulation programs in Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15(2), 130-144.

Huntley, J. D., Gould, R. L., Liu, K., Smith, M., & Howard, R. J. (2015). Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? A meta-analysis and meta-regression. *BMJ open*, 5(4), e005247.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Bmj*, 350, h369.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G., & Detroit Expert Panel on the Assessment and Management of the Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769.

Kales, H. C., Lyketsos, C. G., Miller, E. M., & Ballard, C. (2019). Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. *International psychogeriatrics*, 31(1), 83-90.

Kallio, E.-L., Öhman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M., & Pitkälä, K. (2017). *Cognitive Training Interventions for Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review*. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(4), 1349–1372.

Kelly, M. E., Lawlor, B. A., Coen, R. F., Robertson, I. H., & Brennan, S. (2019). Cognitive rehabilitation for early stage Alzheimer's disease: a pilot study with an Irish population. *Irish journal of psychological medicine*, 36(2), 105-119.

Kim, S. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of physical therapy science*, 27(2), 543-546.

Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381.

Kontos, P. C. (2005). Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care. *Dementia*, 4(4), 553-570.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R.Z., Katona, C. y Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6)

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D. ... & Cooper, C. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.

Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y. T., Lamont, R. A., Henderson, C. ... & Morris, R. G. (2018). Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological medicine*, 48(13), 2130-2139.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., ... & Mohs, R. C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 263-269.

Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46.

Morello, A. N. D. C., Lima, T. M., & Brandão, L. (2017). Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review. Communication intervention in Alzheimer. *Dementia & neuropsychologia*, 11(3), 227-241.

Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D., & Peña, J. (2016). Test de evaluación cognitiva de Montreal: normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurologia*, 63(11), 488-496.

Olazarán, J., & Clare, L. (2006). S2-04-02: Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 2(3), S28.

- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T. ... & Spector, A. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *30*(2), 161-178.
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C. ... & Pearson, S. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*, *14*(3).
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D. ... & Sager, M. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, *90*(3), 126-135.)
- Poulos, C. J., Bayer, A., Beupre, L., Clare, L., Poulos, R. G., Wang, R. H., ... & McGilton, K. S. (2017). A comprehensive approach to reablement in dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, *3*(3), 450-458.
- Powell-Proctor, L., & Miller, E. (1982). Reality orientation: a critical appraisal. *The British Journal of Psychiatry*, *140*(5), 457-463.
- Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., & Cubí, D. (2012). Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, *47*(5), 228–23.
- Rodríguez, T. M. (2015) La atención centrada en la persona. Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer. *de Servicios, C., & de Asturias, D. S. D. P.*
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø, Selbaek, G., Benth, J. S., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *36*(5-6), 340-353.
- Salomone, S., Caraci, F., Leggio, G.M., Fedotova, J., Drago, F. (2012) New pharmacological strategies for treatment of Alzheimer's disease: focus on disease modifying drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *73* (4): 504 – 17.

- Sitzer, D. I., Twamley, E. W., & Jeste, D. V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 75-90
- Śmigórska, A., Śmigórski, K., & Rymaszewska, J. (2019). Errorless Learning as a method of neuropsychological rehabilitation of individuals suffering from dementia in the course of Alzheimer's disease. *Psychiatria polska*, 53(1), 117-127.
- Sotomayor, P. A. (2007). Correlación entre la frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos y de disfunción ejecutiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer: Estudio exploratorio. *Persona*, (010), 125-159
- Spector A, Gardner C & Orrell M (2011). The impact of Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: views from participants, their carers and group facilitators. *Ageing & Mental Health*, 15 (8): 945-949
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., & Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1253-1258.
- Spector, A., Woods, B., & Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-757.
- Spector, A, Thorgrimsen, L, Woods, B, Royan, L, Davies, S, Butterworth, M and Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183: 248–254.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (1999). Volver a empezar. *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Thivierge, S., Jean, L., & Simard, M. (2014). A randomized cross-over controlled study on cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22(11), 1188-1199.

Velásquez, L. F. A. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 51-58.

Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 12(2), 97-110.

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Woods, R. T., & Clare, L. (2013). Cognition-based therapies and mild cognitive impairment. In *Mild Cognitive Impairment* (pp. 244-263). Psychology Press.

Zucchella, C., Sinforiani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S. ... & Bartolo, M. (2018). The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Frontiers in neurology*, 9.

Anexo 1. Propuesta de caso.

1. Descripción del caso.

La paciente es una mujer de 80 años, llamada Marida que vive con su marido Antonio, ambos están muy unidos y viven juntos en la residencia familiar. Ella estudió magisterio y estuvo ejerciendo como profesora hasta que a los 60 años se jubiló.

Acude a la consulta con su marido, muy bien aseada y vestida, en todo momento es amable y cordial.

Su familia solicita una evaluación informando que parece que desde hace un tiempo su comportamiento ha cambiado, tiene muchos despistes, su comida ya no sabe igual, a veces olvida los nombres de sus nietos o tiene dificultades para expresarse porque no le salen las palabras, le cuesta planificar la compra semanal y frecuentemente le sobra o le falta comida. A veces tiene problemas para manejar el dinero y la perciben terca, apática y triste, dicen que está “apagada”. En el último año, los despistes se han hecho más evidentes por lo que su marido refiere que prefiere no dejarla sola. Le gusta acompañarla “por si se pierde”, aunque nunca ha llegado a pasar. Tiene miedo de que pase y quiere evitarlo a toda costa, también le gusta ayudarle cuando algo le resulta complicado porque como él dice “la pobre sufre”. Las hijas también están muy preocupadas, pero Antonio se queja de que frecuentemente le incriminan que sea tan cuidadoso con su mujer.

La valoración neuropsicológica muestra que la paciente está desorientada en tiempo, le cuesta decir en qué día estamos. A diferencia de lo que refiere su marido, parece que sí está orientada en espacio, sabe dónde estamos (país, ciudad, y edificio).

La paciente ha obtenido una puntuación de 21 en el MMSE. Se puede ver un deterioro de la memoria episódica verbal, es decir, dificultades para recordar sucesos pasados en tiempo y lugar. Además, hay dificultades para recordar la Figura Compleja de Rey al momento de presentarlos y unos minutos después aunque no para ejecutarlos, es decir, no hay apraxia, pero sí parece que hay un deterioro de la memoria visoespacial inmediata y demorada.

Tiene anomia, es decir, dificultad para encontrar palabras, esto se ve en las tareas de fluencia verbal y parece que concuerda con la información que da su marido.

Muestra dificultades para la planificación y la resolución de problemas y presenta un razonamiento rígido propio de una disfunción ejecutiva, esto se puede ver en la prueba

de aritmética del WAIS y en Wisconsin Card Sorting Test (WCST) lo que concuerda con las dificultades cotidianas que relata el familiar.

Conclusiones del informe:

La paciente cumple los criterios clínicos de demencia, probablemente de Enfermedad de Alzheimer en un estadio leve (GDS 4). Hay una alteración clara de la memoria episódica, desorientación temporal y anomia, síndrome disejecutivo, dificultades para llevar a cabo actividades complejas y problemas para orientarse temporalmente. Presenta sintomatología depresiva y apatía, evita hacer cosas que hacía antes y ha reducido gran parte de su actividad.

Se recomienda empezar un plan de tratamiento con la paciente para gestionar la sintomatología cognitiva y afectiva, y trabajar con su marido aspectos del cuidado y de la relación con la paciente.

El presente “informe” es ficticio, no está basado en ningún caso real y, por tanto, no se está incumpliendo ninguna obligación de protección de datos.

2. Planteamiento del caso.

Para elaborar un plan de tratamiento estructurado utilizaré la herramienta DICE expuesta en el trabajo.

1 - Describir.

En este punto es importante describir los síntomas o situaciones problemáticas que está viviendo la paciente y su entorno, contextualizarlas y posteriormente jerarquizar los síntomas descritos para poder elaborar los objetivos claros para el plan de tratamiento.

Hemos podido observar los siguientes síntomas y situaciones problemáticas.

- Desorientación temporal, dificultades para orientarse en tiempo, saber qué día de la semana es.
- Alteración de la memoria episódica: dificultades para recordar sucesos pasados, no recuerda donde dejó algo o si hizo tal cosa. Como se le olvida repite actos y preguntas (perseveraciones) o no los hace: no echa sal en la comida, no envía un recibo a tiempo...
- Se encuentra triste y apática, puede pasar toda la mañana sentada en el salón sin hacer nada.

- Problemas para expresarse verbalmente (anomia).
- Dificultades para desenvolverse en su círculo social.
- Dificultades para manejar el dinero.
- Problemas en la planificación compleja, se puede ver en la elaboración del menú semanal.
- Preocupación del marido, que ha empezado a expresar síntomas de ansiedad: le cuesta dormir, no sabe qué va a ser de él sin su mujer, ha cambiado planes por estar con ella... pero se repite constantemente “tengo que ser fuerte, por ella”.

La jerarquía de estos síntomas tiene en cuenta la importancia de trabajar síntomas cognitivos básicos por las consecuencias que tienen en la autonomía y carga del cuidador.

- Desorientación.
- Alteración de la memoria episódica.
- Problemas de expresión oral.
- Apatía y tristeza.
- Dificultades en la planificación
- Dificultades en el manejo del dinero
- Problemas sociales.
- Preocupación del marido.

Por lo tanto, se plantean los siguientes **objetivos** para la intervención:

- Con Marisa:
 - Estabilizar o ralentizar el deterioro cognitivo.
 - Fomentar autonomía.
 - Mejorar síntomas depresivos y apáticos.
 - Promover la participación social.
 - Mejorar la comprensión de la enfermedad.
- Con el cuidador principal, Antonio:
 - Generar conocimiento sobre la enfermedad para poder entenderla.
 - Dotar de estrategias de afrontamiento para evitar la sobrecarga.
 - Manejo de los síntomas del cuidador asociados a la carga: ansiedad y distorsión cognitiva

- Favorecer una mejor comunicación con su mujer.
- Poner en conocimiento de redes de apoyo y generar redes de apoyo.
- Con la familia.
 - Generar conocimiento básico sobre la enfermedad para poder entenderla.

2 - Investigar.

Causas subyacentes que podrían explicar la sintomatología o las problemáticas anteriormente expuestas, para comprenderlas mejor e identificar aquellas que puedan ser modificadas.

- Marisa:
 - Dificultades para expresarse, manifestar necesidades y comunicarse con su marido y amigos.
 - Estadio leve de la enfermedad (GDS4).
 - Síntoma asociado a la demencia: apatía y síntomas de tristeza.
 - Carácter premórbido agradable y activo.
- Antonio.
 - Educación universitaria.
 - Buena relación inicial con la esposa.
 - Síntomas asociados a la situación de cuidador de ansiedad con problemas de sueño y excesiva preocupación que le lleva a una distorsión cognitiva.
- Entorno:
 - Casa familiar.
 - Familia de 3 hijos, 2 mujeres y hombre todos casados y con hijos.
 - Una vez al mes celebran una comida familiar en casa.
 - Desde hace un mes viene una empleada a ayudarles con las tareas del hogar.

3 - Crear.

Diseño del plan de tratamiento en función de los objetivos planteados y las causas descritas. Tiene en cuenta los diferentes agentes involucrados, enumerando las intervenciones elegidas para cada caso.

Las intervenciones propuestas para llevar a cabo con **Marisa:**

- Acudir a sesiones de Estimulación Cognitiva grupal todas las semanas. El objetivo es ralentizar o estabilizar el deterioro cognitivo y, además, promover la participación social y la comunicación a través del grupo. Además, la intervención grupal en estadios leves ayuda a comprender la enfermedad y gestionar la conciencia de enfermedad.
- Asegurar que el neurólogo y los médicos involucrados controlen y actualicen la medicación. Si hubiera problemas en la gestión de la medicación, por ejemplo, problemas para cumplir las tomas, deberíamos trabajar ofreciendo apoyos para mantener la rutina.
- Generar rutinas diarias que incluyan actividades que movilicen para así mejorar la sintomatología apática y depresiva. Además, las rutinas disminuyen la posibilidad de factores estresores que podrían agravar el deterioro cognitivo, y ayudan a la planificación y la memoria cotidiana especialmente a través de la memoria procedimental.
- Promover la autonomía en todas las actividades de la vida diaria, incluidos los paseos, de manera que únicamente deberían darse indicaciones cuando sean necesarias y de manera gradual, nunca retirándole la tarea ya que esto favorecería la dependencia. El objetivo es mantener durante el mayor tiempo posible la capacidad de desempeñar esas tareas, además de devolverle responsabilidades y sentimiento de autodeterminación. Si fuera necesario, se deben introducir el uso de ayudas de memoria como notas o estrategias de memorización, por ejemplo, para la lista de la compra.

También se proponen intervenciones enfocadas en trabajar con el cuidador principal, **Antonio**.

- Explicar la enfermedad, es importante ofrecer conocimientos básicos sobre la enfermedad que permitan conocer qué es lo esperable y cómo responder de forma adecuada, y también permite empatizar con el enfermo. Ayuda a generar adhesión al tratamiento por parte del cuidador y a que los cuidados sean los adecuados al momento y en cohesión al trabajo profesional.
- Dar estrategias y apoyos para prevenir la sobrecargas, por ejemplo, dar indicaciones concretas que debe llevar ante situaciones específicas o ayudar a planificar las rutinas donde se incluyan momentos dedicados a su propio cuidado, por ejemplo, tomarse

tiempo para él durante las sesiones de estimulación cognitiva o mientras la empleada del hogar está en casa.

- Ofrecer de estrategias de afrontamiento del estrés y la ansiedad para manejar la sintomatología asociada. Trabajar una reestructuración cognitiva para reducir la preocupación excesiva, y asegurar buena higiene del sueño para mejorar el descanso, si fuera necesario instruyendo en técnicas de relajación.
- Para mejorar la comunicación y la gestión de la enfermedad es importante que Antonio conozca la importancia de que Marisa sea autónoma, podemos enseñarle qué secuencia de indicaciones debe seguir ante las dificultades de su mujer, recalcando que la primera opción nunca debe ser hacer las cosas.
- Generar redes de apoyo ofreciendo contacto de asociaciones o instituciones que existan en su entorno.

Hay algunas intervenciones de **reestructuración ambiental** que podemos introducir en el domicilio:

- Utilizar señales, sobretodo en la cocina, esto puede simplificar o apoyar algunas tareas en las que Marisa está empezando a encontrar dificultades.
- Colocar una lista en la puerta de frigorífico, que permita planificar de forma escrita, la lista de la compra y el menú semanal. Para luego poder ir a la compra con una lista, es importante la participación de Marisa en la elaboración de esta lista.
- Colocar relojes y calendarios, al menos, en las instancias más frecuentadas de la casa para evitar la desorientación temporal. Incluso, se puede aconsejar el uso de una pizarra en un lugar visible, donde cada día se actualice el día y las citas importantes, por ejemplo, lunes 17 “ir al médico a las 11:00”.

Implementación del plan. En esta fase es importante contar con la participación de Antonio, y para ello tenemos que explicarle y enseñarle el plan. Mejora la adherencia que él mismo participe en la elaboración del mismo: objetivos, problemas principales... Pero también es importante que entienda el porqué de cada intervención y cómo puede apoyarla desde casa.

Si fuera necesario también habría que asegurarnos que la empleada o los familiares conozcan aspectos básicos, es importante que todos los agentes involucrados trabajen en

una misma dirección para que el tratamiento sea eficaz. Si es necesario podemos dejar indicaciones por escrito.

4- Evaluación y seguimiento.

Citar a Marisa cada 6 meses para volver a hacer una valoración del estado cognitivo y entrevistarnos con ella y su marido para conocer cómo está evolucionando el plan. Si fuera necesario aplicaríamos las correcciones y adaptaciones necesarias al momento.

3. Diseño de una sesión de estimulación cognitiva grupal para personas con enfermedad de Alzheimer leve.

El objetivo del programa de estimulación cognitiva es ralentizar o estabilizar el deterioro cognitivo a través de la estimulación de las capacidades cognitivas con actividades y debates en grupo que promuevan, además, la comunicación y la participación de los miembros del grupo. En concreto en esta sesión vamos a trabajar la orientación, la memoria episódica y autobiográfica, memoria visual y lenguaje.

Grupo: 5 personas, todas mujeres diagnosticados de GDS4, con niveles educativos similares.

Material.

- Un reloj y un calendario.
- Caja de reminiscencia: concha, arena, fotos, cartas
- Baraja de cartas españolas.
- Fichas de lenguaje.

Actividad 1. Orientación.

Objetivo: se busca que favorecer y activar la orientación espacio – temporal y de la persona en los miembros del grupo basándonos en la terapia de orientación a la realidad.

Orientación espacio - temporal. La terapeuta muestra un reloj y dice qué hora es y dónde estamos, por ejemplo, “son las cinco de la tarde, y estamos en la sesión de estimulación cognitiva”. Después, con el apoyo de calendario pide al grupo decir en qué fecha estamos, primero el día de la semana, después el día del mes, luego el mes que es bueno que se apoye con la estación del año o una referencia de apoyo, por ejemplo “estamos en mayo, y es el mes de la flores”, finalmente el año. Si hubiera dudas podemos

apoyar la evocación de estos recuerdos con claves, por ejemplo, si no sabe qué día del mes es podemos dar referencias a días anteriores “el lunes fue 11, hoy miércoles es...”.

Orientación de la Persona. Para ello pedimos que las integrantes digan el nombre de la compañera de su derecha señalándola. Si hubieran dudas podemos apoyar la evocación de este recuerdo con claves, por ejemplo, si la compañera se llamara Rosa, podemos decirle “su nombre es como el de una flor”.

Actividad 2. Memoria episódica o autobiográfica.

Objetivo: estimular la memoria episódica y dar la oportunidad al paciente de expresar en el grupo vivencias de su pasado que pueda recordar, basándonos en la terapia de reminiscencia.

Para ello utilizaremos variedad de materiales que funcionen como disparadores, en este caso, se presentan dentro de una caja y una temática común: el verano.

Mostramos la caja al grupo y enseñamos los diferentes objetos uno a uno y fomentamos un debate al respecto a través de preguntas: qué es esto (denominación), a ti qué te recuerda, y en verano que solíais hacer, dónde ibas, con quién...

Actividad 3. Memoria visual.

Objetivo: activar el uso de la memoria visual por el recuerdo de imágenes y localización de estas al mismo tiempo que se fomenta la participación en el grupo.

La actividad consiste en colocar 24 cartas de la pareja española boca abajo sobre la mesa, preferiblemente en filas o columnas rectas. Las cartas forman las 12 parejas de números en pintas diferentes (copas y espadas, por ejemplo).

La actividad consiste en encontrar el mayor número de parejas posible, para ello cada miembro del grupo puede levantar dos cartas, si encuentra una pareja podrá quitar las cartas de la mesa y sumará un punto. Habrá rondas hasta que todas las cartas queden emparejadas y no queden más cartas sobre la mesa. La clave está en recordar la posición y el número de la carta sobre la mesa, para ello es importante que la organización de las cartas sea lo más clara posible (evitar que se amontonen, que haya espacio suficiente entre ellas, que las filas o columnas estén rectas...), también puede ayudar usar claves verbales en la codificación y recuperación de la información, por ejemplo, decir el número de la carta y dónde está antes de volver a darle la vuelta.

Actividad 4. Denominación

Objetivo: trabajar la fluidez verbal y la memoria declarativa.

Este ejercicio consiste en dar a cada una de las integrantes del grupo una ficha, después de unos minutos se comparten los resultados.

Ficha 1.

Escriba todas las palabras que se le vengan a la cabeza que empiecen por “**ca**”.

Ejemplo: caballo.

Escriba todas las palabras que se le vengan a la cabeza que acaben en “**fa**”.

Ejemplo: estrofa.

Escriba todas las palabras que se le vengan a la cabeza que acaben en “**ento**”.

Ejemplo: talento.

Escriba todas las palabras que se le vengan a la cabeza que empiecen por “**bo**”.

Ejemplo: bolígrafo.

Actividad 5. Uso creativo del lenguaje.

Objetivo: activar el lenguaje, la flexibilidad mental, la memoria de trabajo y, además, trabajar la escritura.

Se trata de presentar 5 palabras diferentes e invitar a cada uno de los miembros del equipo a escribir una historia o una poesía. Por ejemplo: sol, terraza, flores, canción y estrella.