

## **ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON ENFERMOS DE ALZHEIMER**

*Verónica Acinas Julián*

Hace pocos años se creía que la senilidad (pérdida progresiva de facultades mentales, confusión, pérdida de la capacidad de atender las propias necesidades y comportamiento irracional) era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977 los médicos, a través de trabajos realizados, han visto que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad.

La demencia es la pérdida global de la función cognitiva que interfiere en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral. El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otros déficits, como, por ejemplo, alteraciones en el pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo, cuya evaluación es necesaria para llegar al diagnóstico.

La demencia más frecuente en nuestro ámbito es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia de tipo vascular. La importancia relativa de la demencia vascular es más elevada en aquellas poblaciones en las que la hipertensión y los accidentes vasculares cerebrales son más comunes, como es la población mayor de 85 años. Otras causas de demencia neurodegenerativa son la enfermedad de Pick y otras demencias frontales. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos o secundarias a causas metabólicas y carenciales (alcoholismo, déficit de vitamina B12, hipotiroidismo), infecciones del sistema nervioso central (VIH, sífilis) y lesiones intracraneales (p. ej. los traumatismos craneales en poblaciones más jóvenes) son menos frecuentes.

La demencia es cada vez un tema de salud más importante por su carga social; en un futuro inmediato, las demencias edad – dependientes son las que localizarán los planes sanitarios de la comunidad europea.

Los avances tecnológicos en las neurociencias han aumentado los conocimientos sobre la función cerebral, sin llegar a clarificar si el deterioro cerebral

global atribuido en gran medida al envejecimiento se percibe como el espectro de los trastornos que anteceden a la enfermedad de Alzheimer.

Diagnosticar la demencia en estados avanzados es relativamente fácil, pero en su inicio los síntomas pasan fácilmente desapercibidos. Las razones son variadas y múltiples; algunas veces la sintomatología inicial se manifiesta de forma tan insidiosa que es interpretada, tanto por parte del paciente como por su familia y el mismo médico, como cambios atribuibles a la edad. Algunos intentan disimular la sintomatología, otros, al no ser conscientes de sus limitaciones, llegan al diagnóstico demasiado tarde. La historia clínica, la exploración física y neurológica no son procedimientos sensibles para diagnosticarla en su fase inicial, en especial cuando no hay familiares o buenos informadores de los antecedentes y cambios producidos y que conozcan la situación global de la persona, o bien que no estén presentes para corroborar la información aportada por el paciente.

Se entiende por deterioro cognitivo cualquier alteración de las capacidades mentales superiores. Puede tratarse de un deterioro focal: cuando está limitado a una operación mental aislada, como el habla, o a un conjunto interrelacionado funcional o topográficamente; o difuso si afecta a varias capacidades mentales a la vez. Utilizando los criterios operativos propuestos por Marsden de 1978, y ratificados por el Grupo de Estudio de Demencias de la Sociedad Española de Neurología, se define la demencia como un síndrome orgánico adquirido, que ocasiona un deterioro global persistente, sin alteraciones en el nivel de conciencia, que interfiere en el ámbito social y/o laboral y que aboca a la incapacidad para el autogobierno de la persona.

Hasta la fecha no es posible realizar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y otras demencias en su estado preclínico, por dos razones importantes: la primera, es que las bases biológicas y genéticas no tienen la suficiente y probada fortaleza para asegurar con certeza el diagnóstico e iniciar una actividad preventiva; la segunda, es que carecemos de un tratamiento curativo. Ambas comportan una tercera razón de mayor relevancia: la actitud ética de los profesionales delante de las especulaciones diagnósticas y de pronóstico.

La detección precoz de la demencia antes de que los enfermos se encuentren en un estadio muy evolucionado presenta conocidas ventajas: identificar causas reversibles y tratables de demencia, utilizar estrategias farmacológicas y no farmacológicas disponibles a fin de enlentecer la progresión de la enfermedad, controlar la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida del paciente y su cuidador.

En el ámbito gerontológico la dificultad estriba en diferenciarla del deterioro cognitivo benigno o leve, como un hecho inherente a la vejez.

El análisis compartido y consensuado con los familiares y cuidadores inducirá el tipo de intervención terapéutica, sobretodo en cuanto a la aplicación de terapias blandas basadas en las técnicas de la neuropsicología cognitiva. La información que sobre las actividades cotidianas aportan los familiares constituye un valor añadido a los datos de la exploración clínica y

neuropsicológica, al hacer evidente el conjunto de conductas que definen al individuo en relación con sus preferencias, habilidades y competencias que le permiten vivir de forma autónoma e independiente y ejercer su papel social. Todas estas actividades, desde las más avanzadas hasta las más básicas se deterioran a medida que progresa la enfermedad, incidiendo de forma desigual en cada individuo y su grupo familiar.

El objetivo final de la intervención terapéutica estará dirigido, bien sea a corto plazo o largo plazo, a restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del enfermo con demencia, procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones y problemas de salud más prevalentes y, finalmente, garantizar la confortabilidad en la fase terminal de la enfermedad.

La intervención desde un programa de psicoestimulación cognitiva que abarque en gran medida aquellas funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria, favorecerá el papel social del enfermo, aumentará la eficacia de los fármacos disponibles en la actualidad para la enfermedad de Alzheimer y, en todo caso, aportará beneficios en cualquier tipo de demencia.

La suma de las condiciones intelectuales, físicas y biográficas del enfermo, marcará el campo de apoyo en el que movernos y permitirá definir y ajustar el tipo adecuado de intervención.

## **NEUROPLASTICIDAD Y PSICOESTIMULACIÓN INTEGRAL**

El punto de partida con base científica, en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias, es la capacidad plástica del cerebro, conocida como neuroplasticidad. La neuroplasticidad se define como “la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión. Recientes investigaciones ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente, si bien en menor intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado.

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

## ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y DEMENCIAS

La Enfermedad de Alzheimer presenta un inicio generalmente insidioso y un curso progresivo, caracterizado por una pérdida de las capacidades cognitivas y cambios de conducta que interfieren progresivamente en la autonomía de las personas que la sufren, lo que les hace dependientes de su entorno.

Estas pérdidas y cambios pueden observarse, inicialmente, en las actividades avanzadas e instrumentales de la vida diaria, ampliándose posteriormente a las actividades básicas de ésta.

En las fases iniciales (cuadro 1.), es la memoria la función más alterada, pero no es la única y no se altera de manera uniforme. La pérdida de otras funciones se manifiesta en la dificultad para planificar actividades cotidianas habituales o no habituales, no poder seguir una conversación o una noticia por la radio o la televisión... Todas estas dificultades observadas en el día a día, son también manifestaciones de la enfermedad en las fases leves.

	<b>1ª Fase Dependencia Leve</b>	<b>2ª Fase Dep. Moderada</b>	<b>3ª Fase Dep. Severa</b>
<b>Duración</b>	1 a 3 años aprox.	1 a 3 años aprox.	1 a 3 años aprox.
<b>Características</b>	Olvidos ocasionales Cierta confusión Pérdida de la autoestima Angustia	Pérdida grave del habla Movilidad dificultosa No se vale por sí mismo	Inmovilidad Pasividad
<b>Consejos a los cuidadores</b>	Información Comprensión Planificación	Paseos Mantener rutinas Horarios Gimnasia	Alimentación adecuada Cama articulada Colchón de aire Protectores cutáneos
<b>Precauciones</b>	Trámites legales Revisiones médicas Organización de la vida del enfermo	Vigilar alimentación y padecimientos agregados	Vigilar aparición de escaras y atrofas
<b>Necesidades auxiliares</b>	En los comienzos, ninguna Pronto, supervisión en domicilio	Asistencia domiciliaria Centro de día	Asistencia domiciliaria Posible ingreso en residencia especializada

A medida que progresa la enfermedad, en las fases moderadas aparecen alteraciones más severas en otras funciones cognitivas, apareciendo así el clásico síndrome afaso-apraxo-agnósico, que caracteriza la enfermedad de Alzheimer.

Las alteraciones que presentan los enfermos de Alzheimer en las fases moderadamente graves y graves de la enfermedad afectan globalmente todas las funciones cognitivas, agravándose el síndrome afásico (habla reducida a varias palabras), apráxico (comer con las manos) y agnósico (no reconoce a sus familiares ni incluso así mismo en una fotografía o en el espejo), de manera que pierde su autonomía para casi todas las actividades básicas y necesita supervisión permanente las 24 horas del día.

Las alteraciones de conducta que pueden presentarse a lo largo de la evolución de la enfermedad de Alzheimer han de ser tenidas muy en cuenta a la hora de desarrollar cualquier tipo de intervención terapéutica.

No hemos de olvidar que no hay una sola enfermedad de Alzheimer sino muchas, tantas como enfermos. No todos los enfermos de Alzheimer se encuentran en el mismo estadio de la enfermedad.

Previa a la intervención hemos de contar con la información necesaria a cerca de la persona con la que vamos a trabajar (nivel educativo e intelectual, déficits, deterioro y capacidades preservadas, grado de afectación, estadio de la enfermedad, etc.), de esta forma conseguiremos acercarnos a estrategias de intervención más personalizadas.

Por ser una enfermedad progresiva con grados de afectación diferentes en los distintos sujetos y por la gran heterogeneidad con la que se manifiesta, tanto al inicio como en la fase terminal, no existe una única manera de abordarla desde un programa de estimulación.

Es necesario adaptar el programa a la valoración neuropsicológica, a las capacidades residuales y a la historia personal y estilo de vida de la persona.

A continuación se presenta una breve diferenciación en lo que a la estimulación cognitiva se refiere dependiendo del estadio en el que la persona se encuentre.

#### *Enfermos con deterioro cognitivo moderado o demencia leve (GDS 4)*

La estimulación cognitiva se dirige hacia las capacidades mentales más elevadas y complejas, como la lectura y escritura, el cálculo y el razonamiento abstracto. Las personas en este estadio suelen conservar mecánicamente la escritura y lectura, al igual que se encuentran preservados los conocimientos generales del mundo. En esta fase también hemos de estimular capacidades más básicas, como la atención, la orientación y la memoria, en sus diferentes tipos.

#### *Enfermos con deterioro moderadamente grave o demencia moderada (GDS 5)*

En esta fase la estimulación cognitiva persigue los aspectos básicos de la cognición: la atención, la orientación temporal y espacial más simple (día de la semana) orientación en persona, la memoria, sobre todo la memoria remota, sin abandonar los aspectos cognitivos más instrumentales como el lenguaje, la

percepción visual y las capacidades prácticas. En esta fase se utilizan estímulos más simples que en la fase precedente. La lectura continúa siendo una de las capacidades residuales del enfermo en las cuales se apoya la psicoestimulación para facilitar las tareas. Asimismo, la realización de ejercicios a diario, de una manera repetitiva y rutinaria, constituye una ayuda a la permanencia de una memoria reciente muy reducida.

### *Enfermos con deterioro grave o demencia moderadamente grave (GDS 6)*

La estimulación cognitiva en este estadio se halla mucho más limitada y debe adaptarse al modelo involutivo correspondiente a la pérdida de las operaciones concretas, utilizando ejercicios de simulación con objetos reales y básicos de la vida diaria.

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 conducta, psicoestimulación “integral”, activación cerebral, “gimnasia mental”, estimulación psicomotriz, ejercicio físico, cinesoterapia, entrenamiento en 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.

Cada técnica puede tener un cierto sentido para aspectos parciales del paciente, aunque algunas sean más globales. Algunas pueden causar 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 asociado 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.

Partiendo de la idea de que cada paciente tiene unas características específicas, es fundamental recordar una vez más 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. 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.

## **TIPOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVA**

A lo largo del desarrollo de este tema deberemos tener presente qué es lo que entendemos por “Intervención Cognitiva” (Cuadro 2.)

Es el conjunto de métodos, técnicas y estrategias cognitivas que pretenden minimizar el impacto del deterioro cognitivo, optimizar las capacidades

residuales, compensar la incapacidad por un contexto estructurado y predecible en el que se persigue un envejecimiento saludable y la dignidad de la persona en su enfermedad degenerativa.

Cuadro 2: La estimulación cognitiva

Lo que NO es	Lo que SÍ es
No se trata de intentar curar la enfermedad de Alzheimer o de parar definitivamente su avance mediante técnicas mágicas o terapias milagrosas	Se trata de enlentecer al máximo el avance de la enfermedad de Alzheimer y de aportar calidad de vida a la persona afectada a través de una serie de métodos y técnicas no farmacológicas
No consiste en curar las alteraciones cognitivas (memoria, lenguaje, atención...) que provocan la enfermedad de Alzheimer	Consiste en promover la actividad mental para mantener o mejorar el rendimiento cognitivo y funcional de la persona con Alzheimer.
No se trata de curar todos los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.	Se trata de prevenir y/o tratar algunos síntomas secundarios de la enfermedad de Alzheimer como la ansiedad y la depresión.
No se trata de forzar u obligar rígidamente a la persona con Alzheimer a estudiar, a aprender cosas nuevas, a entrenar o a ejercitar sin más sus facultades mentales.	Se trata de animar y guiar inteligentemente a la persona con Alzheimer para que se interese por hacer determinadas actividades que movilicen sus capacidades cognitivas y funcionales.
No se trata de hacer cualquier actividad y de repetirla continuamente.	Se trata de realizar actividades cognitivas recomendadas y adaptadas a cada momento de la evolución del enfermo.
No consiste en perseguir un rendimiento y unos resultados con respecto a las actividades de estimulación cognitiva.	Consiste en centrarse en el proceso y en la actividad en sí misma, independientemente del rendimiento y de los resultados que se consigan.
No se trata de exigir más de lo que la persona con Alzheimer quiera o pueda dar.	Se trata de motivar a la persona con Alzheimer e intentar obtener el máximo de sus capacidades y vocaciones.
No se trata de obsesionarse con estimular a toda costa y en todo momento.	Se trata de ser regular y aprovechar objetos, circunstancias, situaciones y actividades cotidianas para estar activo y disfrutar con la vida.
No se pretende realizar la estimulación cognitiva a toda costa sin importar el momento y la forma.	Se pretende buscar el mejor momento para que la persona con Alzheimer lo pase bien y disfrute durante la estimulación cognitiva.
Debido al carácter actualmente irreversible de la enfermedad de Alzheimer, no se trata de intentar recuperar aquellas facultades mentales que ya están deterioradas.	Salvo en casos muy específicos, se trata de centrarse en la estimulación de las facultades mentales preservadas, es decir, de mantener aquellas capacidades que todavía funcionan bien, hasta el máximo de sus posibilidades.

Dentro de la amplia variedad de técnicas o métodos de intervención con los que podemos contar en el trabajo con enfermos de Alzheimer, nos centraremos en los siguientes: Terapia cognitiva, Psicomotricidad, Orientación a la Realidad, Reminiscencia, Jardinería, Musicoterapia, actividades ocupacionales y Terapia de validación.

### *Terapia Cognitiva Específica*

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 representa un conjunto de técnicas de neuropsicología rehabilitadora en las que el paciente es sometido a ejercicios 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.

Los pasos a seguir, por tanto, serían los siguientes:

- Valoración cognitiva
- Reconocimiento de áreas alteradas / preservadas
- Diseño de actividades específicas para la persona (individualizadas: preferencias, gustos, GDS...)
- Puesta en marcha y revisión

### *Psicomotricidad*

Podemos definir la Psicomotricidad como técnica que tiende a favorecer por el dominio del propio cuerpo, la relación y comunicación con uno mismo y con los demás objetos y personas en el espacio que le rodea. Esta terapia se aplica abarcando los tres esquemas que conforman nuestra psicomotricidad. Estos esquemas son:

- *Esquema corporal:* es el conjunto de capacidades relacionadas con la percepción y conocimiento del propio cuerpo. Del esquema corporal dependen funciones como la imagen corporal, el control de la postura, la lateralidad (discriminar partes derechas e izquierdas del cuerpo), el equilibrio y la coordinación.
- *Esquema espacial:* son las capacidades de percepción del espacio y localización en él, de uno mismo y de otros objetos y personas. Del esquema espacial depende la capacidad de seguir itinerarios o movernos en parcelas limitadas, el manejo de conceptos como:



cerca-lejos, encima-debajo, detrás-delante, etc.; y la capacidad de salvar obstáculos.

- *Esquema temporal*: comprende las capacidades relativas a la orientación en el tiempo y noción de uno mismo. De él depende la percepción de la duración de los acontecimientos, su ordenación en el tiempo, el conocimiento del momento actual (fecha y hora), el sentido del ritmo y la periodicidad, etc.

La Enfermedad de Alzheimer puede afectar a todas estas áreas, en mayor o menor medida, produciendo limitaciones en el dominio de nuestro cuerpo, de sus movimientos, posturas y sensaciones que percibimos a través de él.

*Objetivo*: Mantener el máximo tiempo posible las funciones que el enfermo todavía conserva, así como proporcionar sensación de seguridad al tratar de intentar rehabilitar sus déficits.

Un músico suizo llamado Émili Jacques – Dalcroze fue el pionero en desarrollar técnicas que potenciaran la rítmica de las personas a través del movimiento corporal. Su metodología, dirigida inicialmente a estudiantes de música, tenía el objetivo de ayudarles a regular sus hábitos motores, crear nuevos reflejos y desarrollar las facultades de la imaginación y la creación. La música era la base del método, y el movimiento corporal, su instrumento ejecutor.

Por medio de ejercicios de ritmo consiguió potenciar en sus alumnos nociones como las de velocidad, duración, simultaneidad y sucesión. Y de ese modo, perfeccionando los mecanismos de su cuerpo, consiguió que desarrollaran todas sus facultades y que corrigieran defectos, al facilitar la sensibilización de su cuerpo.

La aplicación de este método será útil para realizar ejercicios de estimulación cognitiva que nos permitan mantener aquellas funciones superiores que el paciente todavía no ha perdido, tales como la memoria remota, la motricidad, la capacidad de comprensión de órdenes sencillas, el reconocimiento de las formas geométricas o de los colores, a través de un estímulo, la música, que desencadena una respuesta emocional relacionada con la biografía de cada paciente. Por ello es imprescindible conocer los gustos que tuvo en su juventud en el campo musical, y utilizar en algunos ejercicios tonadas de cantantes o de bailes de su época y músicas clásicas conocidas por todos. Este continuo recuerdo del pasado, unido a su respuesta emocional y al ejercicio como patrón social de mantenimiento de la salud, motivará a los pacientes a participar en los talleres de psicomotricidad, con el objetivo final de mantener durante el máximo tiempo posible las funciones superiores que conserva.

La estructura propia de un taller no podrá olvidar:

- Espacio físico adecuado
- Duración del taller
- Número de asistentes, sus capacidades y GDS
- Objetivos a conseguir
- Materiales a utilizar

#### Propuesta de talleres (GDS 3-4)

- Ejercicios de calentamiento
- Movimientos libres
- Recordemos el ritmo
- Figuras geométricas
- Relajación

Dentro de la Psicomotricidad podemos incluir la **Movilización pasiva**. Nos referiremos a ella como técnica en la que el profesional mueve las distintas partes del cuerpo del enfermo, con la amplitud y dirección que cada articulación permita.

*Objetivo:* enlentecer la atrofia muscular, rigideces, así como prevenir la aparición de úlceras.

Esta movilización estaría indicada para enfermos en estadios avanzados o iniciales con dificultades de comprensión, interpretación o ejecución de órdenes sencillas.

#### *Orientación a la Realidad*

La Orientación a la Realidad 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 para personas afectadas de diferentes tipos de demencia y de trastornos cognitivos. En las demencias leves una de las características típicas es la desorientación temporal en la fecha, el mes, incluso día de la semana, conservando la orientación en el año; en fases moderadas y más graves de las demencias, la desorientación temporal es completa.

También se observa desorientación espacial en el lugar en el que se encuentran. Algunos aspectos de la desorientación en el tiempo y en el espacio inmediato, se encuentran relacionados con la pérdida de la memoria reciente. Otros aspectos de la orientación temporal y espacial son más permanentes y más resistentes al deterioro en las fases leves de la demencia. Respecto a la orientación persona, los aspectos que más se pierden en las fases leves son aquellos referentes a su edad, siendo la fecha de nacimiento y el nombre de sus familiares, la información más resistente al deterioro en las primeras fases.

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 facilitar y estimular los sistemas de acción (ejecutivos) cerebrales. Al trabajar aspectos personales antiguos, de ayuda a superar problemas de memoria episódica biográfica (a largo plazo). Lógicamente, tienen que quedar capacidades residuales para poder aplicar adecuadamente esta técnica.

La terapia de orientación a la realidad, entendida como un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y en persona, es una terapia imprescindible en un programa terapéutico de demencias.

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

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

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

- *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 suministrando 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 procedimiento presupone organizar un programa sistemático de actividades, desde el momento de levantarse hasta el momento de acostarse. Se trata de animar y dar apoyo con el objetivo de disminuir el número de situaciones de desorientación y ansiedad.

- *Orientación en sesiones:* Esta variedad recibe el nombre de “intensiva”, “formal” o “clase de OR”. Consiste en la celebración de sesiones individuales o grupales, de unos treinta minutos o sesenta minutos, donde se trabaja una serie de aspectos concretos de la orientación, se pone en contacto a los pacientes con el entorno y se realiza estimulación cognitiva.

Una propuesta de taller de OR grupal podría ser la siguiente:

- Presentación de los asistentes, recuerdo de nombres
- Día, mes, estación del año, año, dirección, ciudad, país
- Zodíaco (día, mes, año personal)
- Lectura noticias actuales, fiestas locales...
- Despedida y cierre.

### *Reminiscencia*

Constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad. Utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento como técnicas.

Se pueden recordar hechos generales y no necesariamente relacionados con experiencias personales. No se estimula la evaluación de los recuerdos ni tampoco trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posibles, en todas su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes. La aparición de las emociones tristes, incluso trágicas, requiere la intervención del profesional.

Las personas afectadas de demencia, al igual que los ancianos sanos, tienen más memoria de su juventud, ya que normalmente se trata 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.

Para los cuidadores profesionales y los voluntarios que trabajan con personas de edad en centros de día, hospitales y hogares, las actividades de reminiscencia ofrecen una forma de individualizar a los mayores, reconociendo los rasgos de sus experiencias en el pasado y llegando a conocerlos mejor. Cuando se puede contactar con los cuidadores familiares y éstos están dispuestos a participar, ellos pueden ayudar a completar las lagunas de información sobre otras personas y los acontecimientos que hayan desempeñado un papel importante en la vida de las personas a su cuidado. Ello puede constituir una experiencia positiva para ellos, al darles un papel continuado que desempeñar aunque no sean los únicos cuidadores para esa persona. Por supuesto, es posible que existan enormes diferencias entre las versiones de una misma historia que cuentan una persona que padece demencia y el cuidador, y ambas versiones deben ser respetadas.

Muchos estudios han demostrado que los cuidadores profesionales que están en conocimiento de la historia vital de las personas a su cargo les tratan con más respeto y sensibilidad. Además, su propio trabajo suele parecerles más enriquecedor, como resultado de los estrechos vínculos y la mayor comprensión que se desarrolla entre ellos y sus pacientes.

Para los cuidadores familiares, la reminiscencia puede ser una forma de permanecer en contacto con la vida pasada que han compartido con la persona que está bajo sus cuidados en la actualidad. Recurrir a experiencias positivas del pasado puede ayudar tanto al cuidador como a quien padece la demencia a enfrentarse mejor a las dificultades que entraña el presente. Si los cuidadores pueden incluir la reminiscencia en las actividades cotidianas de la persona con demencia, descubrirán que es una forma muy útil de estimular buenos sentimientos y de suavizar la rutina diaria. La reminiscencia puede encajar muy bien con otras estrategias ya utilizadas para paliar los efectos de la enfermedad, contribuyendo a potenciarlas.

La reminiscencia nos permite intervenir con enfermos tanto a nivel grupal como a nivel individual, así como el realizar una intervención en el propio domicilio de la persona, al aire libre o en instituciones.

Una propuesta de taller de reminiscencia para GDS 3 – 4 podía ser el siguiente:

- Tipo de taller: tema a trabajar (*escuelas*)
- Recolectar material (personales: tinteros, libros...)
- Trabajar con los asistentes el tema (horarios de escuela, años de duración, pupitres, maestros, uniformes, comparar con escuelas actuales...)

- Puesta en común de resultados (al grupo, a los familiares, a la Asociación...)

La reminiscencia en GDS avanzados, al igual que ocurre con otros tipos de técnicas de intervención, ha de encontrarse muy estrechamente ligada con las preferencias previas del enfermo. Se podrá trabajar con el enfermo el reconocimiento de texturas, olores, músicas, la lectura de textos conocidos para la persona enferma.

En estos momentos de la enfermedad, la intervención deberá ser más individualizada.

### *Jardinoterapia*

El cuidado integral de la persona implica también la ejecución de actividades que la motiven, que se encuentren basadas en sus creencias y en sus costumbres. El trabajo de la agricultura, cuidado de huertos y jardines se ha encontrado muy ligado a la vida cotidiana de muchos de nuestros mayores, y es con ellos con los que esta forma de intervención estaría más indicada.

*Objetivo:* potenciar la socialización, minimizar los trastornos de comportamiento, fomentar los sentimientos de utilidad, favorecer la estimulación sensorial así como el movimiento, la comunicación y la actividad recreativa.

El Hospital Sant Jaume (Manlleu, Barcelona), lleva a cabo el taller de Jardinoterapia estableciendo dos ciclos diferentes en su desarrollo:

- Mantenimiento del jardín: Este primer ciclo se alargaría durante todo el año, contaría con unas cinco o seis personas, en una fase moderada de su enfermedad y las actividades a realizar serían las siguientes: barrer, quitar hojas secas, limpiar complementos del jardín...
- Cuidado de las plantas: En este ciclo las actividades se encontrarían más condicionadas estacionalmente. Contaría con unas dos o tres personas, en una fase leve – moderada de su enfermedad y cuyas actividades girarían en torno a: transplantar, podar, cavar y quitar malas hierbas.

### *Musicoterapia*

La Musicoterapia es un abordaje particular del sujeto y su problemática vital, a través de sus producciones sonoras y el movimiento corporal, que esta relacionado con un elemento fundamental de la música como lo es el ritmo. Entendiendo como sujetos a una unidad bio-psico-social-espiritual.

Durante la evolución de la enfermedad de Alzheimer podemos observar como la persona comienza a presentar problemas de lenguaje, así como sus dificultades de memoria cada vez se hacen más evidentes; sin embargo, muchos de ellos continúan cantando, un material que poseen hiperaprendido y del cual podemos servirnos para la intervención.

La capacidad de emocionarse que mantiene el enfermo de Alzheimer puede ser estimulada a través estímulos externos, en este caso mediante la música.

Se promueve en el paciente el juego musical y el descubrimiento de su creatividad utilizando, la voz, el cuerpo, el canto, la palabra y los instrumentos musicales.

*Objetivo:* Mantener o mejorar las capacidades cognitivas, sociales, físicas y emocionales.

La música puede servirnos además como elemento desencadenante de reminiscencias, de establecer una comunicación entre enfermo y cuidador, y, por otro lado encontraremos unos grandes resultados sirviéndonos de ella como estimulante o como sedante.

En un proceso musicoterapéutico en general, y con enfermos de Alzheimer en particular, no se busca la genialidad, la buena técnica, o lo estéticamente bello al tocar o explorar un instrumento, la voz o el cuerpo, sino la posibilidad que tiene todo ser humano de expresarse y crear libremente.

Por otro lado, la música proporciona:

- Orientación a la realidad en la que vive la persona.
- Ambiente terapéutico favorecedor, proporcionando la seguridad y confianza que se precisa en determinados estados de agitación o miedo.
- Medio de expresión para los problemas de comunicación
- Estimulación para ayudar a mantener las capacidades físicas de las personas que tienen dificultad de movimiento.

Una propuesta de Intervención, con enfermos de Alzheimer en GDS 3 – 5, podía ser el siguiente:

- Presentación de los asistentes con una canción de bienvenida
- Ubicación en el tiempo y espacio
- Elección de un tema de trabajo
- Escucha activa de la pieza elegida
- Justificación de la pieza
- Canción de despedida y cierre de sesión

### *Actividades ocupacionales*

La realización de actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria constituye un método de rehabilitación y de readaptación. Se pretende rehabilitar a través de la terapia ocupacional o de unas actividades que conducen a un fin. Por otro lado, se realiza una readaptación a través de nuevas formas de acción y de la adaptación del medio técnico.

*Objetivo:* Facilitar que el paciente realice tareas y sea autónomo en las actividades de la vida diaria, aumentando así su autoestima.

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 de la persona enferma 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, por tanto, no deberemos olvidar las posibles dificultades en la retención de la consigna, en planificación y ejecución de las actividades, en la comprensión de las órdenes dadas, así como dificultades prácticas...

El tipo de actividades del que podríamos servirnos serían las siguientes: actividad física, cuidado de la casa, cocinar, costura, aseo personal, compras, jardinería, manualidades y arte...

Por otro lado, las actividades de la vida diaria comprenden todo el marco de actividades que desempeña un individuo, sea cual sea su condición; abarcan una gran parte de nuestro día a día, y por lo tanto merecen ser estudiadas y dotarlas de la importancia que como intervención terapéutica les pudiera corresponder.

Las **actividades de la vida diaria** tienen la “extraña” virtud de distinguirse a unos de otros, no solo en su desempeño, sino también en el orden, en la planificación, en la ejecución y en la revisión mental de nuestros actos. Esto quiere decir que no sólo hay que incidir en el desempeño, donde se dan los fallos más objetivables, sino también en todos los demás componentes que pueden estar siendo minados por la enfermedad.

Es de la mayor importancia llevar a cabo el máximo de actividades posibles ya que, cuando realizamos tareas tan sencillas como, por ejemplo, limpiar el polvo o comer, estamos, al mismo tiempo, reforzando, manteniendo o estimulando otros aspectos muy importantes sin darnos cuenta:

- Trabajamos las capacidades sensoriales, perceptivas, cognitivas y motoras.
- Estimulamos las actividades productivas, con las que conseguimos resultados.
- Nos entrenamos en las propias actividades que realizamos.
- Se fomentan las actividades domésticas.
- Conectamos con el entorno.
- Potenciamos las relaciones con los demás y con uno mismo.
- Trabajamos los reflejos.
- Coordinamos los movimientos amplios y precisos.
- Ejercitamos la percepción sensorial a través de los sentidos.
- Desarrollamos la integración corporal.
- Estamos orientados en tiempo, espacio y persona.
- Fomentamos la memoria, la atención, la concentración, el juicio, la organización y la resolución de problemas.

Con todo lo anterior, se mantiene el nivel de independencia en general para llevar a cabo las actividades requeridas.

La estimulación en y desde las actividades de la vida diaria se plantea porque es una herramienta que tenemos a nuestra disposición las 24 horas del

día; porque es una tarea cotidiana en la que va a intervenir, sin pensar en el éxito, en la ejecución (está en su rutina) y porque cuantas más actividades realice, más seguirá siendo él mismo.

Un taller interesante al respecto es el que La Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu (Barcelona) viene desarrollando en referencia a la Costura.

Con la valoración de las necesidades de la persona, obtienen datos sobre su historia de vida, para comprender mejor a la persona, identificando sus cualidades, habilidades y gustos, que les ayuda a:

- Organizar las actividades significativas a partir de la historia de vida.
- Potenciar la socialización, disminuir el aislamiento social con una actividad que puede llevarse a cabo de forma grupal.
- Reconducir y minimizar los trastornos de comportamiento con actividades representativas y motivadoras.
- Mantener las actividades cotidianas que han llenado muchas horas de su trabajo laboral y de sus tareas domésticas.

Diferencian dos tipos de actividades cotidianas, para mujeres sobretodo, las labores (coser, media y ganchillo) y el trabajo con telas y lanas (enrollar vendas, devanar hilos y lanas, clasificar telas). Estas actividades han formado parte de la vida de las usuarias y son un signo de identidad para sus generaciones, contribuyendo a su desarrollo como personas.

- *Trabajo con telas y lanas:*

En esta actividad participan a lo largo del año de 10 a 15 personas con un FAST de 4 – 7. Se trata de una actividad productiva, el objetivo de la cual es el de minimizar y/o anular los trastornos conductuales, ya que la mecánica del trabajo es de secuenciación muy simple.

- *Labores:*

Participan a lo largo del año de 13 a 15 usuarias por semana:

- 4 – 5 personas sin trastorno cognitivo, pueden trabajar técnicas más complicadas y ayudan en la preparación del trabajo a las personas con más deterioro.
- 6 – 7 personas con trastorno cognitivo entre 3 – 5 de la escala FAST de Reisberg cosen con las técnicas más sencillas, y precisan de supervisión y finalización de su tarea. Ayudan a la confección hilvanando, sobrehilando y deshilvanando, las técnicas de punto de ganchillo. Una de estas personas cose a máquina (FAST 3).
- 2 – 3 personas con trastorno cognitivo entre 5 – 6 de la escala FAST de Reisberg deshilvanan y hacen punto de cadeneta.

Las características comunes básicas de las técnicas utilizadas:

- Son sencillas y con ellas se confeccionan piezas diversas, orgullo de sus creadoras, que se exponen y venden.
- Tienen una secuencia de ejecución simple o muy simple, automatizada por las usuarias.
- Son técnicas conocidas e integradas en su quehacer diario, aspecto que aumenta la seguridad y la autoestima de las pacientes.



### *Terapia de Validación*

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 enfermas de Alzheimer. Se basa en una actitud de respeto y empatía con el enfermo y se fundamenta en una serie de principios que presentamos simplificados:

- Cada persona es única y debe ser tratada como un individuo específico.
- Cada persona tiene valor propio con independencia del grado de desorientación o demencia. Se debe aceptar al paciente sin prejuicios.
- 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.

Conducta = Cambios físicos + Sociales + Personales

- 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.
- 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).
- 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 puede 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.

La validación no tiene como objetivo adquirir conciencia sobre el tiempo y el espacio actual, sino que pretende respetar la realidad de la persona enferma de Alzheimer, que puede encontrarse en el tiempo presente o no.

El *Objetivo* es desarrollar técnicas de comunicación con empatía con las personas con demencia para restablecer dignidad, reducir la ansiedad y prevenir el abandono.

Algunas de las técnicas específicas de validación revisadas son:

- *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...

- *Usar palabras no amenazadoras, que den confianza:* Evitar siempre las preguntas que fuercen 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.
- *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.
- *Mantener contacto ocular próximo y sincero:* Las personas confusas se sienten más seguras cuando el cuidador muestra afecto a través del contacto ocular cercano. Es importante el contacto ocular como elemento acompañante del contacto verbal.
- *Tono de voz amable, claro y suave:* Una voz amable evoca recuerdos positivos y reduce el estrés.
- *Usar el tacto, la música:* 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.

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.

- *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.
- *Imaginar lo opuesto:* Con frecuencia permite evocar soluciones al problema.
- *Realizar reminiscencias:* Evocando el pasado se pueden restablecer métodos de control para superar las exigencias de la actualidad.
- *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.
- *Emplear la ambigüedad:* Ante comentarios o expresiones sin significado podemos hacer comentarios o preguntas ambiguas que pueden ser

válidas para el sujeto. La persona mantendrá la comunicación y el contacto, se validará la conducta y se evitarán enfrentamientos.

- *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 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. Las valoraciones de la terapia de validación no son concluyentes pero en muchas ocasiones sus técnicas representan una gran ayuda para la comunicación y el manejo de los pacientes.

## **CONCLUSIÓN**

Como se habrá podido comprobar, cada método tiende a hacer hincapié en uno u otro aspecto de las alteraciones de los enfermos de Alzheimer 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 esperemos y definamos como efectividad podremos establecer métodos de control y de medida.

En general, toda intervención cognitiva, y en especial los programas de estimulación, ejerce un efecto positivo en el nivel de atención y estimulación.

La Intervención Cognitiva debe ser un aspecto más dentro del concepto de terapia integral y multidisciplinar que se debe aplicar a cada paciente, ligada de forma inseparable a la terapia farmacológica y no se debe plantear independientemente de los aspectos emocionales.

Dicha intervención, basándose en los principios de:

- Relentizar la progresión del deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas en desuso, partiendo de las funciones intelectuales conservadas.
- Mejorar el estado funcional de la persona y su capacidad para actuar, desarrollando las competencias que le permitan vivir de la forma más autónoma posible.
- Promover la actividad, en general, y proporcionar las bases para una interacción personal útil y amena para compartir experiencias y, en definitiva, para mantener la dignidad de estos enfermos.

A su vez, pretende conseguir que el mejor estado general del paciente, implique una menor carga para el familiar o cuidador, aspecto importante dado que entre el 60 y el 70% de los cuidadores de enfermos de Alzheimer presenta algún trastorno del estado del ánimo, como depresión, ansiedad o insomnio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, L (Coord.) (2000): *Guía practica de reminiscencia. Reminiscing with people with dementia. A handbook for Carers. Departamento de Proyectos Sociales y Asistenciales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- AZPIAZU, P, CUEVAS, R y TRIAS, N. (1999): *La psicomotricidad: Un método de estimulación cognitiva*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- PEÑA CASANOVA, J. (1999): *Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- PEÑA CASANOVA, J. (1999): *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- REDONDO, A. y CARRASCO, P. (2002): *El baúl de los recuerdos. Manual de Estimulación Cognitiva para enfermos de Alzheimer en ambiente familiar*. Barcelona: AFAL, Fundación La Caixa.
- SENDAGORTA MC DONNELL, B. (2000): *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?* Bilbao: Obra Social Caja Madrid y Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias.
- TÁRRAGA, T. y otros (1999): *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa ediciones.

## GLOSARIO

- Agnosia:** Incapacidad para reconocer las cosas que nos rodean, por la vista, el tacto, el oído, el olfato o el gusto.
- Afasia:** Incapacidad para poder hablar o comprender el lenguaje verbal, consecuencia de una afectación cerebral.
- Apraxia:** Incapacidad para poder llevar a cabo movimientos aprendidos. Siempre son consecuencia de una afectación cerebral.
- Deterioro:** Disminución de las capacidades cognitivas, mentales o intelectuales respecto al nivel previo de la persona. En ausencia de un nivel previo, se sitúa a la persona en un grupo normativo de iguales características como edad, sexo y nivel de escolaridad y se compara con él.
- Capacidades Cognitivas:** Capacidades mentales, inteligencia.
- Funciones Cognitivas:** habilidades mentales en general, como lenguaje, cálculo, reconocimiento, razonamiento, abstracción, etc.
- Capacidades residuales:** En relación con la plasticidad cerebral y con la presencia de circuitos cerebrales funcionales presentes en procesos neurodegenerativos.