

Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer

José Javier Yanguas y otros

Capítulo 2

ATENCIÓN A LAS PERSONAS
CON DEMENCIA

1. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS CON PERSONAS CON DEMENCIA

Actualmente se puede encontrar una amplia gama de intervenciones no farmacológicas dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y aliviar los problemas conductuales de los pacientes con demencia. Cabe señalar que algunas de ellas se solapan y que es rara la ocasión en la que se utiliza solamente una de ellas en el abordaje integral del paciente con demencia (Ballard y cols., 2001). Las ventajas que ofrecen estas intervenciones en el tratamiento de problemas de comportamiento son las siguientes: 1) Tratan de hallar la razón psicosocial o ambiental que subyace al comportamiento problemático, 2) No tienen efectos secundarios como los fármacos ni problemas de dosis elevadas, 3) No enmascaran los síntomas que en ocasiones son la única vía de comunicación del paciente (Cohen-Mansfield, 2001).

A continuación se van a enumerar una multitud de tratamientos no farmacológicos que han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas conductuales, en la disminución del impacto del deterioro cognitivo y en el aumento de la calidad de vida (Woods, 2004).

1.1. Intervenciones centradas en el funcionamiento cognitivo

La estimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos combinando técnicas clásicas de rehabilitación y entrenamiento. Estos programas se vienen aplicando fundamentalmente en los centros de día psicogeriátricos, en centros residenciales y más recientemente se ofrecen de forma ambulatoria desde instituciones especializadas.

a) *Orientación a la realidad*

La orientación a la realidad (OR) es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva y es utilizada con personas con pérdida de memoria, desorientación espacial y temporal y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismos y de su entorno. El objetivo de este método es proporcionar de forma estructurada y repetida información básica a personas desorientadas y/o confusas, respecto a la orientación en el tiempo, en el espacio y respecto a las personas. Otro de los objetivos de esta técnica es conseguir una mejora de las conductas sociales y personales, así como estimular la comunicación y la interacción de las personas con demencia.

Una revisión realizada por Spector, Davies, Woods y Orrell en el año 2000 y publicada en la Cochrane Library examina la evidencia empírica de la efectividad de las sesiones de OR en personas con demencia. De los 21 estudios controlados que analizan los autores concluyen que ésta técnica tiene un efecto positivo tanto en el área cognitiva como conductual, aunque únicamente los resultados de un estudio (Breuil, De Retrou, Forette, Tortrat, Ganancia-Ganem y Frambourt, 1994) fueron estadísticamente significativos. Otra de las limitaciones de estos estudios se refiere a que no proporcionan evidencias sobre de los beneficios a largo plazo de las terapias de OR. Únicamente dos de estos estudios realizaron un seguimiento a largo plazo (Gerber, Prince, Snider Atchinson, Dubois, y Kilgour, 1991) descubrieron en un grupo que había recibido OR, que tras 10 semanas de seguimiento los sujetos rendían peor que antes del tratamiento. Sin embargo, (Baldelli, Pirani, Motta, Abati, Mariani y Manzi, 1993) encontraron que los participantes tenían mejores puntuaciones en el área cognitiva y su comportamiento se había visto sustancialmente mejorado incluso un mes después de haber interrumpido la intervención.

b) *Programas de estimulación cognitiva*

Un ejemplo de este tipo de programas es el desarrollado por Tárraga (1994) al que denomina Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Este programa se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta. En un estudio llevado a cabo con 121 pacientes, se demostró que los pacientes mejoraban sus puntuaciones en el Mini Mental State (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) a los dos meses del inicio del estudio, manteniendo estas puntuaciones hasta el sexto mes. El estudio no aporta datos sobre parámetros conductuales.

Ermini-Fungschilling, Hendriksen, Meier, Regard y Stahelin, 1998, realizaron un estudio controlado con 38 pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer leve. El entrenamiento cognitivo aplicado fue semi estructurado y consistía en ejercicios cognitivos (orientación, cálculo, memoria y lenguaje) y ejercicios de relajación. Los autores defienden la intervención grupal en este estadio de la enfermedad, alegando que la interacción social favorece la competencia social. En el seguimiento al año de finalizar la intervención, los participantes del grupo experimental mantenían estables sus puntuaciones en el Mini Mental State (MMSE) y los niveles de depresión habían experimentado una gran mejora.

En el año 2003 se realizó un estudio (Frances, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003) cuyo objetivo perseguía valorar la eficacia de los programas de psicoestimulación. Dicho programa se aplicó durante 6 meses en un grupo de 9 personas con enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado. Al cabo de 6 meses se observaron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en las puntuaciones obtenidas en el funcionamiento cognitivo, medido a través de la prueba ADAS-cog. Sin embargo no se observaron diferencias en las pruebas que medían capacidad funcional, conducta y estado afectivo.

Este tipo de intervenciones se consideran de especial importancia particularmente en estadios iniciales y moderados de la enfermedad de Alzheimer. Así un estudio llevado a cabo por investigadores de la universidad de Cambridge (Clare, Wilson, Carter y Hodges, 2003) concluye que los programas de intervención neuropsicológica temprana en las fases iniciales de la enfermedad ayudan al refuerzo de las estrategias de afrontamiento de los problemas de memoria. En los estudios realizados por este grupo, se observa además, que los sujetos no muestran aumento en las medidas de depresión y/o ansiedad durante la intervención. Los resultados apoyan la teoría de que la intervención neuropsicológica forma parte importante de un programa comprehensivo de intervención para los pacientes con enfermedad de Alzheimer (Wilson, Mendes de León, Barnes, Schneider, Bienias, Evans, 2002).

Olazarán, Muñiz, Reisberg, Peña-Casanova, del Ser, Cruz-Jentoft y colaboradores, 2004 analizaron la eficacia de un programa cognitivo-motor en pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado y grave, tratados con acetilcolinesterásicos. Los autores concluyen que un tratamiento que combine la intervención cognitivo-motora con el tratamiento acetilcolinesterásico en pacientes en estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer produce beneficios cognitivos y posiblemente también afectivos.

c) *Programas de estimulación cognitiva basados en nuevas tecnologías*

Se han desarrollado diversas técnicas de entrenamiento cognitivo mediante programas interactivos con ordenadores. Los programas existentes se pueden dividir en dos bloques en función de la finalidad para la que han sido desarrollados:

1. Programas dirigidos a la rehabilitación de procesos cognitivos específicos y al entrenamiento en habilidades concretas.
2. Programas dirigidos al entrenamiento de los sujetos en las principales funciones cognitivas, siguiendo una secuencia ordenada de programas de mayor a menor complejidad.

En España Franco, Orihuela, Bueno y Cid (2002) han desarrollado el **programa Grador**, un *sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica* por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones en *personas con deterioro cognitivo*. Tras un período de estudio de tres años, comprobaron que el grupo experimental mantenía sus puntuaciones en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y mejoraron sus puntuaciones en los aspectos tanto emocionales como comportamentales.

Más recientemente Requena, Maestu, Campo, Fernández, Gil y Ortiz (2007), han llevado a cabo un estudio con personas afectadas de enfermedad de Alzheimer moderada, en el cual han analizado los efectos de un tratamiento combinado de fármaco más estimulación cognitiva por ordenador. Los sujetos que recibían el tratamiento combinado (N=12) llevaban a cabo la estimulación cognitiva 5 días a la semana en grupos de 4 participantes y durante 45 minutos. Los resultados de los dos años de seguimiento del estudio señalan que el grupo que recibía el tratamiento combinado (farmacológico y cognitivo) experimentó efectos beneficiosos durante el primer año de tratamiento y en el segundo año los efectos del tratamiento mitigan el deterioro que se produce en relación a otras formas de tratamiento.

Otros programas interactivos de entrenamiento cognitivo que se han desarrollado son: **THINKable** y **Rehacom**.

El programa **THINKable** *trabaja la atención visual, discriminación visual, memoria visual y memoria de secuencias*. La eficacia del programa **THINKable** fue evaluada por Giaquinto y Fiori (1992). Los análisis revelaron que los problemas de memoria y funcionamiento cognitivo superior mejoran gracias al entrenamiento estructurado y que éste tipo de programas es *beneficioso incluso para aquellas personas con enfermedad de Alzheimer*. Ruff, Mahaffey, Engel, Farrow, Cox y Karzmark (1994) también analizaron la eficacia de este programa pero con *personas con deterioro cognitivo grave*. Su duración era de 20 horas y se incluían aspectos de rehabilitación de la atención y de memoria. Estos autores encontraron mejoras significativas en estas dos capacidades cognitivas.

En relación al **programa Rehacom**, *centrado en la rehabilitación de la atención visual, la rapidez perceptiva y la velocidad de ejecución*, Friedl-Francesconi y Biender (1996) realizaron un estudio para comprobar la eficacia de este programa. Los resultados revelaron que el grupo que fue tratado con el programa Rehacom obtuvo mejores resultados en el test de Hawie y en el test de Benton, además también mejoraron las puntuaciones asociadas a las dimensiones psicológicas propias del hemisferio derecho.

Un sistema multimedia para la psicoestimulación de personas afectadas de demencia es el denominado **Smart Brain** (Tárraga, Boada, Modinos, Badenas, Espinosa, Diego y cols., 2004). Los objetivos son *potenciar y acelerar los efectos de la psicoestimulación en el campo de la enfermedad de Alzheimer*, aprovechando las oportunidades que ofrece hoy la informática. El resultado es un programa de actividades interactivo por ordenador que fomenta la autonomía del paciente en el contexto del tratamiento. Con este programa se pretende frenar el ritmo de desarrollo de la enfermedad y recuperar funciones deficitarias en enfermos en fases leves o moderadas, incrementando así su calidad de vida.

Se ha podido comprobar que este tipo de programas tiene múltiples ventajas (posibilidad de graduación de la complejidad de las tareas, mayor tolerancia a los errores y a la frustración, posibilidad de trabajar en grupo con los pacientes o independientemente en el domicilio), pero a su vez tienen una serie de limitaciones o inconvenientes (dificultad de personalización de las necesidades de cada paciente en particular, escasa validez ecológica, efectividad a corto plazo, ignoran los aspectos cualitativos de la ejecución, precio elevado, disminución de la interacción paciente-terapeuta) (Muñoz y Tirapu, 2001).

1.2. Intervenciones dirigidas al abordaje afectivo

a) *Terapia de validación*

La terapia de validación creada por Feil (1993) está basada en la creencia de que los sentimientos y los recuerdos de las personas con deterioro cognitivo deben ser respetados y validados incluso si son inconsistentes con la realidad. El objetivo de esta terapia es entender el significado que el comportamiento tiene para el enfermo, por lo que se centra en respetar el sentido de realidad que tiene el comportamiento problemático para la persona con deterioro cognitivo. En definitiva, se trata de buscar la emoción subyacente al comportamiento manifestado. Algunas de las técnicas que utiliza esta terapia son la escucha activa y parafraseo con objeto de facilitar la comunicación con el paciente. Existen escasas evidencias de la eficacia de esta terapia y las conclusiones a las que llegan afirman que esta terapia produce efectos positivos en los pacientes, pero que se centra excesivamente en la comunicación confusa de los pacientes descuidando otras posibles explicaciones tan simples como el dolor o el hambre (Hitch, 1994).

b) *Reminiscencia*

Se trata de un proceso ordenado de reflexión sobre los acontecimientos vitales de la persona con demencia. Algunos de los materiales comúnmente utilizados en esta terapia son las fotografías personales, música o sonidos familiares, comida y objetos que formen parte de su infancia o juventud (Remington, Abdallah, Melillo y Flanagan, 2006). Algunos autores afirman que esta terapia mejora la comunicación y la autoestima de los pacientes y que incluso ayuda a los profesionales a entender mejor la vida de las personas con deterioro cognitivo además de generar relaciones más cercanas con ellos (Gibson, 2004). Se han llevado a cabo unos pocos estudios que avalen la eficacia de

esta técnica y en la revisión llevada a cabo por Spector, Orrell, Davies y Woods (2002) identificaron solamente dos estudios controlados, de cuyos resultados no se pueden obtener conclusiones. O'Donovan (1993) sin embargo, señaló que a pesar de existir poca evidencia de mejora cognitiva en los pacientes, se puede asegurar que se obtienen resultados satisfactorios en el bienestar, interacción social, autocuidado, motivación y conducta de los pacientes (Gibson, 1994). Una de las ventajas de esta terapia es su gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades del individuo lo cual hace posible que personas con deterioro cognitivo grave puedan beneficiarse de este tipo de tratamientos (Douglas, James y Ballard, 2004).

1.3. Intervenciones que fomentan la Calidad de Vida

La calidad de vida está actualmente considerada como una medida clave en muchos aspectos relacionados con el cuidado de una persona afectada de demencia. Sin embargo, por tratarse de un concepto que engloba muchos aspectos es difícil encontrar intervenciones que se centren especialmente en la mejora de la misma.

Es cierto que diversas tipologías de intervenciones cognitivas tienen efectos beneficiosos no sólo en el aumento de la calidad de vida de la persona afectada de demencia sino también en la de su cuidador informal. En los diversos apartados de este documento se irán reflejando este tipo de resultados obtenidos por una diversidad de intervenciones.

Recientemente, en un estudio controlado en el que se llevaron a cabo grupos de estimulación cognitiva con pacientes afectados de demencia, se hallaron mejoras en la calidad de vida percibida además de mejoras en el funcionamiento cognitivo (Woods y cols., 2006). Los autores analizaron además si estas mejoras ocurrían de forma independiente o si los cambios en la calidad de vida estaban mediatizados por las mejoras cognitivas. Los resultados sugirieron que aunque en demencia la calidad de vida es independiente del estado cognitivo del paciente, las intervenciones que tienen como objetivo la mejora de dicha función tienen un efecto directo en la calidad de vida del paciente.

Existen evidencias de estudios que han combinado el uso de tratamientos farmacológicos (donepezilo) con estimulación cognitiva, en los cuales se encuentran, igual que en la investigación anterior, mejoras en el funcionamiento cognitivo del paciente y en su calidad de vida (Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies y Butterworth, 2003).

De las investigaciones anteriores se desprende que las intervenciones dirigidas al entrenamiento del estado cognitivo del paciente tienen como efecto la mejora de la calidad de vida del paciente, de sus familiares cuidadores y de su entorno social (Woods y cols., 2006).

1.4. Intervenciones centradas en la modificación de conducta que fomentan las Actividades de Vida Diaria (AVD)

Estos programas se rigen por principios de modificación de conducta por lo que el objetivo que se persigue en primer lugar es analizar el alcance del problema cuantificándolo en términos de frecuencia, intensidad, duración o localización de un comportamiento específico. En segundo lugar, es muy importante valorar los antecedentes y consecuentes, es decir, los acontecimientos que ocurren antes y después de la conducta problemática, lo cual sugiere posibles estrategias a utilizar en la futura intervención (Rabins, Bright-Long, Cohen, Katz, Rovner, Schneider y cols., 1997).

Para que la intervención sea exitosa Emerson (1998) sugiere tener en cuenta tres aspectos: tener en cuenta las preferencias personales, cambiar el entorno en el que se produce el comportamiento problemático y, por último, utilizar estrategias de reforzamiento para lograr que el comportamiento se reduzca. Además de éstas, otras técnicas han demostrado tener resultados efectivos en poblaciones con deterioro cognitivo como son el control de estímulos, la extinción y el reforzamiento diferencial (Cohen-Mansfield, 2000). A continuación se van a enumerar una serie de estudios recogidos en la literatura científica que han obtenido resultados prometedores mediante la aplicación de las técnicas mencionadas.

Una de las áreas en la que se han aplicado estas técnicas es el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Tappen (1994) señaló que los residentes de un centro gerontológico mejoraban su estado funcional después de haber participado en un programa de entrenamiento que integraba diversas técnicas de modificación de conducta. La intervención en grupo estaba guiada por profesionales que utilizaban refuerzo verbal modelado en la realización de las AVD y técnicas de reforzamiento positivo.

Una de las actividades que más tensión producen tanto en los enfermos como en los cuidadores indiferentemente de si son formales o informales es la hora del baño. Ofrecer un breve curso o sesión de formación a los cuidadores dirigido a formarles en técnicas de distracción y otras técnicas de modificación de conducta reducen considerablemente los episodios de agresión y agitación en el enfermo (Mickus, Wagenaar, Averill, Colenda, Gardiner, y Luo, 2002).

La incontinencia es otro de los síntomas que antes o después padecen las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer, Skelly y Flint (1995) lograron reducir la incontinencia de pacientes con demencia mediante la utilización de técnicas de modificación de conducta y Ouslander y Schnelle (1993) obtuvieron resultados similares con residentes de un centro gerontológico.

De los estudios expuestos puede concluirse que logran efectos positivos en la reducción de los problemas de comportamiento, pero debe destacarse que en muchos de ellos se utilizan muestras limitadas o incluso estudios de caso. La particularidad de las alteraciones presentes en los pacientes y el curso cambiante de la enfermedad hacen difícil un abordaje sistemático de estos síntomas mediante técnicas de modificación de conducta. Sin embargo, las evidencias señalan un futuro prometedor en la aplicación individualizada o en grupos limitados de estas técnicas.

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VALIDADOS EN NUESTRO ENTORNO SOCIOCULTURAL

2.1. Estudio Longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer (Yanguas, Buiza, Etxeberria, Galdona, González, Arriola y cols., 2006)

El estudio que se presenta a continuación pretende engrosar el corpus empírico que avala la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en el tratamiento de los pacientes con demencia y más concretamente de la demencia tipo Alzheimer. La intervención está sustentada en un modelo teórico creado al efecto por los autores. La intervención en sí misma tiene como objetivo el entrenamiento de las funciones cognitivas y de variables asociadas al bienestar de los pacientes, contemplando un abordaje de los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales. El estudio longitudinal Donostia (2001-2004) fue realizado gracias al inestimable apoyo y financiación de la Fundación La Caixa y el IMSERSO.

2.1.1. Metodología

Este estudio longitudinal (2001-2004) ha perseguido los siguientes objetivos generales:

- a) Estudiar la efectividad (mejora objetiva de las variables medidas pre-post tratamiento) de los tratamientos no farmacológicos aplicados en la rehabilitación cognitiva de las personas con enfermedad de Alzheimer.
- b) Investigar si la calidad de vida con respecto a la salud mejora en los tratamientos no farmacológicos, haya o no resultados positivos en cuanto a la mejora en su funcionamiento cognitivo.
- c) Estudiar la efectividad de las intervenciones con familias en reducción de carga y mejora de la calidad de vida relacionada con la salud principalmente, así como en las demás variables objeto de evaluación.

2.1.2. Programa de intervención

2.1.2.1. Base teórica y modelo de funcionamiento

A la hora de diseñar los diferentes programas de intervención, cuya eficacia se va a contrastar en el estudio, se han dado dos pasos principales: a) se ha realizado una revisión de la bibliografía existente sobre el tema y b) se ha construido un modelo teórico que sirva de base empírica a la intervención y que justifique su diseño. Para construir este modelo teórico se han tenido en cuenta diferentes variables: correlatos neuropsicológicos de cada una de las funciones cognitivas, correlatos anatomopatológicos en la enfermedad de Alzheimer, afectación clínica de cada función en cada estadio de la enfermedad y estadio de la enfermedad (ver tablas 1-10).

El modelo se basa en la idea de la existencia de un correlato anatomopatológico que afecta diferencialmente a diversas áreas cerebrales en las diferentes fases de la enfermedad y que evoluciona de una manera determinada (Braak y Braak, 1991). Si conocemos la base anatómica y funcional de las distintas funciones cognitivas, podemos entonces inferir cuál es la afectación de éstas en las diferentes fases de la enfermedad y cuál es su potencial de rehabilitación o de estimulación y, por lo tanto, diseñar intervenciones adecuadas para cada uno de los componentes de las distintas funciones cognitivas en cada uno de los estadios de la enfermedad.

Principalmente hemos analizado los diversos estadios neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer (EA), realizando un programa de intervención rehabilitador con base empírica. Así, hemos analizado principalmente la progresión de la enfermedad por estadios, suponiendo que este desarrollo no es más que el reflejo de la relación entre la EA y la destrucción cerebral, que se inicia en el sistema límbico, para extenderse de forma predecible a través del hipocampo hacia el neocórtex y los núcleos subcorticales.

Este modelo teórico, en el que se basa nuestra investigación, consta de una serie de cuadros explicativos de cada una de las funciones cognitivas. Algunos ejemplos de estos cuadros se ofrecen a continuación:

Tabla 1. Envejecimiento normal (GDS 1-2). Funciones ejecutivas

GDS 1-2: Funciones ejecutivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Secuenciación y aprendizaje de movimientos	Cortex premotor: - Movimientos complejos. - Aprendizaje de nuevos programas motores. - Movimientos secuenciados. - Regulación motora del habla (área de Broca)	Enlentecimiento	Pérdida neuronal cortical y subcortical. Pérdida de materia blanca.	- Planificar y ejecutar secuencias de movimientos aleatorios.
Coordinación de movimientos	Cortex motor primario: movimientos finos y gruesos, coordinación y expresión del movimiento.			- Ejercicios de motricidad fina: copiar secuencias, enhebrar, dibujos de "precisión", laberintos... - Motricidad gruesa: ejercicios de coordinación (mano derecha-izquierda, mano-pie). - Ritmos

(Continúa)

(Continuación)

GDS 1-2: Funciones ejecutivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Resolución de problemas	Ganglios basales: implicados en la codificación de información procedimental compleja: resolver una situación social, resolver problemas ejecutivos.	Pensamiento en términos más concretos. Disminuye la capacidad de abstracción (similaridades). Razonamiento: - Conservado con material familiar. - Disminuye en material complejo nuevo. - Disminuye si hay que inhibir. Disminuye la flexibilidad mental.	Disminución de volumen en áreas subcorticales: estructuras diencefálicas anteriores y componentes de los ganglios basales. Pérdida neuronal en lóbulo frontal dorsal anterior.	- Problemas de la vida cotidiana. - Problemas aritméticos. - Historietas.
Razonamiento, pensamiento abstracto	Cortex prefrontal dorsolateral.			- Secuencias tipo Raven. - Refranes. - Puzzles. - Abstracción de significados. - Categorización.
Control de la conducta	Cortex prefrontal orbital.	No hay afectación.	Pérdida neuronal cortical y subcortical.	
Motivación, inhibición	Cortex paralímbico: atención y motivación. Capacidad de emplear recursos acordes al contexto.		Pérdida de materia.	

Tabla 2. Envejecimiento normal (GDS 1-2). Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoespaciales

GDS 1-2: Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoespaciales				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoespaciales	Regiones visuales occipitales (primarias) y temporales (secundarias o asociativas). Córtex visual parietal (posterior).		Prácticamente no hay pérdida neuronal.	- Tareas de copia de dibujos. - Puzzles y cubos. - Rotación de figuras.

(Continúa)

(Continuación)

GDS 1-2: Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatómico-patológico	Ejemplos actividades de intervención
Visuoespaciales	2 vías que parten del córtex estriado: - Vía del QUÉ (identificación de objetos y personas): se dirige ventralmente al lóbulo temporal. - Vía del DÓNDE (identificación espacial y posicional): se dirige dorsolateralmente al lóbulo parietal.	Reconocimiento de objetos estable.	Pérdida neuronal cortical y subcortical que no afecta a la ejecución normal. Pérdida de materia blanca. Disminución de volumen en componentes de los ganglios basales.	- Figuras gestálticas (vieja-joven, cubos..). - Localización delante-detrás, izquierda-derecha, arriba-abajo.
Visuoperceptivas		Juicio visuoperceptivo: disminuye a partir de los 70. Disminuye la orientación espacial (rotación y orientación derecha izquierda).		- Discriminación de imágenes superpuestas. - Copia de figuras en espejo. - Rotación espacial de figuras.
Visuoconstructivas		Mayor lentitud. Disminuye la precisión. Estrategias conservadas.		- Puzzles. - Juegos tipo mecano. - Copia de dibujos complejos.

Tabla 3. Envejecimiento normal (GDS 1-2). Orientación y atención

GDS 1-2: Orientación y atención				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Cambios asociados al envejecimiento normal	Ejemplos actividades de intervención
Orientación	Afectada en trastornos que implican: - Afectación cortical difusa (EA). - Sistema límbico. - Sistema activador reticular.	No afectación.	Disminución del volumen cerebral y atrofia cortical que no afectan al funcionamiento general.	No es necesario trabajar específicamente la orientación en estas fases.

(Continúa)

(Continuación)

GDS 1-2: Orientación y atención

Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Cambios asociados al envejecimiento normal	Ejemplos actividades de intervención
Atención dividida	<p>3 componentes: perceptivo, motor y límbico. Circuito: córtex parietal posterior, córtex dorsolateral premotor y córtex cingulado.</p> <p>Estructuras del cerebro basal anterior (núcleos de Meynert).</p> <p>Lóbulo frontal: control voluntario de respuestas a estímulos autogenerados procedentes de otros sistemas.</p>	Más lentos y más errores.	<p>Pérdida neuronal en lóbulo dorsal anterior.</p> <p>Disminución de volumen en áreas subcorticales: estructuras diencefálicas anteriores y componentes de los ganglios basales.</p>	<p>Auditiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar un texto y, a la vez, dar una palmada al oír una palabra determinada y atender al significado. - Dar una palmada cada vez que se oye uno de varios sonidos determinados. <p>Visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igual que el auditivo, pero enseñando estímulos visuales (fotos, letras, figuras...). - Figuras superpuestas.
Selectiva		Déficit		<p>Auditiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una acción (ej: aplaudir) al oír un estímulo (ej: letra). <p>Visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar un elemento determinado. - Encontrar diferencias entre 2 imágenes.
Cambio de atención		<p>- Cambios audio-visuales.</p> <p>- Cambio de estímulo (letra) en tareas de atención selectiva.</p>		
Sostenida		<p>Auditiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seriaciones ascendentes y descendentes. - Juicios sobre palabras. - Encadenar ideas o historias. <p>Visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar una palmada en 7, múltiplos de 7 y números que lo contengan. - Marcar palabras en un texto. 		

Tabla 4. Enfermedad de Alzheimer leve-moderada (GDS 3-4). Funciones ejecutivas

GDS 3-4: Funciones ejecutivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Secuenciación y aprendizaje de movimientos	<p>Córtex premotor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos complejos. - Aprendizaje de nuevos programas motores. - Movimientos secuenciados. <p>Regulación motora de habla (Broca).</p>	<p>Enteltecimiento motor.</p>	<p>Preservación de áreas corticales primarias, ONF (ovillos neurofibrilares) en áreas de asociación del neocórtex</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de secuencias motoras (manejar objetos cotidianos: meter, sacar, abrir, cerrar...) más o menos complejas. - Ejercicios de pronunciación de palabras de mayor o menor complejidad. - Gestos. - Praxias faciales y orales.
Coordinación de movimientos	<p>Córtex motor primario: movimientos finos y gruesos, coordinación y expresión del movimiento.</p>	<p>Enteltecimiento.</p>		<p>Ejercicios de motricidad fina: encajar, enhebrar, escribir, unir puntos, laberintos sencillos...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de motricidad gruesa y coordinación: tirar, coger, subir, bajar. - Ritmos.
Resolución de problemas	<p>Ganglios basales: implicados en la codificación de información procedimental compleja: resolver una situación social, resolver problemas ejecutivos.</p>	<p>Déficits en tareas ocupacionales o sociales complejas y rendimiento laboral disminuido.</p> <p>Déficits en el control de aspectos económicos, personales y/o de planificación de la vida cotidiana.</p>	<p>Afectación del cerebro basal anterior (núcleos de Meynert y otros núcleos colinérgicos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de dinero: compra, venta, precios, medidas (kilos, metros...). - Planificación del día: qué hace a cada hora. - Secuenciar historias sencillas (viñetas). - Vestimenta adecuada a cada momento. - Habilidades sociales: saludo, normas sociales.
Razonamiento, pensamiento abstracto	<p>Córtex prefrontal dorsolateral.</p>	<p>Dificultades en el razonamiento abstracto (ej: significado de refranes).</p> <p>Aumento de la inflexibilidad cognitiva.</p>	<p>ONF en áreas de asociación del neocórtex</p>	
Control de la conducta	<p>Córtex prefrontal orbital.</p>	<p>Vagabundeo</p>		
Motivación, inhibición	<p>Córtex paralímbico: atención y motivación. Capacidad de emplear recursos acordes al contexto.</p>			<p>Facilitación de la expresión de los sentimientos.</p>

Tabla 5. Enfermedad de Alzheimer leve-moderada (GDS 3-4). Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas

GDS 3-4: Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuro-psicológico	Afectación clínica	Correlato anatomo-patológico	Ejemplos actividades de intervención
Visuoespaciales	Regiones visuales occipitales (primarias) y temporales (secundarias o asociativas). Córtex visual parietal (posterior). 2 vías que parten del córtex estriado occipital: - Vía del QUÉ (identificación de objetos y personas): se dirige ventralmente al lóbulo temporal. - Vía del DÓNDE (identificación espacial y posicional): se dirige dorsolateralmente al lóbulo parietal.	Deterioro de habilidades visuoespaciales. Reconocimiento de formas complejas con dificultad.	Placas neuríticas en campos sensitivos primarios.	- Esquema corporal en papel. - Ejercicios de orientación.
Visuoperceptivas				- Ejercicios con puzzles, tangram.... - Encajar figuras. - Seriaciones (de menor a mayor...).
Visuoconstructivas	Apraxia constructiva (GDS=4). Posible inicio de apraxias ideomotoras e ideativas.	- Copia de dibujos. - Completar la parte que falta. - Gestos a la orden e imitación.		

Tabla 6. Enfermedad de Alzheimer leve-moderada (GDS 3-4). Lenguaje

GDS 3-4: Lenguaje				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Producción	Sistema perisilviano anterior: - Área de Broca. - Corteza frontal izquierda. - Corteza parietal interconectada. - Corteza sensoriomotora. Subcortical: - Ganglios basales izquierdos (cabeza del caudado y putamen).	Disminución de la fluencia. Déficit de producción. Perífrasis y circunloquios. Algunas parafasias semánticas. Aumento de las pausas. Empobrecimiento del contenido. Gramática y sintaxis sin alteración.	ONF en áreas de asociación del neocórtex.	- Conversación dirigida. - Centrarse en temas sobre la vida diaria.

(Continúa)

(Continuación)

GDS 3-4: Lenguaje				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Comprensión	Sector perisilviano posterior. Córtex auditivo.	Aumenta el déficit de comprensión (temas complejos y relatos).	Placas neuríticas en campos sensitivos primarios, aunque se mantienen preservados.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de comprensión oral y escrita sencillos (realizar acciones, responder a preguntas...). - Evitar tareas de relaciones lógicas complejas. - Relaciones menos-más, adelante-atrás-al lado, encima-debajo...
Repetición	Fascículo arqueado.	Repeticiones en el lenguaje espontáneo (sílabas, palabras o temas recurrentes).	ONF en áreas de asociación del neocórtex.	Emplearla como ayuda para reforzar el vocabulario.
Denominación		Apraxia constructiva (GDS=4). Posible inicio de apraxias ideomotoras e ideativas.		<ul style="list-style-type: none"> - Nombrar partes del cuerpo. - Trabajar el vocabulario básico derecha-izquierda, arriba-abajo, delante-detrás. - Contar hasta 100.
Lectura y escritura		Alteraciones en lectura y/o escritura.		<ul style="list-style-type: none"> - Lectura mecánica y comprensión. - Copia y escritura libre.

Tabla 7. Enfermedad de Alzheimer leve-moderada (GDS 3-4). Memoria

GDS 3-4: Memoria. Estadios límbicos				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Memoria procedimental	Hipocampo. Independientes de los circuitos límbicos: la estructura alternativa estaría en los ganglios basales (automatización de actos motores).	Se mantienen.	Ausencia de ONF en las zonas asociadas a estas funciones.	Utilizar el aprendizaje no-declarativo como reforzador del aprendizaje declarativo (secuencias de acciones, rutinas, localización de objetos, situación del aula...). Se puede usar el condicionamiento clásico de ciertos estímulos (inicio-fin de la sesión).
Priming	Estriados: importante en el registro de la información-declarativa almacenada en el lóbulo frontal (memoria procedimental).			
Condicionamiento clásico	Áreas corticales posteriores: <i>priming</i> visual. Cerebelo: condicionamiento clásico.			

Tabla 8. Enfermedad de Alzheimer moderada-grave (GDS 5-6). Funciones ejecutivas

GDS 5-6: Funciones ejecutivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuro-psicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Secuenciación y aprendizaje de movimientos	Córtex premotor: - Movimientos complejos. - Aprendizaje de nuevos programas motores. - Movimientos secuenciados. - Regulación motora de habla (Broca).	Descoordinación. Perseverancias gestuales. Síntomas parkinsonianos (sin temblor).	Únicamente el área motora primaria continúa con baja densidad de ONF.	- Movimientos simples y secuencias paso a paso. - Repetición de sonidos y palabras.
Coordinación de movimientos	Córtex motor primario: movimientos finos y gruesos, coordinación y expresión del movimiento.			- Gestos, praxias, imitación de movimientos. - Gestos buco-faciales. - Ritmos sencillos.
Resolución de problemas	Ganglios basales: implicados en la codificación de información procedimental compleja: resolver una situación social, resolver problemas ejecutivos.	Necesita asistencia en AVD.	Severa afectación de todo el neocórtex. Áreas primarias afectadas. Áreas de asociación cortical devastadas.	
Razonamiento, pensamiento abstracto	Córtex prefrontal dorsolateral.	Ideas delirantes o alucinantes.		
Control de la conducta	Córtex prefrontal orbital.	Conducta "frontal". Incapacidad para coordinar su conducta con el medio (ej: elegir la ropa adecuada a la estación). Puede presentar incontinencia (GDS 6).		
Motivación, inhibición	Córtex paralímbico: atención y motivación. Capacidad de emplear recursos acordes al contexto.	Cambios de personalidad y de afectividad.		

Tabla 9. Enfermedad de Alzheimer moderada-grave (GDS 5-6). Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas

GDS 3-4: Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Visuoespaciales	Regiones visuales occipitales (primarias) y temporales (secundarias o asociativas).			- Encajar. - Coger y dejar diferentes objetos en un lugar determinado.
Visuoperceptivas	Córtex visual parietal (posterior). 2 vías que parten del córtex estriado occipital:		Severa afectación de todo el neocórtex. Áreas primarias afectadas. Áreas de asociación cortical devastadas.	- Rompecabezas muy sencillos.
Visuoconstructivas	- Vía del QUÉ (identificación de objetos y personas): se dirige ventralmente al lóbulo temporal. - Vía del DÓNDE (identificación espacial y posicional): se dirige dorsolateralmente al lóbulo parietal.			- Copia de figuras muy sencillas. - Rompecabezas. - Unir puntos sencillos. - Repasar figuras.

Tabla 10. Enfermedad de Alzheimer moderada-grave (GDS 5-6). Lenguaje

GDS 5-6: Lenguaje				
Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Producción	Sistema perisilviano anterior: - Área de Broca. - Corteza frontal izquierda. - Corteza parietal interconectada. - Corteza sensoriomotora. Subcortical: - Ganglios basales izquierdos (cabeza del caudado y putamen).	Relativa preservación de los procesos más automáticos. Ecolalia, palilalia. Jerga semántica. Estereotipos verbales. A veces mutismo (GDS 6). Parafasias fonémicas.		- Conversación dirigida. - Centrarse en temas sobre la vida diaria.
Comprensión	Sector perisilviano posterior. Córtex auditivo.	Trastorno de la comprensión verbal.		- Reconocer palabras. - Ejecución de órdenes simples.

(Continúa)

(Continuación)

Funciones cognitivas	Correlato neuropsicológico	Afectación clínica	Correlato anatomopatológico	Ejemplos actividades de intervención
Repetición	Fascículo arqueado.	Repeticiones en el lenguaje espontáneo (sílabas, palabras o temas recurrentes).	Severa implicación de todo el neocórtex. Áreas primarias afectadas. Áreas de asociación cortical devastadas.	Emplearla como ayuda para reforzar el vocabulario.
Denominación	Córtex temporal anterior izquierdo (conexión a sustantivos, pero no a verbos, adjetivos...).	Deteriorada excepto en ítems muy familiares.		- Denominar ropa y partes del cuerpo.
Lectura y escritura		Preservar la lectura en voz alta.		- Lectura en voz alta de frases sencillas. - Escritura mecánica: números, palabras. - Copia.

El modelo de intervención por estadios de la enfermedad tiene un carácter preventivo para envejecimiento normal y un carácter preventivo y/o rehabilitador y/o paliativo según estadios de evolución de la EA.

Teniendo en cuenta que la afectación anatomopatológica en cada fase de la enfermedad hace que las funciones cognitivas estén afectadas de manera diferente, se ha diseñado qué tipo de actividades es posible y conveniente realizar con cada sujeto para trabajar y estimular las funciones cognitivas que estén conservadas y qué actividades no son apropiadas debido a su estado de afectación neuropsicológica.

Así se diferenciaron tres grupos para la intervención en función de su afectación, para lo que se ha utilizado la escala GDS de Reisberg (Reisberg, Ferris, De Leon y Crook, 1982). Estos subgrupos y los correspondientes programas de intervención se detallan en los siguientes apartados de este trabajo.

2.1.2.2. Programa de intervención con envejecimiento normal (GDS 1-2)

Para los sujetos en GDS 1-2, que no presentan ninguna afectación clínica a excepción de quejas subjetivas sobre su funcionamiento cognitivo, se realiza un trabajo general a nivel de todas las funciones cognitivas, incidiendo en aquellas que implican un funcionamiento general cognitivo y que son fundamentales para el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida de los sujetos. En este grupo se presta especial atención a la memoria, por ser una de las mayores preocupaciones de este colectivo y principal queja subjetiva. Se trabajan además otros aspectos relacionados con el bienestar global de la persona como el autocuidado de la salud, habilidades sociales, resolución de problemas cotidianos y toma de decisiones, relajación, autoestima... Se trata de que la intervención vaya más allá de los "Cursos de memoria" para convertirse en una intervención con un carácter integrador y global, dirigida principalmente a la mejora de la calidad de vida de las personas.

El grupo de GDS 1-2 realizó la intervención en grupos de 10 a 15 participantes en sesiones de hora y media de duración con una frecuencia de dos veces por semana, en horario de mañana o de tarde, según los grupos. Al final de un año de intervención los sujetos habían realizado aproximadamente 90 sesiones.

2.1.2.3. Programa de intervención con enfermedad de Alzheimer leve-moderada (GDS 3-4)

Los sujetos en GDS 3-4 participaron en una intervención diseñada para la estimulación de las capacidades que están empezando a declinar y el reforzamiento de las que aún se conservan. En este grupo se hace especial hincapié en el mantenimiento de su autonomía para las actividades de la vida diaria básicas y en el mantenimiento de su capa-

cidad de toma de decisiones cotidianas para fomentar el mantenimiento de su calidad de vida. Al igual que en el grupo de envejecimiento normal, lo que se planteó con esta intervención es que las funciones cognitivas no están separadas ni son independientes del resto de funciones ni de actividades que realiza el sujeto y que el estado afectivo, la historia previa, el estado de salud, la autonomía funcional..., son variables que funcionan dependiendo las unas de las otras. Por lo tanto, no se puede diseñar una intervención focalizada sólo en una de estas variables, sino que esta intervención debe tener como objetivo el mantenimiento de la autonomía y la autoestima y la mejora de la calidad de vida del sujeto y, como consecuencia, de la familia y el entorno que le rodea.

En el programa de intervención diseñado para enfermedad de Alzheimer leve-moderada los grupos constan de aproximadamente ocho participantes y la duración de cada sesión se reduce a una hora, debido a la disminución en la capacidad atencional de las personas afectadas. Sin embargo, las sesiones aumentan en frecuencia a razón de tres por semana. Al final de un año de intervención los participantes habían realizado aproximadamente 140 sesiones.

2.1.2.4. Programa de intervención con enfermedad de Alzheimer moderada-grave (GDS 5-6)

La intervención diseñada para los sujetos del grupo de GDS 5-6 está basada en actividades básicamente procedimentales, debido al gran deterioro neuronal que sufren en estos estadios, siendo estas capacidades las que tienen una base anatómica que está más conservada hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Se intenta también que la carga del lenguaje y la memoria declarativa sean mínimas tanto en la valoración como en la intervención, y ésta pretende capacitar a los sujetos para realizar las acciones básicas (movimientos, secuencias, decisiones simples, respuesta a estímulos) que les van a permitir realizar actividades básicas de la vida diaria, bien sean completas o partes de éstas. No olvidamos tampoco en estos estadios que el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su entorno familiar es nuestro principal objetivo.

Para este estadio, GDS 5-6 los grupos son muy reducidos (tres-cuatro personas) y en sesiones de 30 minutos de duración, debido a las características de los sujetos. La frecuencia de sesiones aumenta, situándose en cuatro o cinco semanales.

2.2. Programas basados en las actividades del Método Montessori

El Método de Intervención Cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo grave basado en las Actividades del Método Montessori, es un programa que se realiza con buenos resultados en el Myers Research Institute de Cleveland (Ohio, EEUU), fue adaptado por Cameron Camp (Camp, 1999) y está basado en las actividades creadas por Maria Montessori para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales.

Esta teoría se adaptó y se utilizó para crear el Método Montessori para Personas con Demencia por La Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA, con financiación de la Fundación CajaMadrid. Esta fundación realizó una adaptación de este Método de intervención a la cultura local y llevó a cabo un proceso de validación. Los resultados obtenidos indican que los tratamientos no farmacológicos resultan eficaces incluso en fases avanzadas de la demencia. Concretamente, los resultados de esta investigación avalan la eficacia del programa en reducción de alteraciones conductuales, fomento de la autonomía del paciente y mejora de algunas de las funciones cognitivas (lenguaje, memoria y aritmética) al cabo de 6 meses de intervención (Buiza, Etxeberria, Yanguas, Palacios, Yanguas y Zulaica, 2004).

Otra de las investigaciones que ha demostrado la efectividad de este método es la llevada a cabo por Orsulic-Jeras, Judge y Camp (2000). Estos autores señalaron la eficacia de la intervención basada en el método Montessori en un aumento del compromiso en la realización de las actividades, menor presencia de conducta pasiva y una mayor gratificación obtenida gracias a la participación en el programa. Al igual que en el estudio llevado a cabo por Buiza y cols., (2004) otros autores han encontrado reducción de los comportamientos problemáticos después de la participación en un programa basado en las actividades del método Montessori (Camp, Cohen-Mansfield, y Capezuti, 2002).

La satisfactoria experiencia de implementación y validación del programa Montessori para la estimulación de pacientes con deterioro cognitivo grave en La Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), impulsó al mismo equipo (Etxeberria, Yanguas, Buiza, Zulaica, Galdona y González, 2006) a afrontar un nuevo reto en este ámbito. Se desarrolló un programa conjunto familiar-paciente que tenía como objetivo establecer una mayor implicación de los familiares en el proceso de estimulación del paciente y mejorar la calidad de vida de los sujetos con deterioro cognitivo grave.

El objetivo general de este programa era potenciar de manera adaptada y muy estructurada para cada estadio de la enfermedad las capacidades cognitivas residuales de los pacientes con demencia en fases avanzadas, por medio de actividades de estimulación controladas, con el fin de disminuir sus alteraciones conductuales, maximizar su capacidad de interacción con el medio, su funcionamiento en las actividades de la vida diaria y mejorar por tanto su calidad de vida y la de las personas de su entorno. Asimismo, este proyecto pretendía proporcionar a los familiares herramientas que les permitan realizar una estimulación efectiva en los pacientes. Esta implicación de los familiares resulta especialmente efectiva para la disminución de alteraciones conductuales, muy frecuentes en este tipo de pacientes. Al mismo tiempo, otro objetivo de esta intervención fue mejorar la relación familiar-paciente, que en la mayoría de las ocasiones resulta difícil debido al avanzado estado de la enfermedad.

Las sesiones paciente-cuidador basadas en el método Montessori y dirigidas por un profesional cualificado, se desarrollaron a razón de dos veces por semana con una hora de duración y un período de tiempo de 6 meses.

En los resultados obtenidos en las variables cognitivas se observaron diferencias estadísticamente significativas en conceptualización, lenguaje y capacidad visuoespacial en el grupo experimental respecto al grupo control. Asimismo, en las variables conductuales se observaron diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones conductuales, señalando un descenso en la frecuencia y severidad de las conductas problemáticas tras la intervención.

De los resultados obtenidos en este estudio se concluye que la intervención conjunta familiar-paciente mejora la calidad de vida de ambos, ofreciendo una mayor interacción entre ellos además de una mayor y una mejor comunicación. Asimismo en el caso de los pacientes, se redujeron de forma considerable las alteraciones de conducta. En el caso de los cuidadores, tras la intervención se observó que la mayoría de ellos se siente satisfecho con su participación en el programa y opinan que éste les han proporcionado ideas o herramientas para llevar a cabo estas actividades en la vida diaria.

Schneider y Camp (2003) condujeron una investigación en la cual implicaban a los familiares cuidadores que visitaban a sus seres queridos afectados de demencia e ingresados en centros especializados. El objetivo del estudio pretendía analizar el efecto de la utilización de las actividades basadas en el método Montessori. Los resultados mostraron un mayor compromiso por parte de los pacientes con los familiares que les visitaban y una disminución de la conducta pasiva. La impresión de los cuidadores estaba marcada por una grata sensación de que los pacientes habían experimentado cambios positivos.

2.2.1. Base teórica y modelo de funcionamiento

La filosofía del método Montessori se basa en que el problema no está en el que aprende sino en el que enseña, que no se adapta adecuadamente a las necesidades y características individuales del aprendiz.

Basado en esta filosofía, el programa dirigido a personas con deterioro cognitivo grave tiene como objetivos: proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD), proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales.

Algunos de los principios más importantes de este método son los siguientes:

- Utiliza materiales de la vida real.
- Progresa de lo simple a lo complejo.
- Progresa de lo concreto a lo abstracto.
- Permite el aprendizaje para progresar en una secuencia. Idealmente esto ocurre con la observación, seguida del reconocimiento y después con el recuerdo o con la demostración.

2.2.2. Programa de intervención

En la intervención, que puede ser en formato grupal o individual, se trabajan actividades muy procedimentales mediante las que se proporciona a los participantes estimulación cognitiva adaptada a su nivel cognitivo y funcional realizada de una manera que no les resulta artificial, puesto que son tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria para lo cual se utilizan siempre materiales de uso cotidiano. Algunas de las actividades que se realizan son: verter, prensar, recoger con la mano, recoger usando instrumentos, clasificación por formas, objetos y categorías, discriminación sensorial, motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal, seriación...

- **DISCRIMINACIÓN SENSORIAL:** Las actividades de discriminación sensorial tienen como objetivo la estimulación sensorial de los pacientes mediante la ejercitación de ejercicios de discriminación.
- **ACTIVIDADES DE COGER:** Estos ejercicios promueven la utilización y el desarrollo de motricidad fina y gruesa, la actividad motora, la movilidad y la coordinación visomotora.
- **ACTIVIDADES DE VERTER:** Estas actividades fomentan la independencia en las actividades de la vida diaria. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las personas mayores que tienen demencia pueden presentar dificultades en esta tarea y derramar el líquido.
- **ACTIVIDADES DE PRENSAR:** Estas actividades facilitan la prensión de los objetos y la utilización de los instrumentos de forma que los participantes puedan interactuar más con el entorno que les rodea. Además estas actividades ayudan a fortalecer los músculos de los dedos y de las manos, la movilidad y la motricidad fina.
- **ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD FINA:** Estos ejercicios están diseñados para permitir a los participantes demostrar su capacidad en motricidad fina y, de esta manera, poder desarrollar ejercicios más precisos para un futuro.
- **CUIDADO DEL ENTORNO:** Estas actividades están diseñadas para que los participantes puedan actuar sobre su entorno, cuidando y haciéndose responsables de las cosas que tienen a su alrededor.
- **CUIDADO PERSONAL:** Estas actividades representan una introducción al autocuidado, uno de los apartados de las actividades de la vida diaria.
- **ACTIVIDADES DE CLASIFICACIÓN:** Estas actividades son una forma importante de despliegue de conocimiento, porque las actividades van de lo más abstracto a lo más concreto. El emparejamiento se demuestra combinando dos ítems similares o incluyéndolos en una categoría particular.
- **ACTIVIDADES DE SERIACIÓN:** La capacidad de poner diferentes objetos en series es un principio de organización básica para poner orden en el entorno de cada uno. Estas actividades permiten a los participantes demostrar la capacidad de seriar objetos y establecer orden y simetría en su mundo.

2.2.3. Propuestas de sesiones de intervención

Las sesiones que se presentan a continuación no son sino una breve muestra del recientemente publicado manual *Programa de intervención basado en las actividades del método Montessori para personas con demencia* (Buiza, Etxeberria, Yanguas y Camp, 2006) cuyos objetivos y filosofía se ha descrito en líneas anteriores. Se pueden llevar a cabo tanto en formato individual, grupal o junto con un familiar cuidador.

Con el fin de entender el significado de las extensiones se describe brevemente su significado. La programación horizontal que figura al final de cada sesión hace referencia a otras actividades que se pueden utilizar con un nivel

de dificultad similar, utilizando el mismo procedimiento o una habilidad similar. La programación vertical señala la posibilidad de realizar tareas más fáciles o con más dificultad. Esta programación está definida de dos maneras:

- Extensión hacia abajo: una tarea relacionada más fácil que la original.
- Extensión hacia arriba: una tarea relacionada que incrementa la dificultad de la tarea original y/o la hace más relevante para la vida del participante.

Por último, en cada una de las sesiones se puede encontrar un apartado de problemas y soluciones que pretende ser de ayuda para el terapeuta. Plantean problemas comunes que pueden ocurrir durante el desarrollo de la sesión así como posibles soluciones a los mismos.

A continuación se detallan tres sesiones de intervención:

ACTIVIDADES DE COGER USANDO INSTRUMENTOS: COGER PELOTAS

OBJETIVOS:

- Promover el desarrollo de psicomotricidad fina y gruesa.
- Promover la coordinación visuo-motora.
- Promover la permanencia de la atención en una tarea.
- Reforzar las habilidades necesarias para la vida diaria, como ser capaces de comer solos.

MATERIALES:

- Una bandeja.
- Cesta con 12 pelotas de 3 colores.
- Cucharas como las de servir helados, donde quepan las pelotas.
- Moldes tipo flan donde quepan las pelotas, con el fondo del color de éstas.

PREPARACIÓN:

- Coloca todo en la bandeja en frente del participante.
- Asegúrate de que pueden ver el color del fondo de los moldes desde donde estén sentados.
- Ver si son capaces de denominar los diferentes colores.

INSTRUCCIONES:

- Demostrar cómo se cogen las pelotas con las cucharas y se colocan en un molde del mismo color. Comenzar con una y repetirlo con todas las del mismo color para que lo entiendan.
- Invitar a que lo intenten hacer igual con otro color. Si no pueden, demostrárselo otra vez.
- Invitarles a que lo hagan con todos los colores.
- Invitar a que devuelvan las pelotas a la cesta, por colores. Decirles que intenten hacerlo con la mano no-dominante si pueden (antes tienen que hacerlo bien con la mano dominante).
- Preguntarles si quieren hacerlo otra vez.
- Pedirles que coloquen todo en la bandeja cuando hayan terminado.

EXTENSIONES: Repetir la actividad con una cuchara más pequeña. La rutina es muy importante para esta actividad. Cuando demuestres cómo se hace, hazlo muy despacio.

PROGRAMACIÓN HORIZONTAL: Haz la misma tarea con otros objetos que se puedan coger con la cuchara pero que resulten más difíciles. Pueden usarse frutas o vegetales redondeados (patatas pequeñas, cerezas, albaricoques...). También puede usarse pasta de diferentes formas o colores.

PROGRAMACIÓN VERTICAL:

1. *Hacia abajo:* Usa 12 pelotas todas del mismo color para eliminar el componente de toma de decisiones y emparejamiento de la tarea. Para los que tengan problemas de visión, puede ser necesario que los moldes sean completamente del color y no sólo el fondo. Si no tienen fuerza suficiente, usa objetos menos pesados que las pelotas. Si realmente no son capaces de cogerlos con la cuchara, pueden coger la pelota con la mano y colocarla en la cuchara.
2. *Hacia arriba:* Pasar pequeños objetos de un plato a otro con una cuchara sopera normal.

El objetivo final de la tarea es hacer que los participantes usen la cuchara, pero si son realmente incapaces, pueden hacerlo con la mano. Siempre es mejor completar una tarea con éxito, aunque incorrectamente, que forzar a alguien a que pruebe algo que no es capaz de hacer.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES:

P: Algunos participantes son capaces de completar solamente una de las tareas, un color o una línea por ejemplo.

S: Poner todas las pelotas excepto una fila, para que el participante complete solamente la que falta.

P: Las pelotas se caen mientras el participante está haciendo la tarea.

S: Asegurarse de que la demostración de la actividad es lo suficientemente lenta, para que los participantes imiten este movimiento y realicen a la misma velocidad el ejercicio.

P: Los participantes tienen problemas para coger las pelotas y utilizan sus manos para la transferencia.

S: Lo deseable en esta actividad es que la realicen tal y como se les ha mostrado, si no son capaces de hacerlo de este modo, se les puede animar a que completen la actividad utilizando una mano para coger la pelota pero para moverla de sitio deberían utilizar las cucharas.

IMPORTANTE: El objetivo de esta actividad es que utilicen el instrumento pero si esto no es posible se les puede instruir para que utilicen las manos. Es mejor que terminen la tarea de forma satisfactoria que forzar a alguien a que la complete.

VERTER: VERTER LÍQUIDOS

OBJETIVOS:

- Desarrollar coordinación visuomotriz.
- Desarrollar habilidades motoras finas y gruesas.
- Desarrollar habilidades útiles para el cuidado del ambiente como regar plantas.

MATERIALES:

- Una bandeja.
- Una jarra de plástico transparente llena hasta 2/3 de arroz.
- Vaso.

PREPARACIÓN:

- Colocar la jarra llena en el lado dominante del participante.
- Colocar el vaso en el otro lado.

INSTRUCCIONES:

- Coger el vaso con una mano y coger la jarra llena con la otra (dominante).
- Llenar el vaso con el arroz.
- Volver el arroz a la jarra original por el mismo procedimiento.
- Invitar al participante a hacer lo mismo que tú has hecho y limpiar lo que se haya caído.

EXTENSIONES: Llenar vasos con agua de la jarra.

PROGRAMACIÓN HORIZONTAL: Verter té, limonada u otras bebidas.

PROGRAMACIÓN VERTICAL:

1. *Hacia abajo:* Usar un embudo para ayudar a la tarea. Verter arroz o maíz en vez de líquido. Utilizar jarras más pequeñas o pequeños vasos.
2. *Hacia arriba:* Colocar diferentes niveles en los vasos para que los participantes llenen hasta el nivel señalado. Llenar vasos con zumo para ellos y para los demás.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES:

P: Los participantes derraman el agua o arroz cuando intentan verterlo.

S: Llenar la jarra solamente con el agua o arroz necesario.

S: Utilizar las extensiones hacia abajo para facilitar la tarea.

OBJETIVOS:

- Desarrollar tanto la psicomotricidad fina como la gruesa.
- Desarrollar la coordinación visuomotriz.
- Aumentar las habilidades necesarias para colocar y reconocer los objetos de alimentación básicos.

MATERIALES:

- Mantel individual (plástico o cartulina).
- Papel de colores y pegamento.
- Juego de cubiertos y platos de plástico (1 plato hondo, 1 plato llano, 1 vaso, 1 tenedor, cuchillo, 1 cuchara) y 1 servilleta de papel.
- Papel adhesivo transparente (iron-fix).

PREPARACIÓN:

- Cortar las formas de cada pieza en papel de colores y pegarlas en la cartulina en el sitio en el que deben colocarse los objetos.
- Forrar con el papel adhesivo transparente.
- Colocar los cubiertos, platos y servilleta en un contenedor o bolsa.

INSTRUCCIONES:

- Colocar el material enfrente del participante.
- Mostrar al participante la cartulina en la que están las formas de los objetos.
- Coger un plato e indicarle la similitud entre éste y el que hay en la cartulina.
- Colocarlo en el sitio adecuado, encima de su forma de papel.
- Invitar al participante a hacer lo mismo con el resto de los objetos, dándole uno cada vez y nombrándolos hasta que estén todos colocados.
- Invitarles a que devuelvan los objetos al contenedor o bolsa, una vez hayan terminado la tarea.

PROGRAMACIÓN HORIZONTAL: Dejar que los participantes nombren y clasifiquen espontáneamente los utensilios que están utilizando, aunque no los coloquen en el lugar adecuado.

PROGRAMACIÓN VERTICAL:

1. *Hacia abajo:* Empezar colocando todos los utensilios excepto uno o dos y entonces hacer que el sujeto coloque esos que faltan. Si no pueden sostener o coger los utensilios, que te indiquen verbalmente cuáles tienen que coger o que señalen el sitio donde van.
2. *Hacia arriba:* Realiza la misma actividad en otra cartulina que no tenga marcadas las formas y dónde tienen que ir.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES:

P: los participantes no ponen el objeto en el lugar correspondiente.

S: Invitar a los participantes a que miren detenidamente la forma del objeto que tienen entre manos y pedirle que lo pongan encima de la cartulina. Si lo vuelven a colocar mal nunca se debe decirles que lo están haciendo mal siempre tratar de que ellos se auto corrijan.

3. PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Se ha expuesto en apartados anteriores de este documento una extensa variedad de métodos y metodologías de trabajo cuyo último fin es el abordaje, entrenamiento y fomento de diferentes dimensiones relacionadas con la persona afectada de demencia. En definitiva, lo que se persigue con todos ellos es la mejora de la calidad de vida del paciente, el cuidador informal y su entorno.

No obstante, ya se ha hecho mención anteriormente, a pesar de que lo habitual es ofrecer a la persona afectada de demencia una combinación de los diferentes programas mencionados, no es fácil hallar evidencia de modelos integrales de intervención en enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer afecta a diversas dimensiones de la persona como son la cognitiva, emocional, social, funcional y en definitiva en la calidad de vida del paciente y el cuidador. Es por ello relevante un abordaje integral de todas esas esferas con el fin de maximizar y optimizar las capacidades de los pacientes.

El modelo de intervención integral que se propone a continuación pretende intervenir en todos los ámbitos referidos anteriormente: funcionamiento cognitivo, estado afectivo, Actividades de Vida Diaria (AVD), apoyo social, conducta y mejora de la calidad de vida.

El modelo teórico que subyace a este programa de intervención se basa en el desarrollado en el estudio longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer (Yanguas y cols., 2006). Este modelo, recordamos, se basa en la idea de la existencia de un correlato anatomopatológico que afecta diferencialmente a diferentes áreas cerebrales en las diversas fases de la enfermedad y por tanto, evoluciona de una manera determinada (Braak y Braak, 1991). Tomando en cuenta esta afectación y la clínica que presenta se ha desarrollado un modelo de intervención integral en enfermedad de Alzheimer que contempla todas las áreas recomendadas de intervención.

a) *Funcionamiento cognitivo*

El programa de intervención cognitivo se ha expuesto ampliamente en otra sección por lo que no se va a redundar más en él. Las sesiones van dirigidas a la estimulación cognitiva de todas las funciones cerebrales (siempre que la afectación anatomopatológica lo permita). Así, a lo largo de las sesiones se estimulan las siguientes funciones cognitivas: atención, orientación, memoria, cálculo, habilidades visoespaciales y visuoespaciales, funciones ejecutivas y lenguaje. La duración y frecuencia de las sesiones varía en cada uno de los estadios de la enfermedad asociado al declive y capacidad de atención de los pacientes tal y como ya ha quedado reflejado anteriormente.

b) *Estado afectivo*

Tener en cuenta el estado afectivo del paciente es de suma importancia, por el propio bienestar del paciente y el de su entorno, así como por la influencia que puede tener en otras dimensiones como por ejemplo la cognitiva y la social.

La propuesta de intervención integral que se recoge en estas líneas tiene como objetivo el abordaje del estado afectivo del paciente mediatizado por una serie de sesiones que abordan la situación emocional del paciente. Asimismo, al tratarse de un modelo integral de intervención, se contempla, como ya se ha presentado en otros capítulos, la intervención no sólo con el paciente, sino con el entorno familiar del mismo con objeto de mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia.

Los estados depresivos y ansiosos son frecuentes en estadios iniciales de la enfermedad, por ello para el estadio leve-moderado de enfermedad de Alzheimer se diseñaron además, sesiones dirigidas a la práctica de ejercicios de relajación. En estadios más avanzados de la enfermedad (EA moderada-grave), la atención al abordaje afectivo es diferente por las propias características y estado cognitivo y funcional del paciente. Para los pacientes en esta fase de la enfermedad, el programa está especialmente diseñado para reforzar en todo momento las actividades que realizan con éxito mediante la mínima utilización del lenguaje y la maximización de la imitación con objeto de reducir al máximo las reacciones catastróficas comunes en estos estadios de la enfermedad y así asegurar un buen funcionamiento emocional de los pacientes.

c) *Actividades de la Vida Diaria*

El fomento de las actividades de la vida diaria se convierte en un aspecto vital en el abordaje integral de pacientes con demencia. El progresivo deterioro cognitivo afecta de forma irremediable a la ejecución de las actividades diarias, por lo que una intervención dirigida a su fomento ayuda a los pacientes a ser durante más tiempo funcionalmente independientes. En las sesiones de intervención del estudio Donostia se contempla asimismo esta función. En estadios iniciales el objetivo va dirigido a fomentar la realización de las actividades de vida diarias y reforzar las capacidades todavía preservadas. Se contemplan sesiones en las que se trabaja el manejo del dinero, la higiene, vestido, alimentación y cocina...etc.

En estadios avanzados de la enfermedad el objetivo es diferente ya que en las sesiones se han trabajado actividades de la vida diaria muy concretas y sencillas para que la capacidad cognitiva del paciente permitiera realizar con éxito la tarea. Es de interés señalar que el programa de intervención dirigido a este subgrupo está en toda su globalidad asociado al fomento de las actividades de vida diaria. Se trata de actividades que combinan la ejercitación de aspectos cognitivos con otros sumamente procedimentales que fomentan la realización de actividades de vida diaria. En las sesiones de intervención se ejercitan las siguientes áreas: verter líquidos, poner la mesa, tender la ropa, cuidado del entorno, doblar ropa, limpiar objetos... etc.

d) *Apoyo social*

El apoyo social de los pacientes es otro de los aspectos relevantes en la intervención con pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer. Continuar en la medida de lo posible con actividades que fomentan la interacción social es una recomendación habitual que se ofrece a este colectivo. En el programa que estamos desgranando, se fomenta la interacción social de diversas maneras. En primer lugar, al tratarse de intervenciones que se realizan en formato grupal este hecho en sí mismo fomenta la interacción social de los participantes. La bibliografía científica recoge que es importante que las sesiones se realicen en formato grupal, ya que aumenta el grado de motivación de los individuos (Wilson y Moffat, 1992). En segundo lugar, se diseñaron sesiones específicamente dirigidas a fomentar la interacción social y las habilidades sociales de los participantes. Lógicamente los contenidos de las sesiones variaban en los dos subgrupos de trabajo. En el grupo de pacientes con deterioro leve-moderado la optimización estaba dirigida a mantener en la medida de lo posible los aspectos verbales y no verbales de la interacción social mientras que en estadios avanzados se focalizó en el fomento de aspectos no verbales de la comunicación.

e) *Conducta*

Las alteraciones de la conducta son habituales en pacientes con demencia. La frecuencia y severidad de los mismos varía pero prácticamente todos los pacientes las presentan a lo largo del curso de la enfermedad. Constituyen una fuente inagotable de estrés y sobrecarga para los cuidadores informales (Teri, 1997), precipitan la institucionalización del paciente (Hebert, Dubois, Wolfson, Chambers y Cohen, 2001) y tienen influencia en su declive cognitivo (Teri, Borson, Kayak y Yamagishi 1989). El abordaje de los mismos por tanto se convierte en un hecho prioritario en cualquier intervención integral. El corpus teórico evidencia que a pesar de existir diversas técnicas y tratamientos dirigidos a reducir esta sintomatología característica en la demencia, las que mejores resultados han obtenido son las técnicas de modificación de conducta. Estas técnicas pueden ser aplicadas por una diversidad de personas relacionadas con el paciente. El personal sanitario, los terapeutas o psicólogos de los centros especializados o incluso los propios familiares cuidadores pueden estar formados en la utilización de estas técnicas. En el modelo que proponemos son precisamente estos últimos los que recibieron dentro de un programa de intervención con contenidos más amplios formación específica sobre cómo manejar los comportamientos problemáticos.

f) *Mejora de la calidad de vida*

La calidad de vida se ha convertido últimamente en una medida importante en la atención y asistencia de las personas afectadas de demencia y en sus cuidadores. En la intervención que estamos presentando, el abordaje de la mejora de la calidad de vida de los pacientes se realizó mediante el desarrollo de sesiones que contemplaban el entrenamiento de diversos aspectos relacionados directamente con ella. Así, en el programa de intervención dirigido a pacientes afectados con enfermedad de Alzheimer leve-moderada, aquellas sesiones dirigidas a mejorar el

bienestar (relajación), fomento de las actividades de la vida diaria (autonomía), esquema corporal, así como actividades de voluntad propia (aficiones, deportes), se consideraron dentro de la categoría de sesiones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente.

En el programa de intervención centrado en estadios avanzados de la enfermedad, se enmarcaban dentro de la naturaleza de sesiones dirigidas a fomentar la calidad de vida del paciente aquellas que especialmente ejercitan el fomento de las actividades de la vida diaria, la interacción social y el bienestar emocional.

El programa expuesto en las líneas anteriores ha tratado de abordar en la máxima medida posible todos los aspectos relacionados con la persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Mediante la ejecución de diversos ejercicios específicamente diseñados y realizados en formato grupal se ha perseguido el objetivo de maximizar tanto el estado cognitivo, como el emocional, social, la realización de las actividades de la vida diaria y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida del paciente, su familia y su entorno. La programación de las sesiones perseguía un orden lógico de ejecución mediante el cual se lograba al cabo de cada mes el entrenamiento en funciones cognitivas y el fomento de la calidad de vida.

Tabla 11: GDS 3-4: Actividades de LA VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA

FUNCIÓN	CLÍNICA	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN
Actividades de la vida diaria	GDS 3: Disminución evidente de su capacidad laboral.	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de responsabilidades a las que sea capaz de controlar. No dejar de hacer lo que aún pueda hacer sin ayuda.
	Dificultad para viajar a lugares nuevos.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener las actividades en el entorno habitual. A ir a lugares nuevos, trazar una ruta para favorecer la orientación y aumentar la sensación de control. Si sale acompañado, dar la iniciativa para que sea él quien decida la ruta.
	Disminución de la capacidad organizativa, valorado por un informador fiable.	<ul style="list-style-type: none"> Limitar el número de tareas o responsabilidades. Utilizar ayudas externas (calendarios, agendas, tablas organizadoras, listas,...). Fomentar rutinas. Intensificar actividades automáticas.
	Dificultades sutiles en las AVD avanzadas (aficiones, viajes, participación social, deportes, trabajos domésticos).	<ul style="list-style-type: none"> Llevar un control de las actividades a realizar (listas, agendas) y de las actividades ya realizadas. Contar con la colaboración de otra persona para la planificación.
	GDS 4: Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas, y para manejar finanzas personales.	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de aspectos económicos Ejercicios para mantener el manejo del dinero (compra, pagar, contar, moneda, concepto del dinero,...).
	Dificultad en las compras.	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicios para mantener el manejo del dinero (ver punto anterior). Ejercicios cognitivos: reforzar las categorías de pertenencia de los diferentes comercios. Habilidades sociales: reforzar mantenimiento de conversaciones básicas en el intercambio que se realiza en la compra.
	Inicio del deterioro en la higiene (necesita supervisión).	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de que realmente se realiza una higiene correcta. No intervenir más allá de donde realmente necesita ayuda. Realizar cadenas conductuales de las AVD afectadas para parcelar la intervención. Ejercicios cognitivos: recuerdo de las actividades de higiene diarias, horarios,...
	Conserva la capacidad de hacer tareas fáciles, conocidas o repetitivas.	<ul style="list-style-type: none"> Estimular la realización de esas tareas, aunque el resultado no sea totalmente correcto.

Tabla 12:

FUNCIÓN	CLÍNICA	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN
Situación afectiva	<p>Labilidad emocional.</p> <p>Mecanismo de negación.</p> <p>Pueden aparecer síntomas de ansiedad o depresión, con o sin motivos, que pueden complicar o enmascarar el diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración y de relajación. • Ambiente: música, iluminación,... adecuados al estado de ánimo que queramos fomentar. • Promover la interacción social.
Calidad de vida	Funcionamiento físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Paseos (solo, acompañado). • Subir y bajar escaleras. • Tablas de gimnasia, acudir al polideportivo,...
	Actividades por voluntad propia.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de aficiones antiguas y adquisición de nuevas, tanto intelectuales como físicas, que le resulten satisfactorias. • Cuidado de animales, plantas,... • Participación en tareas domésticas.
	Movilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del uso del transporte público: rutas habituales, horarios,... Establecer rutinas. • Realizar recorridos a lugares habituales (tiendas, iglesia, peluquería, casas de conocidos, familiares,...).
	Interacción social.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener vínculos con personas de su ambiente (amigos, vecinos,...) y con familiares. • Ejercicios para mantener las normas sociales básicas: saludar, dar la mano, preguntas de interés por el otro (¿qué tal estás?...), respuestas adecuadas, dar las gracias, despedirse. • Habilidades sociales para la realización de las compras básicas (puede estar incluido o no el manejo del dinero).
	Autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Elecciones de ropa, comida, horarios, compañías, actividades...
	Sensación de bienestar.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del sueño adecuado. • Evitar situaciones de conflicto que no lleven a una resolución del problema. • Mantenimiento de sus costumbres de arreglo personal: perfume, maquillaje, ropa, abalorios,... • Oír música, visitar museos, apreciar la naturaleza, ir al cine, al teatro,... según aficiones personales.