
Enfermedad de Alzheimer vs Pseudodemencia depresiva: estudio de un caso de evaluación e intervención neuropsicológica

Trabajo Final de Máster de Neuropsicología

Autor/a: Rita Touza Piñeiro

Director/a: Gema Díaz Blancat

Junio 2020

Resumen

El presente trabajo versa sobre el caso real de una paciente de 69 años en proceso diagnóstico después de al menos 2 años de evolución con sintomatología cognitiva y afectación del estado de ánimo. Una valoración neuropsicológica previa, hace 1 año, concluye la presencia de Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico (DCLa) y recientemente se plantean dos diagnósticos: Enfermedad de Alzheimer en estadio leve vs Síndrome Depresivo. En el caso de tratarse de Enfermedad de Alzheimer, estaríamos ante una enfermedad neurodegenerativa de inicio insidioso caracterizada por la presencia de deterioro cognitivo progresivo, principalmente, pérdida de memoria y alteraciones psicológicas y comportamentales. En el caso de tratarse de un Síndrome Depresivo con déficits cognitivos similares a los de una demencia, estaríamos ante una Pseudodemencia Depresiva, un trastorno psiquiátrico primario, generalmente caracterizado por un episodio depresivo mayor que cursa con deterioro de capacidades cognitivas. En la evaluación neuropsicológica realizada se objetivan principalmente alteraciones mnésicas y ejecutivas, una afectación neuropsiquiátrica en la que destaca la depresión y la apatía y un impacto inicial en el nivel de funcionalidad, concluyendo la presencia, probable, de Enfermedad de Alzheimer. La intervención neuropsicológica propuesta consiste en 2 sesiones semanales de 60 minutos de duración durante 6 meses. El objetivo general es evitar/retrasar el avance del deterioro cognitivo, mejorar la sintomatología psicológica y la adquisición de estrategias que permitan una mayor funcionalidad y calidad de vida. Esta intervención incluye: estimulación cognitiva, psicoeducación, estrategias compensatorias de déficits, terapia de apoyo e intervención familiar.

Palabras clave

Depresión, diagnóstico diferencial, enfermedad de Alzheimer, memoria, pseudodemencia depresiva, rehabilitación neuropsicológica.

Abstract

The present work deals with the real case of a 69-year-old patient in the diagnostic process after at least 2 years of evolution with cognitive symptoms and mood impairment. A previous neuropsychological evaluation, 1 year ago, concludes the presence of a Mild Cognitive Impairment of the amnesiac type (DCLA) and two diagnoses were recently made: Mild-stage Alzheimer's disease vs. Depressive Syndrome. In the case of Alzheimer's disease, we would be dealing with an insidious onset neurodegenerative disease characterized by the presence of progressive cognitive deterioration, mainly memory loss and psychological and behavioral disorders. In the case of being a Depressive Syndrome with cognitive deficits similar to those of a dementia, we would be facing a Depressive Pseudodementia, a primary psychiatric disorder, generally characterized by a major depressive episode that presents with deterioration of cognitive abilities. In the neuropsychological evaluation carried out, mainly memory and executive disorders, a neuropsychiatric condition in which depression and apathy stand out, and an initial impact on the level of functionality, concluding the presence of a probable Alzheimer's disease. The proposed neuropsychological intervention consists of 2 weekly sessions of 60 minutes duration for 6 months. The general objective is to prevent / delay the progression of cognitive decline, improvement in psychological symptoms and the acquisition of strategies that allow for greater functionality and quality of life. This intervention includes: cognitive stimulation, psychoeducation, deficit compensatory strategies, support therapy and family intervention.

Keywords

Alzheimer's disease, depression, depressive pseudodementia, differential diagnosis, memory, neuropsychological rehabilitation.

Índice

1. Enfermedad de Alzheimer vs Pseudodemencia depresiva.....	5
1.1. Etiología, prevalencia, incidencia y sintomatología asociada.....	5
1.2. Perfil neuropsicológico.....	7
1.3. Abordajes terapéuticos	9
1.4. Impacto familiar, social y laboral.....	10
2. Evaluación neuropsicológica.....	12
2.1. Objetivos de la evaluación.....	12
2.2. Proceso y pruebas de evaluación neuropsicológica.....	12
2.3. Resultados de la evaluación neuropsicológica.....	15
3. Informe neuropsicológico.....	17
4. Propuesta de intervención.....	20
4.1. Objetivos de la intervención.....	20
4.2. Plan de intervención	20
4.3. Descripción de tres sesiones	23
4.3.1. Sesión inicial nº 1.....	23
4.3.2. Sesión intermedia nº 24.....	24
4.3.3. Sesión final nº 39.....	26
4.4. Resultados esperados de la intervención	28
5. Referencias bibliográficas.....	30
6. Anexos.....	34
Anexo I.	34
Tabla 1. Resumen comparativo de la epidemiología, etiología y sintomatología de EA y Pseudodemencia depresiva.....	34
Tabla 2. Rasgos distintivos entre demencia y alteración cognitiva asociada al TDM.....	35
Anexo II. Plan de intervención completo.....	36
Anexo III. Material de intervención.....	75

1. “Enfermedad de Alzheimer vs Pseudodemencia depresiva”

En este trabajo se estudiará el caso de una paciente en proceso diagnóstico con impresiones diagnósticas diferentes después de al menos 2 años de evolución de sintomatología cognitiva y afectación del estado de ánimo a la que todavía no ha sido posible implantar un tratamiento ni intervención adecuada. Se trata de un caso real, una mujer de 69 años, casada y con 2 hijos independizados que ha trabajado siempre en su hogar y se ha mantenido activa social e intelectualmente con aficiones como la lectura o los idiomas. Desde hace 4 años percibe dificultades mnésicas y olvidos que se han ido agravando a lo largo de los años y son constatados por su familia. Desde hace 2 años, se encuentra en tratamiento por una afectación del estado de ánimo. Se han llevado a cabo diversas valoraciones por diferentes profesionales con impresiones diagnósticas dispares: en una valoración neuropsicológica, hace un año, se concluyó un *Deterioro Cognitivo Leve de tipo Amnésico (DCLa)* y recientemente dos neurólogos distintos informan de la presencia de “*Enfermedad de Alzheimer en estadio leve*” en un caso y de un “*Déficit atencional que interfiere en otros dominios cognitivos. Síndrome Depresivo*” en el otro. Es remitida para una nueva valoración neuropsicológica que aporte información para clarificar el diagnóstico y llevar a cabo la intervención más adecuada en su caso.

1.1.- Etiología, prevalencia, incidencia y sintomatología asociada.

Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la presencia de deterioro de la función cognitiva, principalmente, pérdida de memoria y manifestaciones de alteraciones psicológicas y conductuales. Presenta un inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, que representa el 50-75 % de todos los casos de demencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Niu, Álvarez-Álvarez, Guillén-Grima, & Aguinaga-Ontoso, 2017).

Epidemiología: La prevalencia mundial de demencia es de entre el 5-8 % para mayores de 60 años con predominio femenino (Garre Olmo, 2018). En España, se estima que hay 800.000 personas con demencia, de los que alrededor del 60-80 % sufren enfermedad de Alzheimer (EA) (Martínez-Lage, Martín-Carrasco, Arrieta, Rodrigo, & Formiga, 2018). Presenta un incremento exponencial con la edad (Niu et al., 2017).

Etiología: Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial que tiene como resultado una atrofia cerebral progresiva que afecta principalmente a la corteza cerebral (corteza entorrinal y de asociación parietal), al

cerebro basal y mesencéfalo. No obstante, además de la pérdida neuronal, en fases precoces los cambios más llamativos son los cambios en la densidad sináptica.

Los hallazgos neuropatológicos característicos de la EA son el depósito extracelular de placas seniles de β -amiloide y los ovillos neurofibrilares intracelulares compuestos por protenia tau hiperfosforilada. (Junqué, Carme y Barroso, 2009; Orta-Salazar, Feria-Velasco, & Díaz-Cintra, 2019; Tellechea et al., 2018).

El principal factor de riesgo para su desarrollo es la edad. Entre los factores genéticos, el 5% presentan la enfermedad con características genéticas de herencia autosómica dominante por mutaciones en cromosomas 21, 14 y 1, las mutaciones más comunes son las del cromosoma 14. Otros factores de riesgo son el sexo femenino, un nivel bajo de educación, el alelo APOE ϵ 4, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitus (Niu et al., 2017; Subirana Mirete, Crusat Basté, Cullell Gómez, Cuevas Pérez, & Signo Miguel, 2011).

Sintomatología: La EA tiene un inicio insidiosos y un curso progresivo caracterizado por la pérdida de funciones cognitivas con un perfil amnésico-afaso-apraxo-agnósico y cambios afectivos y comportamentales con afectación funcional. Suele iniciarse con una alteración de la memoria declarativa episódica. Posteriormente, se producen cambios clínicos con afectación del lenguaje oral y escrito, el cálculo, el manejo de instrumentos y el razonamiento abstracto. Se dan también en esta fase la desorientación espacial, las dificultades para vestirse y la incapacidad de dibujar. Finalmente en una fase avanzada, la afectación mnésica y cognitiva es global, afectando incluso al registro/evocación o reconocimiento de la información consolidada (Subirana Mirete et al., 2011)

Pseudodemencia Depresiva

Es un término descriptivo que se usa para referirse a un cuadro clínico funcional que imita, recuerda o caricaturiza un síndrome demencial. Sin embargo, por efecto de la evolución, del tratamiento o de ambos, el deterioro cognitivo es generalmente reversible y desaparece al resolverse el trastorno de base. No se objetiva neuropatología cerebral, es producto de un trastorno psiquiátrico primario, generalmente un episodio de depresión mayor, y se manifiesta habitualmente en etapas finales de la vida adulta (Barjau Romero, J.M, Viloría Jiménez, A., Vega-Piñero, A. y Chinchilla Moreno, 2002).

Epidemiología: Apenas se encuentran datos sobre prevalencia de la pseudodemencia, pero se estima que es de un 3%, si bien, la estimación con criterios diagnósticos más rígidos, pasa a un 0,4 % (Barjau Romero, J.M, Viloría Jiménez, A., Vega-Piñero, A. y Chinchilla Moreno, 2002).

Etiología: La etiología de la depresión en la edad geriátrica como en otros grupos de edad, es multifactorial. Serían factores psicosociales los eventos estresantes, causas psicológicas más complejas como errores cognoscitivos, personalidad o conflictos psicodinámicos entre otros. Entre los factores genéticos, se han encontrado alrededor

de 200 genes involucrados con el trastorno depresivo mayor. Sobre los factores neurobiológicos, existen evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas cuyas acciones inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino que incrementan el riesgo de padecer la depresión mayor (Pérez-padilla, Cervantes-ramírez, Hijuelos-garcía, Pineda-cortés, & Salgado-burgos, 2017).

Sintomatología: La presentación general de este cuadro es la de un síndrome de deterioro cognitivo en el contexto de un cuadro afectivo de tipo depresivo. Tiene un inicio generalmente rápido con quejas cognitivas por parte del paciente que suelen focalizarse en las áreas de atención, concentración, velocidad de procesamiento y memoria (Barroso Riba, Correia Delgado, & Nieto Barco, 2011; Rodríguez Sánchez, Legascue De Larrañaga, & Carrasco Perera, 2004).

El resumen comparativo de la epidemiología, etiología y sintomatología de la EA y la Pseudodemencia depresiva se puede ver en la **tabla 1 (Anexo I)**

1.2.- Perfil neuropsicológico

Enfermedad de Alzheimer

La característica neuropsicológica principal de la EA y el primer cambio general que se produce es el deterioro progresivo de la memoria, un déficit de memoria episódica de inicio insidioso y progresivo. Este trastorno se expresa por un deterioro en la capacidad de codificar y almacenar información reciente (amnesia anterógrada) y una progresiva amnesia retrógrada con gradiente temporal. En pruebas de memoria suele observarse una curva plana de aprendizaje, un recuerdo diferido muy pobre y frecuentes repeticiones e intrusiones. Además, ante tareas de reconocimiento o cuando se aportan claves de recuperación, no se produce un beneficio, lo que revela la existencia de una alteración en la consolidación y el aprendizaje (Subirana Mirete et al., 2011).

Otras áreas cognitivas como la orientación, también se ven afectadas, con desorientación temporal primero y posteriormente espacial. El cálculo se pierde en todas sus modalidades. Además, presenta déficits atencionales y dificultades en la memoria de trabajo (Junqué, Carme y Barroso, 2009).

Las funciones ejecutivas, se encuentran afectadas ya en estadios iniciales, con dificultades en la planificación, el razonamiento, la resistencia a la interferencia, la secuenciación y el pensamiento abstracto que se irán viendo afectando progresivamente, junto con otras funciones frontales (Subirana Mirete et al., 2011).

El trastorno del lenguaje más frecuente en la EA es la anomia que afecta tanto nombres propios como los comunes. La capacidad de repetición normalmente se encuentra preservada hasta fases más avanzadas pero por evolución, el lenguaje se vuelve elíptico, abundante en perífrasis y parafasias semánticas y con frecuencia, se producen manifestaciones afásicas como ecolalia o palilalia hasta derivar en una afasia global con

incapacidad para emitir y comprender lenguaje alguno. El lenguaje escrito a menudo aparece más alterado que el oral. En la escritura, se observa inicialmente disortografía, omisiones, sustituciones, perseveraciones, etc. y en la lectura, dificultades de comprensión y más adelante, omisiones, sustituciones y errores espaciales (Junqué, Carme y Barroso, 2009; Subirana Mirete et al., 2011).

Entre los trastornos motores, se encuentran alteraciones como la apraxia (visual, ideomotora o motora), así como la dificultad e imposibilidad posterior de vestirse (apraxia del vestido) (Junqué, Carme y Barroso, 2009).

Respecto a las dificultades gnósicas las alteraciones visuoespaciales son las primeras en aparecer y durante la evolución, se encontrarán trastornos del reconocimiento de caras u objetos (agnosias visuoespereptivas) (Junqué, Carme y Barroso, 2009).

También se han descrito en pacientes con EA la presencia de anosognosia o ignorancia del déficit y acostumbra ocultar o disimular el déficit. No obstante, parecen percibir sus fracasos, lo que puede llevarle a padecer depresiones reactivas (Junqué, Carme y Barroso, 2009).

Además de los síntomas cognitivos, los síntomas conductuales y psicológicos (SCPD) están presentes en la mayoría de los pacientes. Más del 90 % de los pacientes presentarán a lo largo del curso de la enfermedad síntomas tales como apatía, agitación, ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios, actividad motora aberrante, irritabilidad, alteraciones del sueño, alteraciones de la conducta alimentaria, euforia o desinhibición (García-Alberca, 2015).

Finalmente y como resultado del conjunto de alteraciones cognitivas y psicológicas se produce un deterioro progresivo en la funcionalidad de la persona, tanto para actividades avanzadas (AAVD) como instrumentales (AIVD) y básicas de la vida diaria (ABVD) que interfieren y afectan en gran medida su calidad de vida (Subirana Mirete et al., 2011).

Pseudodemencia Depresiva

La pseudodemencia depresiva por su parte, se desarrolla de manera más brusca, tiene su inicio en un período concreto de tiempo que se puede establecer con cierta precisión. Durante la exploración da la impresión subjetiva de presentar quejas sobrevaloradas respecto al trastorno cognitivo que se objetiva, se angustian ante los fracasos y son frecuentes las respuestas “no sé”, “no puedo”, “no me acuerdo”. Estas dificultades cognitivas son fluctuantes a lo largo del tiempo e influenciadas por las situaciones y afectan fundamentalmente a las áreas de la atención/concentración, velocidad de procesamiento y memoria. Pueden presentar un retardo psicomotor, enlentecimiento en el habla, hipofonía y deficiencias atencionales.

Sobre la memoria, se encuentra más afectada la memoria declarativa, no obstante, dentro de ésta, rinden mejor en tareas de reconocimiento y las dificultades se atribuyen a déficits en la capacidad para agrupar y organizar la información o en la planificación

de estrategias de recuperación. Estas características pueden considerarse sugestiva de dificultades en los procesos de memoria dependientes de las funciones ejecutivas, las cuales también aparentemente se encuentran alteradas. De hecho, se han descrito también dificultades en la resolución de problemas, rigidez cognitiva con tendencia a perseverar y dificultades de inhibición cognitiva (Rodríguez Sánchez et al., 2004).

Las quejas mnésicas suelen referirse por igual a la memoria reciente y a la remota. Es común la presencia de lagunas mnésicas para períodos o hechos específicos. Y se considera que el déficit mnésico es más evidente en tareas que requieren esfuerzo, motivación sostenida y operaciones de procesamiento activo. Todo ello en general mejora con ayuda (Perea Pérez, Rocío y Álvarez González, 2018).

Por otra parte, están ausentes los signos típicos de las alteraciones corticales como afasia, apraxia y agnosia (Rodríguez Sánchez et al., 2004).

Los síntomas depresivos suelen tener un inicio previo al deterioro cognitivo. Se manifiestan con quejas de tristeza, un sentimiento de sufrimiento intenso y angustia ante sus fracasos cognitivos. En otras ocasiones, predomina más la apatía y quejas somáticas vagas e imprecisas. Suelen presentar habitualmente despertar precoz, disminución de la libido, pérdida de habilidades sociales, así como un mal afrontamiento de los déficits. Los rasgos distintivos más frecuentes entre ambos cuadros se resumen en la **tabla 2 (Anexo I)**.

1.3.- Abordajes terapéuticos

Enfermedad de Alzheimer

Tratamiento farmacológico: los fármacos específicos para el tratamiento sintomático de la EA son los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (IACE) y un antagonista no competitivo de los receptores de N-metil D-Aspartato (NMDA), la memantina. El tratamiento farmacológico específico tiene un efecto diferente según la etapa y manifestaciones de la enfermedad. Entre ellos también se incluyen fármacos para el tratamiento de SCPD, fundamentalmente antidepresivos, antipsicóticos atípicos, hipnóticos y anticonvulsivantes (M. García-Alberca, P. Lara Muñoz, & Berthier Torres, 2010; Ministerio de Sanidad, 2011).

Tratamiento no farmacológico: se fundamenta en la rehabilitación neuropsicológica como conjunto de estrategias/intervenciones encaminadas a aumentar la funcionalidad, mejorar la calidad de vida del paciente y familia. Algunas serían (Cordero, 2016):

- Intervenciones centradas en la cognición: serían ejercicios de estimulación cognitiva sobre funciones preservadas para enlentecer el proceso de pérdida de funciones que pueden realizarse en formato individual o grupal. Son eficaces en la EA leve o moderada, más aún si se trata de intervenciones que requieren un tipo de procesamiento general más que aquellas en las que se realiza un entrenamiento cognitivo de funciones concretas (Ministerio de Sanidad, 2011).

- *Intervenciones centradas en los SPCD*: se trata de diversas técnicas y estrategias que tienen como finalidad la mejora y eliminación de SPCD. Las *estrategias de modificación de conducta*, han obtenido resultados positivos en depresión, agitación, apatía, agresiones, vagabundeo y preguntas repetitivas (M. García-Alberca et al., 2010). La *psicoestimulación integral* también ha permitido tratar y reducir indirectamente los SPCD (García-Alberca, 2015). Otras técnicas como *reminiscencia* que han demostrado eficacia en sintomatología depresiva y de agitación. El *ejercicio físico*, con un efecto beneficioso específico en el vagabundeo o *sundowning*. La *musicoterapia* para el manejo de agitación, ansiedad y vagabundeo. Y finalmente la adecuación de *patrones de comunicación* hacia los pacientes con EA se ha demostrado eficaz disminuyendo los SPCD disruptivos.
- *Intervenciones sobre los cuidadores*: son programas con cuidadores dirigidos al entendimiento de la enfermedad, las peculiaridades y la aplicación de estrategias de manejo de sintomatología han demostrado disminuir la sobrecarga, retrasar la institucionalización, disminuir los SPCD y reducir la pauta de psicofármacos (Cordero, 2016).

Pseudodemencia Depresiva

Tratamiento farmacológico: los clínicos apuestan por los antidepresivos como primera línea de tratamiento. Y como tratamiento biológico, la *Terapia Electroconvulsiva (TEC)* queda limitada a pacientes con un elevado potencial suicida, depresiones estuporosas o para aquellos que rechazan el tratamiento oral.

Tratamiento no farmacológico: de forma general, cuando la depresión es leve, como primera acción de tratamiento está indicado el apoyo psicosocial y psicoeducativo del paciente y de su familia, así como el seguimiento y su evolución. Cuando la depresión es de grado moderado, se recomienda un tratamiento psicoterapéutico estructurado, dentro de ellas, las formas de intervención más frecuentes son: las *Terapias cognitivo-conductuales*, *Terapias de orientación psicoanalítica* y *Terapia Interpersonal* (Conde-Sala, 2000).

Además, se han sugerido intervenciones integrales que combinen procedimientos que involucren acompañamiento familiar, farmacológico, solución de problemas y propiciar espacio que hagan más llevaderas las enfermedades crónicas, manejo de dolor y calidad en las interacciones en distintos contextos psicosociales.

1.4.- Impacto familiar, social y laboral

Enfermedad de Alzheimer

Sobre la propia persona, se produce un impacto enorme sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Por una parte, la afectación de la función cognitiva afecta la capacidad para el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria desde las más

avanzadas (sociales o laborales) hasta las más básicas que conlleva una progresiva pérdida de autonomía. Las pérdidas de funciones, a su vez, cuestionan su identidad personal y obligan a modificar aspectos como sus roles familiares y sociales. Además, debido a esta nueva situación de dependencia, la personas se ve expuesta a la influencia de factores externos (entorno y alojamiento) y relacionados con el cuidado (empatía y afecto), que también pueden afectar a la calidad de vida del paciente (Documentos, 2007).

Sobre el entorno familiar tiene un efecto devastador, teniendo en cuenta que, de forma global, el 80% de los enfermos de Alzheimer es cuidado por su familia y más específicamente por uno cuidador principal. Éstos, suelen tener mayores niveles de depresión, síntomas somáticos, sensación de aislamiento social, peores niveles de salud percibida y precisan de atención psicológica y consumo de psicofármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades cotidianas (socio laborales) (Villarejo Galende et al., 2017).

Pseudodemencia Depresiva

La depresión en personas mayores tiene consecuencias especialmente negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales. Presentan una mayor tasa de morbilidad, de discapacidad física y social, un peor pronóstico y una mayor utilización de recursos sanitarios. Los síntomas depresivos pueden complicar el tratamiento de las enfermedades físicas, aumentar el riesgo de presentar nuevas enfermedades e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. El impacto sobre las capacidades físicas puede ser similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades crónicas. Además, supone un mayor aislamiento social y aceleraría el proceso de envejecimiento disminuyendo la satisfacción y la calidad de vida (Portellano-Ortiz et al., 2018; Navas Orozco, 2013)

2. Evaluación neuropsicológica

2.1.- Objetivos de la evaluación

El objetivo general sería aportar información sobre el perfil neuropsicológico de la paciente que ayude a aclarar la entidad diagnóstica del caso.

Objetivos específicos:

- Definir el perfil cognitivo identificando las funciones preservadas y alteradas.
- Determinar la existencia o no de deterioro cognitivo.
- Valorar si existe una interferencia significativa en el funcionamiento diario de la persona consecuente al deterioro cognitivo.
- Describir la sintomatología emocional y comportamental presente.
- Aportar información objetiva para determinar si los síntomas cognitivos se deben a una alteración en el estado de ánimo o a una enfermedad neurodegenerativa.

2.2.- Proceso y pruebas de evaluación neuropsicológicas

1. Revisión de informes previos: la revisión sirve de base para determinar la gravedad y naturaleza de la disfunción, los resultados de las técnicas de neuroimagen, la presencia de complicaciones asociadas, la evolución de la sintomatología y el nivel de dependencia hasta el momento.
2. Entrevista al paciente y familia: obtener información sobre la historia y variables sociodemográficas. Conocer la descripción que hace la paciente de la situación actual, los problemas específicos, importancia que les concede y grado de limitaciones. Además, se valoran patrones de conducta, personalidad previa y consecuencias psicosociales ocasionados. Independientemente, se entrevista a los familiares para aportar información y contrastar el grado de acuerdo entre fuentes.
3. Aportación de información estandarizada: se solicita información complementaria a través de la cumplimentación de los siguientes cuestionarios:
 - **Cuestionario de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE)** (García-Martínez, J. y Sánchez-Cánovas, 1993). Evaluación subjetiva de la memoria. Consiste en 28 ítems sobre situaciones y actividades de la vida diaria actual que nos ayudaría a conocer las quejas exactas.
 - **Cuestionario del informador (SS-IQCODE)** (Morales JM, González-Montalvo JI, Bermejo F, 1995). Preguntas dirigidas a los cuidadores sobre los cambios experimentados por el sujeto en los últimos 5 años en conductas de la vida diaria que implican procesos de memoria y otras capacidades intelectuales. Nos ayuda a contrastar la información entre la paciente y su familia.
4. Aplicación de Pruebas estandarizadas.

Cribaje y orientación

- **Test Minimental (MMSE)** (*Lobo et al., 1999*). Instrumento estandarizado que evalúa el estado cognitivo a través de diferentes áreas.

Atención / velocidad de procesamiento

- **Trail Making Test A y B** (*Reitan, 1958*). Evalúa la función atencional (atención sostenida y dividida), velocidad psicomotora, rastreo visual y flexibilidad cognitiva. Consta de dos partes: TMT-A (conectar con líneas 25 números en orden ascendente) y TMT-B (conectar siguiendo la misma lógica números y letras de forma alternante).
- **Subtest Clave de números de WAIS-IV (CN)** (*Wechsler, 2012*)¹. Evalúa la destreza visomotora, velocidad de procesamiento, atención y memoria de trabajo. La persona debe copiar una serie de símbolos que aparecen emparejados cada uno a un número.

Lenguaje

- **Test de Denominación de Boston** (*Quiñones-Ubeda et al., 2004*). Valora la capacidad de denominación visuoverbal mediante la confrontación visual de imágenes presentadas en orden ascendente de dificultad (*Aranciva et al., 2012*).
- **Comprensión verbal. Comprensión de ejecución de órdenes de PIENB** (*J. Peña-Casanova, 1990*)². Valora la comprensión de frases y realización de actividades solicitadas a través de la ejecución de órdenes verbales.
- **FAS Word Fluency (Buriel et al., 2004)** (*Asociacion-cowa, 1999*). Valora fluencia verbal y fonética y funciones ejecutivas. El sujeto debe decir el mayor número de palabras posible que empiecen por las letras F, A y S (*Spren & Strauss, 1998*).
- **Fluencia Categorial (Animales)** (*Asociacion-cowa, 1999*). Valora la velocidad de respuesta, denominación, red semántica y estrategias de búsqueda junto con mecanismos de recuperación. Se trata de expresar el mayor número de palabras posible de una la categoría semántica (animales) (*Jordi Peña-Casanova et al., 2009*).
- **Test Minimental (MMSE)** (anteriormente descrito): valoración de repetición y escritura.

Praxias y habilidades visoperceptivas / visoconstructivas

- **Test de una Figura Compleja** (*Rey, 2009*). Evalúa funciones de ejecución, organización y planificación de estrategias de resolución de problemas, funciones perceptivas, motoras y mnésicas. La tarea consiste en solicitar la copia

1, 3, 5 *Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-IV)* (*Wechsler, 2012*): se trata de un instrumento clínico estandarizado formado por 15 pruebas que evalúan la capacidad cognitiva de adultos de entre 16 a 89 años. En cuanto a las propiedades psicométricas, la prueba tiene una adecuada validez de contenido y constructo que respalda la estructura jerárquica del modelo de inteligencia y se ha apoyado su validez tanto en ámbitos clínicos como forenses. Sus coeficientes de fiabilidad son buenos o excelentes (de 0.81 a 0.94). Muestra un grado de estabilidad test-retest satisfactorio que concuerda con la naturaleza estable de las aptitudes cognitivas evaluadas (desde 0.60 a 0.80).

2, 4 *Test Barcelona* (*Peña-Casanova J., Jarne A, 1991*): se trata de un instrumento que evalúa de manera cuantitativa el estado cognitivo del paciente en diferentes funciones cognitivas. . Presenta validación concurrente con diferentes escalas y validación test-retest (0.92) e interevaluadores en sujetos normales.

de una figura y posteriormente, sin la ayuda del modelo, debe reproducirla para evaluar su capacidad mnésica visual.

- **Test del reloj** (*Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. y Lantada, 1999*). Valora praxia constructiva, planificación y funciones visuoespaciales, mediante la orden de dibujar un reloj en el que marcar una hora concreta (TRO) y de copiar un reloj presentado (TRC).
- **Gestos transitivos e intransitivos PIENB** (*J. Peña-Casanova, 1990*) 2. Se solicita realizar la mímica del uso de cinco objetos en donde se valorará las praxias ideacionales (*Gestos transitivos de uso de Objetos*); y la imitación de posturas con las extremidades superiores, unilateral y bilateralmente o praxias ideomotoras (*Imitación movimientos sin significado*).

Memoria

- **Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense** (*Benedet M.J., 2014*). Evalúa las funciones de aprendizaje y memoria en adultos. Consta de 3 listas de palabras: una lista de aprendizaje (lista A), una lista de interferencia (lista B) y una lista de reconocimiento que deberá recordar o identificar.
- **Subtest Dígitos de PIENB** (*J. Peña-Casanova, 1990*)4. Valora memoria de trabajo verbal y codificación en memoria a corto plazo. La persona debe repetir en orden directo y en orden inverso una serie de números.
- **Test de una Figura Compleja** (*Rey, 2009*) (anteriormente aplicada y descrita).

Funciones ejecutivas

- **Subtest Semejanzas de la WAIS-IV (S)** (*Wechsler, 2012*) 3. Evalúa la capacidad de comprensión, pensamiento asociativo y razonamiento abstracto. La tarea consiste en determinar en qué se parecen los pares de objetos o conceptos presentados.
- **Torre de Hanoi** (*Simon, 1975*). Evalúa la capacidad de planificación en la resolución de problemas, construcción de estrategias y autorregulación conductual. Consiste en una barra con 3 ejes y una variedad de discos de diferentes diámetros que se insertan para cambiar su configuración desde una posición A hasta una B utilizando la menor cantidad de movimientos posible siguiendo unas reglas.
- **Test de Colores y palabras de Stroop** (*Golden, 2005*). Valora atención dividida, control cognitivo, resistencia a la interferencia y flexibilidad mental (*Golden, 2001*). Consta de tres láminas que conforman las partes del test (leer nombres de colores escritos en tinta negra, denominar el color de impresión y la denominación del color de impresión de los nombres de colores obviando el contenido verbal).
- **Test de cartas con cambio de regla de la BADS** (*Wilson B.A, Alderan N., Burgess P., Emslie H., 1999*). Valora flexibilidad cognitiva. Consiste en que a partir de un cuaderno de 21 láminas de cartas de juego, el sujeto responda

correctamente a una regla dada y, posteriormente tras cambiarla a otra, también lo haga.

- **Subtest Letras y Números de la WAIS-IV (S)** (Wechsler, 2012)⁵. Valora memoria de trabajo. Consiste en la lectura de una serie de letras y números, la paciente debe repetirlos, diciendo primero los números en orden creciente y luego las letras ordenadas alfabéticamente.

Evaluación neuropsiquiátrica

- **Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)** (Cummings JL y cols., 1999). Entrevista estructurada administrada a los familiares cuyo objetivo es obtener información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales.
- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)** (Beck, Aaron T., Steer, Robert A. y Brown, 2011). Autoinforme que se utiliza para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Se aplica para valorar la presencia y gravedad de clínica depresiva que sería esperable en el caso de la pseudodemencia depresiva.

Funcionalidad

- **Escala de Lawton y Brody** (Vergara I, Bilbao A, Orive M, García-Gutierrez S., Navarro G., 2012). Valora las capacidades del paciente para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. La información se obtiene de un cuidador fidedigno.

2.3.- Resultados de la evaluación neuropsicológica

Función/proceso evaluado	Instrumento	Puntuación		Resultado
		PD	Pe	
Orientación	MMSE	10/10		Normal
Velocidad Procesamiento	CN WAIS-IV	49	10	Preservado
Atención	TMT A	52''	10	Preservado
	TMT B	185''	8	Alterado
Lenguaje	PIENB	15	13	Preservado
	Test de Boston	54	10	Preservado
	FAS	35	8	Preservado
	Animales	17	10	Preservado
	MMSE	1/1		Preservado

	MMSE	1/1	Preservado	
	Figura Compleja Rey	3'	8	Preservado
Praxias Habilidades visuoconstructivas	Test del Reloj <small>(Pto. Corte)</small>	9	6	Preservado
	- TRO			
	- TRC	10	8	Preservado
	Gestos PIENB	10	13	Preservado
	- Transitivos			
	- Intransitivos	10	13	Preservado
Memoria	TAVEC (RL-CP)	6	4	Alterado
	Dígitos PIENB			
	- Directos	6	8	Preservado
	- Inversos	4	4	Alterado
	TAVEC (RL-LP)	3	0	Alterado
	TAVEC (RI-AT)	22	4	Alterado
	TAVEC (Recon-AC)	10	0	Alterado
	Figura Compleja Rey	16	4	Alterado
Funciones Ejecutivas	Semejanzas WAIS-IV	17	10	Preservado
	Torre de Hanoi	-	-	Alterado
	Test Stroop	P: 65; C: 46; PC: 12	P:8; C:8; PC:5	Alterado
	BADS	5	-	Alterado
	L y N WAIS-IV	14	7	Alterado
Estado de ánimo	BDI – II (Rango)	19	0-63	Alterado
Síntomas SCPD	NPI			Alterado
	- Depresión/disforia	6/12		
	- Apatía/ indiferencia	8/12		Alterado
Funcional	Escala Lawton & Brody	7/8	Preservado	

3. Informe neuropsicológico

Motivo de consulta

Paciente valorada hace un año con resultado de perfil neuropsicológico acorde con un deterioro cognitivo leve amnésico que acude de nuevo a consulta para realizar una nueva valoración neuropsicológica por empeoramiento cognitivo referido por la familia, fundamentalmente en lo que a memoria inmediata se refiere.

Anamnesis

Mujer de 69 años, casada, siempre ha trabajado como ama de casa y tiene nivel escolar de Bachiller. Tiene una hija de 40 años y un hijo de 36 años, ambos independizados.

En la actualidad, mantiene un nivel de actividad adecuado, realiza las tareas domésticas, mantiene relaciones familiares fundamentalmente y acude a clases de francés. Ha sido siempre una lectora empedernida, si bien en los últimos tiempos ha ido abandonado este hábito ya que según informa, "le cuesta centrarse".

A través de la información aportada y del *Cuestionario de Memoria de la Vida Diaria (MFE)* se detecta que desde hace más de 4 años presenta quejas de memoria: olvidar cosas que debería hacer, olvidar detalles importantes de lo que ocurrió el día anterior, dificultades para orientarse temporalmente, problemas en concentración e incluso dificultades para comprender lo que dicen en ocasiones los demás o manejar objetos que conocía bien. El *Cuestionario del Informador (SS-IQCODE)* es congruente con esta información y además su hija informa que en los últimos meses los déficits han empezado a interferir en actividades de la vida diaria de la paciente, en aspectos como no recordar o no ser capaz de seguir una receta de cocina.

A través del *Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)* la familia refiere un predominio de sintomatología depresiva y apatía que también manifiesta la paciente. Ella hace crítica de estas dificultades, reconoce las mismas, pero con cierta distancia afectiva, no se evidencia ansiedad o preocupación por ello y en cierto modo expresa impotencia ante la percepción de imposibilidad para cambiarlo.

Antecedentes personales

Inició tratamiento psicológico y psiquiátrico hace 4 años que continúa en la actualidad. Presenta diversos episodios en consultas en neurología:

-Hace 8 años episodios de mareos. Se realiza RM Encefálica y Doppler TSA con resultados normales.

-Hace 4 años pérdida de memoria y "olvidos". La exploración neurológica es óptima, no se detecta patología neurológica. Se realiza una nueva RM craneal en donde se detecta una leve impronta de amígdalas cerebelosas sobre foramen occipital, pero el resto del

examen se encuentra dentro de los límites de la normalidad. No existen signos de atrofia ni alteración del tamaño ventricular y se diagnostica "Depresión Reactiva".

-Hace 1 año, sospecha de deterioro cognitivo. En la valoración neuropsicológica se concluye un perfil neuropsicológico compatible con un Deterioro Cognitivo Leve Amnésico (DCLa) y recomiendan realizar una nueva RM Craneal e iniciar estimulación cognitiva (no la aporta a esta consulta).

-Hace 6 meses un neurólogo privado concluye un juicio clínico de Enfermedad de Alzheimer en grado leve.

-Hace 5 meses acuden a una segunda opinión a otro neurólogo privado que concluye "Déficit atencional que interfiere en los dominios cognitivos. Síndrome Depresivo".

No constan otras patologías orgánicas de interés. Niegan consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Antecedentes familiares

No constan antecedentes familiares de demencia u otra patología de relevancia.

Tratamiento farmacológico

Vandral 75; Prometax 9,5 y Stilnox

Resultados de la Exploración

La paciente se muestra orientada en tiempo, espacio y persona. Muestra un rendimiento medio en velocidad de procesamiento (CN WAIS-IV), en atención sostenida y rastreo visual (TMT-A). Ante tareas de atención dividida / alternante (TMT-B) y memoria de trabajo (L y N WAIS-IV), ambas muy relacionadas con el control cognitivo, se evidencia un rendimiento inferior al esperado para su edad.

Su discurso y lenguaje espontáneo es fluente y adecuado en forma y contenido. El rendimiento en comprensión verbal (PIENB), denominación (Test de Boston), repetición y escritura (MMSE) es bueno. Y en tareas de fluencia verbal tanto fonética (FAS) como semántica (Animales) también se sitúan en la media poblacional.

No se evidencian dificultades en tareas prácticas ni visuoespaciales (Figura compleja de Rey y TRO), objetivando una adecuada capacidad para la reproducción de figuras geométricas así como para la producción de gestos transitivos e intransitivos (PIENB).

El rendimiento en el área de memoria es muy inferior a la media poblacional, mostrando dificultades evidentes durante el desarrollo de la valoración para aprender las instrucciones, incluso tras explicarlas en varias ocasiones. Destaca la afectación importante en memoria auditiva a corto y a largo plazo (TAVEC), memoria visual (FCR reproducción), aprendizaje y reconocimiento (TAVEC). Estos resultados sugieren una afectación importante en las fases de adquisición y consolidación de la información.

En cuanto a las funciones ejecutivas, el rendimiento es adecuado en tareas de abstracción verbal (Semejanzas WAIS-IV), lo que sugiere una adecuada capacidad para

establecer analogías, abstracciones y comparaciones entre estímulos relacionados. Sin embargo, el rendimiento en tareas de control inhibitorio (Stroop) y de flexibilidad cognitiva (Cambio de reglas de BADS) es inferior al esperado y resulta imposible realizar la Torre de Hanoi, evidenciando importantes dificultades para la comprensión, planificación de tareas y resolución de problemas complejos.

En cuanto a la sintomatología psicológica y comportamental se detecta una clínica de depresiva leve-moderada (BDI-II, NPI) y apatía (NPI). Y a nivel funcional, no alcanza la independencia total para las actividades instrumentales de la vida diaria según la Escala de Lawton y Brody.

Conclusiones

El resultado en pruebas de screening sitúan el rendimiento de la paciente dentro de parámetros de normalidad según su grupo normativo. Presenta un buen rendimiento en tareas de lenguaje, atención sostenida, praxias y abstracción. Sin embargo, el rendimiento es bajo en áreas de atención dividida, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva y control inhibitorio. Y muy bajo, en el área de memoria verbal y visual y especialmente afectado queda el proceso de aprendizaje y consolidación de nueva información. Se objetivan a su vez, síntomas de corte depresivo y de apatía, y, si bien, permanece siendo independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, para estas últimas, la independencia no es total.

Impresión diagnóstica

En definitiva, se evidencia un deterioro cognitivo de predominio amnésico, con otros signos cognitivos (disejecutivos y atencionales) y neuroconductuales asociados, que parece haber tenido un inicio insidioso y curso progresivo que comienza a producir un impacto en la autonomía funcional de la paciente.

Teniendo en cuenta esto, la impresión diagnóstica es Deterioro Cognitivo multidominio con predominio amnésico y disejecutivo en probable relación con Enfermedad de Alzheimer.

Recomendaciones para la intervención

- Realizar una nueva valoración de seguimiento periódico por parte del especialista en neurología aportando los resultados de la valoración neuropsicológica.
- Iniciar el tratamiento no farmacológico de rehabilitación neuropsicológica que se elaborará de forma individualizada en función de las necesidades detectadas para su caso.
- Establecer contacto con profesionales del área, tanto de los servicios de salud como de servicios sociales y de asociaciones de afectados y familiares para solicitar información y ayuda correcta.

4. Propuesta de intervención

4.1.- Objetivos de la intervención

El objetivo general es evitar/retrasar el avance del deterioro cognitivo a través de la estimulación de funciones y adquisición de estrategias que permitan la mayor funcionalidad y calidad de vida en paciente y familia.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la conciencia de las dificultades y favorecer la comprensión y aceptación de las consecuencias que el deterioro tiene sobre su vida cotidiana para establecer objetivos realistas, alcanzables y favorecer la colaboración de la paciente.
- Conseguir una mejora y/o mantenimiento de las funciones cognitivas residuales de la paciente.
- Alcanzar una restauración y/o mantenimiento de las funciones cognitivas afectadas trabajando la estimulación directamente sobre ellas (atención, funciones ejecutivas y memoria principalmente).
- Proporcionar estrategias sustitutivas y habilidades compensatorias que reduzcan el impacto que los déficits ocasionan sobre su funcionalidad en la vida diaria.
- Adaptar el entorno instaurando medidas ambientales y sociales que favorezcan la compensación de los déficits atencionales, de funciones ejecutivas o mnésicas.
- Evitar el aislamiento de la paciente fomentando la interacción con su entorno, mantenimiento de relaciones sociales y estimulando la comunicación e interacción.
- Acompañar en el proceso de adaptación a la nueva situación evitando una mayor afectación emocional fomentando la propia identidad y autoestima.
- Establecer un sistema de retroalimentación y refuerzo constante sobre sus acciones para facilitar el proceso de aprendizaje, motivación y adaptación.
- Apoyar a familiares y cuidadores en el proceso de comprensión de la nueva situación, ofreciendo estrategias de manejo y apoyo emocional para favorecer un afrontamiento adaptativo.
- Lograr estos objetivos a través de actividades que sean personalmente relevantes para el paciente y la familia y que se den en un contexto funcional.

4.2.- Plan de intervención

El plan de intervención estará basado en un programa de rehabilitación neuropsicológica dirigido a mejorar la capacidad cognitiva de la paciente y potenciar el funcionamiento en la vida cotidiana (Sohlberg, M.M., Mateer, C.A., Penkman, L., Glang, A., y Todis, 1998).

Siguiendo el modelo de rehabilitación cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo y/o EA, se utilizará una combinación de los modelos de restauración, compensación y optimización de las funciones residuales. Debido a que la EA es una enfermedad

neurodegenerativa, el modelo clásicamente aplicado es el de compensación de la función con el fin de minimizar el impacto sobre las AVD. No obstante, partirá de un modelo de restauración de funciones alteradas apoyado por el concepto de neuroplasticidad cerebral que considera la capacidad del cerebro para adaptarse a nuevas situaciones con el objetivo de restablecer su equilibrio alterado. Y de optimización con el objetivo de mejorar el rendimiento de la función a través de la utilización de los sistemas cognitivos conservados (J.M. Muñoz Céspedes, 2001).

En este contexto, el programa de rehabilitación cuenta con tareas estructuradas orientadas al logro de los objetivos planteados en cada sesión. Estas tareas se han ido adaptando en complejidad, proporcionando instrucciones claras y simples, y un feedback inmediato y constante. Se han utilizado recursos accesibles para la paciente considerando el nivel premórbido, su ambiente natural y sus gustos personales, así como el fomento de estrategias internas.

Se ha optado por la realización de 54 sesiones comprendidas en 6 meses de duración (desde Septiembre a Marzo), con una frecuencia de 2 sesiones a la semana (martes y jueves) de 1 hora de duración cada una. Cada sesión se dividirá en áreas Cognitiva, Psicológica y/o Psicoeducativa, Funcional y Familiar, ésta última con una frecuencia quincenal. La intervención contará, por lo tanto, con programas de estimulación, con entrenamiento en capacidades cognitivas específicas y de reestructuración ambiental, con atención a familiares y con la utilización de programas de ordenador interactivos como el NeuroUP[®] (NeuronUP, 2020).

Tabla I. Plan de Intervención global (ver Plan de intervención completo en **ANEXO II**)

	SESIÓN	OBJETIVOS	TAREAS	PROCESO COGNITIVO
FASE INICIAL	1-3	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución y propuesta del plan terapéutico - Consensuar objetivos con la paciente - Obtener colaboración de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con la paciente y familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de conciencia de déficits - Gestión emocional - Movilización de procesos de cambio
FASE INTERMEDIA	4-17	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención - Adquirir conocimientos sobre el funcionamiento de la atención. - Fomentar la toma de conciencia personal y afrontamiento adaptativo. - Disminuir el nivel de apatía 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Orientación a la Realidad (TOR) - Estimulación Cognitiva (EC) - Psicoeducación sobre atención - Elaboración de listado de intereses y actividades. - Terapia de apoyo psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Lenguaje - Atención - Memoria episódica personal - Capacidades volitivas - Capacidad metacognitiva

	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la adaptación y convivencia familiar y evitar la sobrecarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones con la familia: la comunicación y el manejo de síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo 	
18-34	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar el rendimiento en orientación, atención. - Mejorar el rendimiento en memoria - Adquirir estrategias e instrumentos de apoyo externos compensatorios para la memoria - Aumentar la actividad diaria. - Disminuir el nivel de apatía. - Fomentar un afrontamiento adaptativo. - Fomentar la percepción de control en el cuidador y evitar la sobrecarga 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR - EC - Reminiscencia - Psicoeducación sobre la memoria - Entrenamiento en el uso de herramientas apoyo externas para la memoria. - Planificación de actividades diarias - Terapia de apoyo psicológico - Reunión con familia: adaptación del entorno, la importancia de la autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Lenguaje - Atención - Memoria - Capacidades volitivas - Estado de ánimo - Capacidad metacognitiva 	
FASE FINAL	35-52	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar el rendimiento en orientación, atención y memoria. - Mejorar las funciones ejecutivas - Adquirir estrategias e instrumentos de apoyo externos compensatorios para las funciones ejecutivas - Disminuir el nivel de apatía y aumentar la actividad diaria. - Fomentar la autonomía en las AVD - Fomentar el autocuidado del cuidador como estrategia para evitar la sobrecarga 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR - EC - Psicoeducación sobre funciones ejecutivas - Entrenamiento en el uso de estrategias de apoyo a las funciones ejecutivas. - Planificación de actividades diarias - Terapia de apoyo psicológico - Reunión de familia: estrategias de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Lenguaje - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas - Estado de ánimo - Capacidad metacognitiva
	53-54	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la eficacia del programa - Conocer el impacto en las diferentes esperas: cognitiva, emocional, funcional - Consensuar nuevos objetivos y propuestas de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de escalas cognitivas, psicológicas y funcionales - Entrevista con paciente y familia 	

4.3.- Descripción de tres sesiones

4.3.1.- Sesión inicial nº 1. *Devolución y orientaciones iniciales*

Justificación:

En un primer momento, en un caso como este, en el que se realiza una orientación diagnóstica de posible demencia, la paciente debe recibir apoyo y orientación, con la finalidad de mejorar la comprensión de la enfermedad y aprender cómo manejarse adecuadamente ahora y en el futuro.

Objetivos:

- Proporcionar información sobre los resultados de la valoración neuropsicológica y su significado.
- Fomentar la conciencia de la situación y posible repercusión en su vida diaria
- Aportar información sobre opciones de tratamiento.
- Fomentar el vínculo terapéutico, la colaboración y adherencia al plan de tratamiento
- Ofrecer apoyo psicológico que favorezca una adaptación adecuada a la nueva situación.
- Fomentar la colaboración e implicación del entorno familiar.

Organización y planificación de la sesión:

Esta sesión se llevaría a cabo tras la última sesión de la valoración neuropsicológica. Tendría una duración de 1 hora en la que se mantendría una reunión inicial conjunta con paciente y familia y a continuación con la paciente a solas (y familia a solas si demanda) para dar espacio a que pueda expresar dudas o su impacto inicial.

Tareas y actividades:

1. Devolución sobre resultados de la valoración neuropsicológica (15 minutos):

Se da una devolución sobre los resultados de la valoración en la que se señalan las áreas afectadas, las preservadas y las áreas a trabajar (objeto de intervención).

En este primer momento se le explicará el significado del posible diagnóstico y las consecuencias que podría conllevar en su vida para valorar el impacto de los déficits en el ámbito personal, familiar y social, así como su posible evolución.

Al tratarse de una persona que parece tener una baja conciencia de déficit, debemos comprender esto como posible mecanismo de defensa o como consecuencia de la propia enfermedad. Por este motivo, debemos dar la información sobre la enfermedad, las perspectivas de tratamiento y las cuestiones legales y financieras de forma prudente y progresiva para evitar un empeoramiento afectivo. Al mismo tiempo no debemos fomentar ni favorecer expectativas irreales.

2. Primeras recomendaciones (15 minutos): en esta primera entrevista conjunta se le señalarán y se le dejarán por escrito junto con el informe algunas recomendaciones para el paciente y familia (*tabla 3 y 4, Anexo III*)

3. Descripción inicial del plan de intervención desde la rehabilitación neuropsicológica (15 minutos):

Se llevará a cabo una explicación sobre en qué consiste la rehabilitación neuropsicológica, los objetivos generales que persigue y algunos aspectos aplicados en su caso.

Con el objetivo de fomentar la adherencia al tratamiento, sentando las bases del programa de rehabilitación sobre áreas cognitivas parcialmente preservadas y siguiendo los modelos de procesos atencionales, se le explica el proceso que seguirá (*“comenzaremos entrenando la atención, considerándola como un prerrequisito necesario para posteriormente poder abordar el trabajo sobre áreas más complejas”*).

Se explicará que más allá de las sesiones de rehabilitación se intentaría fomentar la adquisición e incorporación de ayudas externas en su funcionamiento diario.

Se explicará la importancia del trabajo en la adquisición de rutinas que favorezcan el aumento de actividad vinculada a sus gustos personales. Y la relevancia del trabajo en el área psicológica y emocional.

En cuanto a los familiares, se les animará a involucrarse en la intervención y se les darán una serie de recomendaciones para su colaboración en el plan de intervención

4. Espacio de entrevista personal con la paciente (15 minutos):

Se intentará fomentar el vínculo terapéutico, dando espacio para la expresión y el establecimiento de metas conjuntas.

Recursos humanos y materiales:

- Materiales: sala de reuniones, papel, informe y recomendaciones escritas.
- Humanos: neuropsicóloga, paciente y familiar.

4.3.2.- Sesión intermedia nº 24. Entrenamiento en orientación, atención y memoria

Justificación

Al igual que en sesiones previas, se continuará trabajando el área atencional sobre la base de que los diferentes aspectos de la atención son un sustrato básico necesario para la ejecución de cualquier tarea, por lo que su rehabilitación debe constituir un elemento indispensable en cualquier programa de tratamiento. La intervención se basará en la restauración de la función dañada con el objetivo de mejorar la función por medio del tratamiento de los déficits subyacentes a través del ejercicio y la práctica, bajo el supuesto de que la red neural implicada estaría siendo entrenada y se facilitaría el crecimiento axonal. Así mismo, siguiendo el programa *Attention Process Training (APT)*, de Sohlberg y Mateer (Sohlberg M.M., 1986), los ejercicios van dirigidos a rehabilitar la

atención sostenida, selectiva, alternante y dividida ordenados por nivel de dificultad, en esta sesión concretamente atención selectiva y alternante.

En cuanto al área de la memoria, en esta sesión se utilizará una combinación de estrategias de restauración y de compensación con apoyo de ayudas externas. Las estrategias de restauración se basarán en la hipótesis de los “niveles de procesamiento”, en cuanto a que la retención de una información nueva está en relación con el grado de elaboración al que se somete, por lo tanto, a más elaboración del estímulo, más fácil será posteriormente recordarlo, utilizando en este caso el nivel semántico. Asociativo el de mayor profundidad.

Objetivos

- Mejorar el rendimiento en orientación temporo-espacial y personal, atención selectiva y alternante, memoria de trabajo y memoria episódica.
- Entrenar en el uso de ayudas externas y estrategias compensatorias para la memoria
- Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria y fomento de autonomía.
- Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación.
- Favorecer la gestión emocional y evitar/prevenir sintomatología psicopatológica.

Organización y planificación de la sesión. Tareas y actividades

1. Terapia de Orientación a la realidad (TOR) (5 minutos). Conversar sobre noticias de actualidad contextualizándolas en tiempo y espacio, utilizando como material el periódico y vinculándolo a conocimientos culturales personales. Por ejemplo: *“¿qué conoces del país en donde se ha desarrollado la noticia?, ¿viajaste alguna vez?, ¿qué opinión tienes sobre ello?”, etc.*

Tipo de intervención. Restauración y optimización de la función.

2. Estimulación Cognitiva (EC) (30 minutos).

Atención. Tarea de papel: “Tarea de cancelación con reglas” (imagen 1, Anexo III). Se le presenta a la paciente un pasaje de uno de sus libros preferidos aprovechando su afición a la lectura y se le dan las siguientes instrucciones que irán aumentando en complejidad:

1º *“Señala todas las letras que empiecen por la letra “e”*

2º *“Señala las palabras que contengan la “s”*

3º *“Señala las palabras que contengan las letras “mp” juntas”.*

Tipo de intervención. Restauración y optimización de la función.

Descanso (5 minutos)

Memoria. Tarea de papel: “La lista de la compra: aprendizaje por categorías” (imagen 2, Anexo III). Se le pedirá que realice el ejercicio siguiendo los siguientes pasos:

1º Se le pedirá a la paciente que elabore una lista de la compra que considera necesaria para su casa.

2º Una vez elaborada esta lista, se le pedirá que clasifique cada elemento en las diferentes categorías: limpieza, frutas y verduras, carnes y pescados, lácteos y bebidas.

3º Finalmente se le pedirá, que sin mirar la lista intente reproducir la lista elaborada utilizando la estrategia categorial. Esta última tarea se pedirá que la repita en varias ocasiones para favorecer un aumento del número de elementos aprendidos.

Tipo de intervención. Restauración, optimización y compensación de la función.

3. Funcional – Ayudas Externas. “Planificación semanal” (Imagen 3, Anexo III) (10 minutos).

Tras la elaboración de un listado de intereses y preferencias, se revisarán actividades realizadas en días anteriores y se trabajará la planificación de actividades y tareas relevantes de la semana. Incluso en el caso de ser necesario se dejaría a la vista el programa para que lo pueda consultar.

Deberán anotarse tan sólo los datos imprescindibles, evitar información redundante y cualquier cosa que pueda preocupar a la paciente.

Para las tareas relevantes o que preocupen especialmente, se utilizará la programación de alarmas en el móvil.

4. Apoyo psicológico y feedback (10 minutos). Espacio para realizar un feedback sobre el rendimiento de la sesión de hoy y de la evolución longitudinal a lo largo de las sesiones hasta ahora. Se dejaría un espacio de planteamiento de dudas o cuestiones respecto a la sesión y para para la ventilación emocional. Además, se abordarían aspectos relacionados con la sintomatología psicológica y comportamental: estado de ánimo, presencia de sintomatología ansiosa, percepción subjetiva y aspectos relacionales.

Recursos humanos y materiales

- Materiales: sala de reuniones, papel, informe y recomendaciones escritas.
- Humanos: neuropsicóloga, paciente y familia.

4.3.3.- Sesión final nº 39. Funciones ejecutivas: memoria de trabajo y planificación

Justificación

Siguiendo con la base del mecanismo de “abajo-arriba”, en una fase más avanzada del programa, en este caso en la sesión número 39, tras haber realizada ya un

entrenamiento de procesos de más bajo nivel y más sencillas y con la idea de que éstos arrastran cierta recuperación de procesos de alto nivel se llevará a cabo una primera sesión de rehabilitación de funciones ejecutivas.

Por lo tanto, para llevarlo a cabo se esperaría que la paciente obtuviera un rendimiento aceptable en las tareas previamente entrenadas de orientación, atención, memoria y no se hayan evidenciado signos de frustración.

Objetivos

- Mejorar el rendimiento en orientación temporo-espacial y personal, atención, aprendizaje / memoria semántica y **funciones ejecutivas** (memoria de trabajo y planificación)
- Adquirir estrategias de autorregulación y **planificación de actividades**
- Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria.
- Fomentar la autonomía en AVD
- Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación.
- Favorecer la gestión emocional y evitar/prevenir sintomatología psicopatológica.

Organización y planificación de la sesión. Tareas y actividades

- 1. Terapia de Orientación a la realidad (TOR) (5 minutos).** Revisión de noticias actualidad en periódico contextualizándolas en tiempo, espacio e implicación personal vinculando algún aspecto de la noticia con aspectos de su vida personal actual o pasada.

Tipo de intervención. Restauración y optimización de la función.

- 2. Estimulación Cognitiva (EC) (30 minutos).**

Memoria. Tarea NeuroUP “Ordena la cocina” (Imagen 4, Anexo III)

Se presenta una cocina con diferentes elementos que debe colocar correctamente. La tarea consiste en que la paciente deberá colocar los objetos en el lugar correspondiente, mientras va memorizando su ubicación.

Comenzará en un nivel bajo en donde se aportan más pistas para su aprendizaje e irá avanzando hacia niveles más complejos en donde la ayuda se irá desvaneciendo.

Tipo de intervención. Restauración y optimización de la función.

Descanso (5 minutos)

Funciones Ejecutivas. Tarea NeuroUP “Pagos exactos” (Imagen 5, Anexo III).

Se le muestra por una parte una cantidad de dinero determinado y debajo diferentes billetes y monedas en euros. La tarea consiste en seleccionar la cantidad de dinero pedida de manera exacta.

Tipo de intervención. Restauración y optimización de la función.

3. Funcional – Ayudas Externas. “Las funciones ejecutivas: planes cognitivos” (Imagen 6, Anexo III) (10 minutos)

Una primera parte psicoeducativa se haría una breve descripción de lo que son las funciones ejecutivas y su implicación en las AVD.

Ante la importancia de la planificación dentro de ellas y la queja personal de la paciente y familia se expondría una estrategia que pudiera servir de ayuda para llevar a cabo planes cognitivos. El esquema a seguir sería:

- 1º Indicar los pasos necesarios para llevar a cabo una actividad sin tener en cuenta el orden.
- 2º Ordenar los pasos anteriormente enumerados.
- 3º Enumerar directamente los pasos en su orden.

Siguiendo el guion se le pediría que plantease “qué pasos debes seguir para realizar la compra”

Tipo de intervención. Restauración, optimización y compensación de la función.

4. Apoyo emocional y feedback (10 minutos). Se daría un espacio para realizar un feedback sobre el rendimiento de la sesión de hoy, además de la evolución longitudinal a lo largo de las sesiones hasta ahora. Se dejaría un espacio de planteamiento de dudas o cuestiones que quiera plantear respecto a la sesión y un espacio para la ventilación emocional. Se abordarían aspectos relacionados con la sintomatología psicológica y comportamental: estado de ánimo, presencia de sintomatología ansiosa, percepción subjetiva y aspectos relacionales.

Recursos humanos y materiales:

- Materiales: sala de reuniones, ordenador y programa NeuroUP
- Humanos: neuropsicóloga, paciente y familiar

4.4.- Resultados esperados de la intervención

Tras los 6 meses de intervención se realizaría una nueva valoración con las pruebas aplicadas previamente. Además se tendrá en cuenta el feedback aportado por la familia y por la propia paciente.

A nivel cualitativo, valorado a través de la entrevista con la paciente y familia, se esperaría un aumento del nivel de conciencia de las dificultades y unas expectativas más ajustadas y dirigidas a la utilización de recursos de apoyo. Por otra parte, a nivel familiar, se esperaría encontrar un ligero aumento en cuanto a conocimientos sobre la enfermedad y el manejo de su sintomatología que repercutiría en un descenso de la ansiedad percibida e incertidumbre.

A nivel de expresión del lenguaje, aún estando previamente preservado, se esperaría un aumento en cuanto a espontaneidad, iniciativa y fluidez.

Se esperaría encontrar un mantenimiento de la orientación temporo-espacial (MMSE), y una mejora en el rendimiento de atención dividida (TMT B).

En cuanto al rendimiento en memoria, se esperaría encontrar un ligero incremento, si bien no significativo en la curva de aprendizaje (TAVEC; RI-AT), en el reconocimiento (TAVEC; Recon-AC) y en la memoria a corto plazo (TAVEC; RL-CP). No obstante no se espera un mejor rendimiento en tareas de memoria a largo plazo verbal ni visual.

En cuanto a las funciones ejecutivas, se esperaría una ligera mejoría (no significativa) en memoria de trabajo (L y N WAIS-IV) y control inhibitorio (Stroop), que la situaría en un área limítrofe a las puntuaciones esperadas para su edad. Sin embargo, en cuanto a la flexibilidad cognitiva y planificación (BADS y Torre de Hanoi) el rendimiento no mejoraría.

A nivel psicológico y comportamental se esperaría un descenso del nivel de apatía (NPI), sin repercusión franca todavía sobre el estado de ánimo (BDI).

Cabe señalar que mantendría un nivel de funcionalidad similar al previo pero se esperaría un mayor uso de estrategias de apoyo que le permitiesen un aumento de su funcionalidad.

Por lo tanto, no se podría esperar una mejoría global en las funciones cognitivas tras la aplicación del programa de intervención, menos aún sobre áreas especialmente afectadas en esta patología como son la memoria y funciones ejecutivas. Sin embargo, sí se podrían esperar ligeros cambios sobre funciones cognitivas previamente preservadas como la orientación, atención y lenguaje, así como cambios de tipo cualitativo en cuanto a la actitud hacia la propia enfermedad, la capacidad metacognitiva y repercusión sobre su estado emocional que podrían verse beneficiadas en estos primeros momentos del tratamiento.

La ausencia de mejoría global podría explicarse por el propio carácter neurodegenerativo de la enfermedad entendiendo el entrenamiento cognitivo como un medio paliativo en el tratamiento de la EA. No obstante, las mejoras en los ámbitos anteriormente señalados podrían explicarse por el hecho de que en la EA se observa una capacidad de aprendizaje muy reducida y limitada, pero existente, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado (Tárraga, 1998).

5. Referencias bibliográficas

- Aranciva, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., ... Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): Normas para el Boston Naming Test y el Token Test. *Neurología*, 27(7), 394–399. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.016>
- Asociacion-cowa, C. O. W. (1999). *FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Asociacion-COWA)*. 1999.
- Barjau Romero, J.M, Viloria Jiménez, A., Vega-Piñero, A. y Chinchilla Moreno, A. (2002). Pseudodemencia depresiva: fronteras diagnósticas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(1), 43–45.
- Barroso Riba, J., Correia Delgado, R., & Nieto Barco, A. (2011). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Rehabilitación Neuropsicológica*, 257-e50. <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-2066-7.00016-1>
- Beck, Aaron T., Steer, Robert A. y Brown, G. K. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (S. . Pearson Educación, Ed.).
- Benedet M.J., A. M. A. (2014). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)* (TEA, Ed.). Madrid.
- Buriel, Buriel, Y., Gramunt, N., Bohm, P., Rodes, E., & Pena-Casanova, J. (2004). [Verbal fluency: preliminary normative data in a Spanish sample of young adults (20-49 years of age)]. *Neurología (Barcelona, Spain)*, Vol. 19, pp. 153–159. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=&site=eds-live>
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648–655.
- Centro de Prevención del Deterioro. (2011). *Estimulación Cognitiva. Cuaderno de actividades de la vida diaria* (Esteve, Ed.). Madrid.
- Cordero, P. R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 51(Supl 1), 12–21.
- Cummings JL y cols. (1999). *Inventario Neuropsiquiátrico NPI*.
- Documentos, D. S. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid.
- García-Alberca, J. M. (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.002>
- García-Martínez, J. y Sánchez-Cánovas, J. (1993). Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Boletín de Psicología*, 43, 89–105.
- Garre Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>

- Golden, C. J. (2001). *Test de Colores y palabras Stroop. Manual* (TEA Ediciones, Ed.). Madrid.
- Golden, C. J. (2005). Test de colores y palabras (Stroop). In *TEA Ediciones*.
- IMSERSO, Á. B. y J. L. D. C.-C. E. de A. al D. C. (2008). *Guía para el manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral. Manual para profesionales que trabajan en la rehabilitación de personas con daño cerebral* (Ministerio). Madrid.
- J.M. Muñoz Céspedes, J. T. U. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica* (Síntesis, Ed.). Madrid.
- Junqué, Carme y Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología* (Síntesis). Madrid.
- Lobo, Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., JL, D., C, de la C., ... Aznar, S. (1999). [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicina Clínica*, Vol. 112, pp. 767–774. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=&site=eds-live>
- Lubrini, G., & Ríos-Iago, M. (n.d.). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la atención*.
- M. García-Alberca, J., P. Lara Muñoz, J., & Berthier Torres, M. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. (Spanish). *Neuropsychiatric and Behavioral Symptomatology in Alzheimer's Disease. (English)*, 38(4), 212–222. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=56601759&lang=es&site=ehost-live>
- Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J., & Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(1), 26–37. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
- Ministerio de Sanidad, P. S. e I. (2011). *Guía de práctica clínica sobre la Atención Integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*.
- Morales JM, González-Montalvo JI, Bermejo F, D. S. T. (1995). The screening of mild dementia with a shortened Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 9(2), 105–111.
- NeuronUP. (2020). *NeuronUP 2012-2020. Área de Trabajo (online)*.
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
- Orta-Salazar, E., Fera-Velasco, A. I., & Díaz-Cintra, S. (2019). Alteraciones en la corteza motora primaria en la enfermedad de Alzheimer: estudio en el modelo 3xTg-AD. *Neurología*, 34(7), 429–436. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.02.016>
- Peña-Casanova J., Jarne A, G. J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica-Test Barcelona: bases teóricas, objetivos y contenidos. *Revista de Logopedia Foniatría y Audiología*, 11(66–79).
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa Integrado de exploración neuropsicológica. Test*

- Barcelona (Masson, Ed.). Barcelona.
- Peña-Casanova, Jordi. (1999). *Alteraciones Psicológicas y del Comportamiento en la Enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Retrieved from <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Alteraciones.pdf>
- Peña-Casanova, Jordi. (2007). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, 16(2), 189–211. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-92>.
- Peña-Casanova, Jordi, Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., ... Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for verbal fluency tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(4), 395–411. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp042>
- Perea Pérez, Rocío y Álvarez González, A. (2018). Pseudodemencia depresiva en el paciente anciano: a propósito de un caso. *INTERPSIQUIS. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*.
- Pérez-padilla, E. A., Cervantes-ramírez, V. M., Hijuelos-garcía, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. 28(2), 75–100.
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003>
- Quiñones-Ubeda, Quiñones-Ubeda, S., Peña-Casanova, J., Böhm, P., Gramunt-Fombuena, N., & Comas, L. (2004). [Preliminary normative data for the second edition of the Boston Naming Test for young Spanish adults]. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, Vol. 19, pp. 248–253. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=&site=eds-live>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an Indicator of Organic Brain Damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8(3), 271–276. <https://doi.org/10.2466/pms.1958.8.3.271>
- Rey, A. (2009). *Test de una Figura Compleja* (TEA, Ed.).
- Rodríguez Sánchez, J. M., Legascue De Larrañaga, I., & Carrasco Perera, J. L. (2004). Diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva, demencia frontal y demencia subcortical: Estudio de un caso. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32(1), 60–64.
- Sohlberg, M.M., Mateer, C.A., Penkman, L., Glang, A., y Todis, B. (1998). Awareness intervention: who needs it? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), 62–78.
- Sohlberg M.M., M. C. A. (1986). *Attention Process Training (APT)* (Puyallup).
- Subirana Mirete, J., Crusat Basté, M., Cullell Gómez, N., Cuevas Pérez, R., & Signo Miguel, S. (2011). Demencias y enfermedad de Alzheimer. In *Rehabilitación Neuropsicológica* (1st ed.). <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-2066-7.00018-5>

- Tárraga, L. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral - Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 27(1), 51–62. Retrieved from <https://www.neurologia.com/articulo/98448>
- Tellechea, P., Pujol, N., Esteve-Belloch, P., Echeveste, B., García-Eulate, M. R., Arbizu, J., & Riverol, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? *Neurología*, 33(4), 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>
- Vergara I, Bilbao A, Orive M, García-Gutierrez S., Navarro G., Q. J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*, 10(130).
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (2017). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Wechsler, D. (2012). *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos IV* (Pearson, Ed.). Madrid.
- Wilson B.A, Alderan N., Burgess P., Emslie H., E. J. (1999). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs)* (Pearson, Ed.). Inglaterra.

ANEXOS

Anexo I

Tabla 1. Resumen comparativo de la epidemiología, etiología y sintomatología de la EA y la Pseudodemencia depresiva

	Enfermedad de Alzheimer	Pseudodemencia depresiva
Descripción general	Es una enfermedad neurodegenerativa de inicio insidioso caracterizada por la presencia de deterioro de la función cognitiva, principalmente, pérdida de memoria, y manifestaciones psicológicas y comportamentales.	Trastorno psiquiátrico primario, generalmente un episodio depresivo mayor que cursa con deterioro en las capacidades cognitivas
Epidemiología	5,05 % ¹	3 % ²
Etiología	Desconocida. Sólo una pequeña parte de los casos es explicada por la genética. En su neuropatología se han observado depósitos extracelulares de placas seniles de β -amiloide y ovillos neurofibrilares intracelulares compuestos por proteína tau hiperfosforilada.	Intervienen factores psicosociales, genéticos y neurobiológicos
Sintomatología	Perfil cognitivo amnésico-afaso-apraxo-agnóstico	Síndrome de deterioro cognitivo en el contexto de un cuadro generalmente afectivo (depresión mayor)

(1) (Niu et al., 2017)

(2) (Barjau Romero, J.M, Vilorio Jiménez, A., Vega-Piñero, A. y Chinchilla Moreno, 2002)

Tabla 2. Rasgos distintivos entre demencia y alteración cognitiva asociada al TDM

Enfermedad de Alzheimer	Pseudodemencia depresiva
Inicio gradual	Inicio brusco y rápido
Predominio de síntomas objetivos	Predominio de síntomas subjetivos
Quejas centradas en el entorno (“me cambian las cosas de sitio”)	Quejas centradas en sí mismo (“no sé hacer las cosas”). Se esfuerza poco
Trastornos cognitivos: <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la concentración y atención - Pérdida de memoria inmediata y reciente - Lagunas sólo en casos de delirium - Igual respuesta a tareas de similar dificultad - Desorientación temporo-espacial 	Trastornos cognitivos: <ul style="list-style-type: none"> - Atención y concentración conservados - Pérdida de memoria reciente y remota - Lagunas de memoria - Respuesta variable a tareas de similar dificultad - Muy infrecuente la desorientación
Progresión lenta	Progresión rápida
El paciente no presenta insight	El paciente con insight
Confabulaciones	Trastorno de memoria
El paciente minimiza la alteración	El paciente enfatiza la alteración
Comportamiento consistente con la gravedad del trastorno	Comportamiento frecuentemente inconsistente con la gravedad del trastorno
Frecuentes fallos en las respuestas	Respuestas inespecíficas (“no sé”)
Exacerbación nocturna de los síntomas	No cambios nocturnos
Humor depresivo fluctuante, no permanente: apatía y despreocupación	Humor depresivo permanente y peor por la mañana
Son raros los síntomas vegetativos	Síntomas vegetativos frecuentes
Infrecuente historia previa de psiquiatría	Frecuente historia psiquiátrica previa
Bajo riesgo de suicidio.	Alto riesgo de suicidio
Autoimagen más conservado: “no es para tanto”	Autoimagen deteriorada

Anexo II. Plan de intervención completo

	SESIÓN	OBJETIVOS DE LA SESIÓN	TAREAS Y JUSTIFICACIÓN	PROCESO COGNITIVO
FASE INICIAL	1 (1.09.20)	<ul style="list-style-type: none"> – Ofrecer una devolución del nivel base a nivel cognitivo, de su estado emocional y sobre la repercusión funcional. – Ofrecer información clara y comprensible sobre el significado del posible diagnóstico. – Ofrecer recomendaciones básicos sobre el cuidado de hábitos y estilo de vida para paciente y familia. – Realizar un planteamiento inicial de abordaje terapéutico que asiente las bases de una relación terapéutica y colaboración con paciente y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista de devolución con paciente y familia. – Psicoeducación. – Introducción al programa de rehabilitación neuropsicológica y explicación del mismo. – Resolución de dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Toma de conciencia de déficits. – Gestión emocional. – Movilización de procesos de cambio en paciente y familia. – Proceso de ajuste a la nueva situación por parte de paciente y familia.
	2 (3.09.20)	<ul style="list-style-type: none"> – Establecer del plan terapéutico: estructura, organización y planteamiento de objetivos conjuntos. – Afianzar el vínculo terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista con la paciente: informar sobre el plan de trabajo, resolver dudas, plantear 	<ul style="list-style-type: none"> – Toma de conciencia de déficits. – Gestión emocional.

	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la colaboración familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> objetivos conjuntos y realizar acuerdos de trabajo. - Elaboración de un Listado de intereses personales para que el programa se ajuste más a la situación personal. - Entrevista con la familia: acordar el encuadre, sus funciones y colaboración, resolver dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización de procesos de cambio. - Establecimiento del vínculo terapéutico.
3 8.9.20	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la colaboración familia - Aportar información sobre la enfermedad y sintomatología - Informar sobre la importancia del cuidado del cuidador. - Apoyo psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión familiar - Entrevista individual con cada miembro - Psicoeducación - Terapia de apoyo emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión emocional - Procesos de ajuste y adaptación. La nueva situación.

FASE INTERMEDIA	4	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Adquirir conocimientos sobre el funcionamiento de la atención y su importancia en la vida diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (TOR): ubicación en tiempo y espacio con el apoyo de la lectura de noticias del periódico del día - PSICOEDUCACIÓN sobre atención - ESTIMULACIÓN COGNITIVA (EC). Atención selectiva: <ul style="list-style-type: none"> - Tarea en papel: <i>"Tareas de Cancelación"</i> - Tarea NeuroUP: contacto inicial con el programa, su funcionamiento y contacto con tareas de nivel bajo de tipo atencionales. - APOYO PSICOLÓGICO: espacio de ventilación emocional y apoyo en donde resolver dudas, cuestiones que 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal y espacial. - Atención selectiva. - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva. - Fomento de insight - Gestión emocional
	10.09.20			

le preocupan y ofrecer feedback
sobre su rendimiento reforzando
logros.

	<p>5 (15.09.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Adquirir conocimientos obre cómo determinados factores (estrés, ánimo) puede influir sobre su rendimiento. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Fomentar la adaptación familiar, el cuidado y autocuidado, evitando la sobrecarga. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: noticias periódico digital (Restauración/Optimización) - EC. Atención selectiva y alternante: <ul style="list-style-type: none"> - Tarea papel: <i>“Búsqueda de Símbolos”</i> - Tarea NeuroUP: atención selectiva - PSICOEDUCACIÓN sobre la atención y factores influyentes (estrés, ánimo, etc.) - APOYO PSICOLÓGICO: espacio de ventilación emocional y apoyo en donde resolver dudas, cuestiones que le preocupan y ofrecer feedback sobre su rendimiento reforzando logros. - FAMILIA. Reunión con la familia: psicoeducación sobre 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal y espacial - Atención selectiva y alternante - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight - Gestión emocional paciente y familia
--	---------------------	---	---	---

estrategias de comunicación
Apoyo psicológico.

	<p>6 (17.09.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Adquirir conocimientos sobre factores protectores que favorecen una mayor atención - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: utilizando noticias del fin de semana (Restauración/Optimización) - EC. Atención selectiva y alternante: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas de papel: <i>“Tareas de cancelación con reglas”</i> - Tarea NeuroUP: atención selectiva y alternante - PSICOEDUCACIÓN sobre factores potenciadores de atención - APOYO PSICOLÓGICO: espacio de ventilación emocional y apoyo en donde resolver dudas, cuestiones que le preocupan y ofrecer feedback sobre su rendimiento reforzando logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal y espacial - Atención selectiva y alternante - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight - Gestión emocional
--	---------------------	---	--	--

	<p>7 (22.09.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Adquirir estrategias de compensación o manejo para favorecer los procesos atencionales - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Noticias Periódico Digital (Restauración/Optimización) - EC. Atención selectiva, alternante y dividida: <ul style="list-style-type: none"> - Tarea en papel: “<i>Sopa de letras</i>” - Tarea NeuroUP: atención alternante y dividida - PSICOEDUCACIÓN sobre estrategias de compensación y manejo en procesos atencionales. - PSICOLÓGICO: apoyo y feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal y espacial - Atención selectiva, alternante y dividida - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight - Gestión emocional
--	-------------------------	---	---	--

- | | | | |
|--------------|--|---|---|
| 8 (24.09.20) | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Adquirir mayor conciencia sobre situación actual y fomentar interés y motivación para el aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: Lectura de noticias actuales y su vinculación/afectación con vida personal actual. - EC. Atención selectiva, alternante y dividida: <ul style="list-style-type: none"> - Tarea en papel: <i>“Lectura con regla de detección”</i> - NeuroUP: tareas de atención alternante y dividida - FUNCIONAL: Elaboración de un Listado de actividades diarias y planteamiento de deseos e intereses posibles para la vida diaria - PSICOLÓGICO: apoyo y feedback | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal, espacial y personal - Atención selectiva, alternante, sostenida y dividida - Memoria episódica personal - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight - Gestión emocional |
|--------------|--|---|---|

- | | | | |
|--------------|---|--|--|
| 9 (29.09.20) | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Fomentar la capacidad de adaptación familiar, de cuidado y autocuidado. Evitar la sobrecarga. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: Lectura de noticias actuales y su vinculación con vida personal actual y pasada. - EC. Atención selectiva, alternante y dividida: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas en papel: “<i>Búsqueda de diferencias</i>” - NeuroUP: tareas de atención alternante y dividida - FUNCIONAL: elaboración de listado de tareas para su realización durante el fin de semana (recorte periódico y señalar noticias de interés). - APOYO PSICOLÓGICO y feedback - FAMILIA. Reunión con la familia: psicoeducación sobre síntomas cognitivos y su manejo. Apoyo psicológico. | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal, espacial y personal - Atención selectiva, alternante y dividida - Memoria episódica personal - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva: autoconciencia personal - Fomento de insight - Gestión emocional paciente y familia |
|--------------|---|--|--|

9 (29.09.20)	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación y atención. - Disminuir del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Adquirir estrategias para el manejo de la apatía - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Revisión de tareas del fin de semana trabajando aspectos de orientación y atención - EC. Atención alternante y dividida: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: "Interrupción verbal durante la lectura" - NeuroUP: tareas atencionales - FUNCIONAL: elaboración conjunta Listado de actividades diarias o deseos posibles a realizar. - APOYO PSICOLÓGICO y feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación temporal, espacial y personal - Atención selectiva, alternante y dividida - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight y apoyo psicológico a paciente.
10-17 (06.10.20-29.10.20)	<p><i>A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO EL ÁREA ATENCIONAL CON UNA COMBINACIÓN DE TAREAS SIMILARES A LAS PREVIAMENTE DESCRITAS QUE TRABAJEN LAS DIFERENTES SUBÁREAS ATENCIONALES CON LA MISMA ESTRUCTURA Y OBJETIVOS.</i></p>		

	<p>18 (03.11.20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención y memoria de trabajo. - Adquirir conocimientos sobre el funcionamiento de la memoria. - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico vinculándolas con su historia personal pasada. - PSICOEDUCACIÓN sobre los diferentes tipos de memoria y su repercusión en la vida diaria - EC. Atención y memoria de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Tarea papel: <i>"Laberinto de figuras"</i> - NeuroUP: tareas atencionales - NeuroUP: tarea de memoria de trabajo - FUNCIONAL: elaboración de un Plan de Actividades para el fin de semana - APOYO PSICOLÓGICO y feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria episódica personal - Memoria de trabajo - Capacidades volitivas (apatía) - Capacidad metacognitiva - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Fomento de insight - Gestión emocional.
--	--	--	--

- | | | | |
|---------------|---|---|--|
| 19 (05.11.20) | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención y memoria de trabajo. - Adquirir conocimientos sobre factores protectores y perjudiciales en el rendimiento en memoria - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico vinculándolas con su historia personal pasada. - Psicoeducación sobre los diferentes factores influyentes sobre el rendimiento de memoria y estrategias para su manejo. - EC. Atención y memoria de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: <i>"Lectura"</i> - NeuroUP: tareas atencionales - NeuroUP: tarea de memoria de trabajo - FUNCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión del planning de actividades realizadas durante el fin de semana. | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria episódica personal - Memoria de trabajo - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight - Gestión emocional. |
|---------------|---|---|--|

- Elaboración de un ***Plan de actividades diarias para la semana***
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback

<p>20 (10.11.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención y memoria de trabajo. - Adquirir conocimientos sobre estrategias compensatorias y ayudas externas para la memoria - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Evitar la sobrecarga del cuidado fomentando la sensación de control, el autocuidado y percepción de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico vinculándola con su historia personal. - PSICOEDUCACIÓN: ofrecer estrategias y tipos de ayudas externas de las que nos podemos valer para compensar las dificultades en memoria en las AVDs (agenda, alarmas, lista de la compra, etc.) - EC. Atención y memoria de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: <i>“Tareas de cancelación con reglas”</i> - NeuroUP: tareas atencionales - NeuroUP: tarea de memoria de trabajo - FUNCIONAL / AYUDAS EXTERNAS: incluir una agenda 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria: episódica personal, memoria de trabajo - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional.
----------------------	--	---	---

como material de apoyo para llevar a cabo la planificación de actividades propuestas a realizar el fin de semana. Elaboración conjunta.

- APOYO PSICOLÓGICO y feedback
- FAMILIA. Reunión familiar: psicoeducación sobre síntomas psicológicos y su manejo. El fomento de la autonomía. Apoyo psicológico.

21-23
(12.11.20-
19.11.20)

A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO LA ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA DE TRABAJO CON LOS MISMOS OBJETIVOS, ESTRUCTURA DE SESIONES Y TAREAS SIMILARES

<p>24 (24.11.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria de trabajo y memoria a corto plazo (MCP) - Entrenar en el uso de ayudas externas para la memoria - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico - EC. Atención y memoria: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: <i>“Tareas de cancelación con reglas”</i> - Tarea de Papel (MCP): <i>“aprendizaje por categorías”</i> - FUNCIONAL (Lista de la compra): incluir la lista de la compra como ejemplo para la ayuda de aprendizaje de información por categorías. - AYUDA EXTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Agenda: revisión de actividades realizadas el fin de semana y uso de la agenda ofreciendo feedback y realizando una valoración del nivel de satisfacción con cada actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria: episódica personal, memoria de trabajo, MCP. - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional.
----------------------	---	--	--

- Elaborar planing de actividad semanal de forma conjunta en donde se incluirá la elaboración de ***lista de la compra y su realización.***
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback

<p>25 (26.11.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria de trabajo y MCP - Entrenar en el uso de ayudas externas para la memoria - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico y vinculación con su historia de vida. - EC. Atención, memoria de trabajo y MCP: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: “Atención selectiva” - NeuroUP: tarea de memoria de trabajo - Tarea de papel (MCP): <i>tarea de aprendizaje por categorías</i> - FUNCIONAL/ AYUDA EXTERNA: Revisión de la actividad de realizar la compra (lista de la compra) ofreciendo feedback. - APOYO PSICOLÓGICO y feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria: episódica personal, memoria de trabajo, MCP - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional
----------------------	--	--	--

<p>26 (01.12.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria de trabajo y MCP - Entrenar en el uso de ayudas externas para la memoria - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Aumentar en contacto social. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico - EC. Atención, memoria de trabajo y MCP: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención y memoria de trabajo - Tarea en papel (MCP) <i>tarea de aprendizaje por categorías.</i> - REMINISCENCIA: cumplimentar algunos episodios de su vida personal en un libro de memoria sobre historia de vida - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Alarmas: entrenamiento en el uso de alarmas en el móvil, uso de calendarios o recordatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria: episódica personal, memoria de trabajo, MCP, autobiográfica. - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insigh. - Gestión emocional
----------------------	---	---	--

- **Agenda:** revisión de actividades realizadas el fin de semana: uso de agenda, contacto sociales.
- Elaborar **planing** de actividades semanal de manera supervisada.
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback

- | | | | |
|----------------------|--|--|--|
| <p>27 (03.12.20)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria de trabajo y MCP - Entrenar en el uso de ayudas externas para la memoria - Disminuir el nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Favorecer una adecuada convivencia con la familia evitando la sobrecarga del cuidador. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante periódico vinculadas a su historia de vida. - EC. Atención, memoria y aprendizaje: <ul style="list-style-type: none"> - Tareas papel: atención - NeuroUP: tarea de memoria de trabajo y de aprendizaje por categorías - REMINISCENCIA: episodio de Libro de memoria sobre historia de vida - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: creación de alarmas sobre tareas importantes de manera supervisada. - APOYO PSICOLÓGICO y feedback | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria: episódica personal, memoria de trabajo y MCP. - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional. |
|----------------------|--|--|--|

		– FAMILIA. Reunión familiar: la adaptación del entorno. Apoyo psicológico.
28-34 (08.12.20- 07.01.21)	<i>A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE MEMORIA Y ESTRATEGIAS DE APOYO CON LOS MISMOS OBJETIVOS, ESTRUCTUR DE LA SESIÓN Y TAREAS SIMILARES.</i>	

FASE FINAL

<p>35 (12.01.21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (control inhibitorio) - Adquirir conocimientos sobre las funciones ejecutivas, su implicación en actividades de la vida diaria y estrategias de manejo. - Entrenar en el uso de ayudas externas para la memoria - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias/coloquio - EC. Atención, memoria y control inhibitorio: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención - NeuroUP: tareas de memoria - NeuroUP: tareas de control inhibitorio (tareas tipo go-no go) - Psicoeducación: descripción de las funciones ejecutivas, su implicación en aspectos de la vida diaria. - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera supervisada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas (control inhibitorio) - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional
----------------------	--	--	--

- Elaboración de planing semanal en **agenda** de manera supervisada
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback

<p>36 (14.01.21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (control inhibitorio) - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Fomentar estrategias de autocuidado en el cuidador principal para evitar la sobrecarga. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias/coloquio - EC. Atención, memoria y control inhibitorio: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención - NeuroUP: tareas de memoria - NeuroUP: tareas de control inhibitorio - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera supervisada. - Elaboración de planing semanal en agenda de manera supervisada - APOYO PSICOLÓGICO y feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas (control inhibitorio) - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional.
----------------------	---	--	---

- FAMILIA. Reunión familiar:
estrategias de autocuidado y
apoyo psicológico

37-38
(19.01.21-
21.01.21)

*A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO LA ESTIMULACIÓN DEL CONTROL
INHIBITORIO CON MISMOS OBJETIVOS, ESTRUCTURA DE SESIONES Y TAREAS SIMILARES*

<p>39 (26.01.21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (planificación) - Adquirir conocimientos sobre lo que son las funciones ejecutivas, su implicación en tareas de las AVD. - Adquisición de estrategias de autorregulación y planificación de actividades - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias vinculándolas con su situación personal actual o pasada. - EC. Memoria y funciones ejecutivas: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: <i>"Ordenar la cocina"</i> - NeuroUP: <i>"Pagos exactos"</i> - Psicoeducación. <i>"Planes cognitivos"</i>: describir estrategia planificación indicando la importancia de organizar objetivos, dividir en pasos, ordenarlos y revisar el plan. - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar la planificación de acciones cognitivas en <i>"qué pasos para hacer la compra"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas (planificación) - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional.
----------------------	---	---	---

- Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera supervisada.
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback

<p>40 (28.01.21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (planificación) - Adquisición de estrategias de autorregulación y planificación de actividades - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. - Fomentar estrategias de autocuidado y evitar la sobrecarga del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias/coloquio - EC. Atención, memoria y planificación: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención - NeuroUP: tareas de memoria - Tareas de papel: “<i>Secuencia de acciones</i>” - Tarea de planificación: elaboración de una <i>receta de cocina conocida para ella</i> siguiendo las estrategias anteriormente señaladas. - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera autónoma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas (planificación) - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insigh. - Gestión emocional
----------------------	--	---	---

- Elaboración del planing semanal de manera autónoma en la que se incluirá realizar la comida.
- Debe incluir adquirir ingredientes precisos para receta de cocina.
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback
- FAMILIA. Reunión familiar: estrategias de autocuidado y apoyo psicológico.

- | | | | |
|----------------------|---|--|---|
| <p>41 (02.02.21)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (planificación) - Adquisición de estrategias de autorregulación y planificación de actividades complejas - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias/coloquio - EC / FUNCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y ejecución de una receta de cocina de manera supervisada siguiendo los pasos anteriormente trabajados en las sesiones. - AYUDAS EXTERNAS: revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera autónoma. - APOYO PSICOLÓGICO y feedback | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas (planificación) - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento. - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional. |
|----------------------|---|--|---|

42-44
(04.02.21-
11.02.21)

A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO LA ESTIMULACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN CON MISMOS OBJETIVOS, ESTRUCTURA DE SESIONES Y TAREAS SIMILARES

<p>45 (16.02.21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (solución de problemas) - Adquisición de estrategias de solución de problemas - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - TOR: Tareas de orientación mediante noticias coloquio - EC. Atención y memoria: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención - NeuroUP: tareas de memoria - Psicoeducación: descripción de estrategias para resolución de problemas aplicado a tareas cotidianas. - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera autónoma. - Elaboración del planing semanal de manera autónoma en la que se incluirá gestión de solución 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional
----------------------	---	--	---

de problema/asunto

pendiente

– APOYO PSICOLÓGICO y
feedback

46 (18.02.21)

- Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (solución de problemas)
 - Adquisición de estrategias de solución de problemas
 - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria.
 - Fomentar la autonomía en AVD
 - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros.
 - Fomentar estrategias de autocuidado y evitar la sobrecarga del cuidador
- TOR: Tareas de orientación mediante noticias/coloquio
 - EC. Atención, memoria y solución de problemas:
 - NeuroUP: tarea de atención
 - NeuroUP: tareas de memoria
 - Tarea Papel: describir diferentes situaciones en las que debe aplicar las estrategias para resolución de problemas.
 - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS:
 - Revisión y creación de alarmas sobre tareas importantes de manera autónoma.
- Orientación
 - Atención
 - Memoria
 - Funciones ejecutivas
 - Capacidades volitivas (apatía)
 - Rastreo visual
 - Velocidad de procesamiento
 - Capacidad metacognitivas
 - Fomento de insight .
 - Gestión emocional

- Revisión y supervisión de la gestión de solución de problemas en el planing.
- APOYO PSICOLÓGICO y feedback
- FAMILIA. Reunión familiar: estrategias de autocuidado y apoyo psicológico.

- | | | | |
|----------------------|---|--|---|
| <p>47 (23.02.21)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el rendimiento en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas (solución de problemas) - Adquisición de estrategias de solución de problemas - Disminución del nivel de apatía a través del aumento de actividad diaria. - Fomentar la autonomía en AVD - Fomentar la autoconciencia y adaptación de la nueva situación con una adecuada gestión del impacto emocional y refuerzo de logros. | <ul style="list-style-type: none"> - TOR: tareas de orientación mediante noticias/coloquio - EC. Atención, solución de problemas y flexibilidad cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> - NeuroUP: tarea de atención - NeuroUP: tareas de memoria - Tarea Papel: describir diferentes situaciones en las que debe aplicar las estrategias para resolución de problemas con la inclusión de dificultades que exigen cambios de decisiones. - FUNCIONAL Y AYUDAS EXTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y creación de alarmas sobre tareas | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Atención - Memoria - Funciones ejecutivas - Capacidades volitivas (apatía) - Rastreo visual - Velocidad de procesamiento - Capacidad metacognitiva - Fomento de insight. - Gestión emocional |
|----------------------|---|--|---|

importantes de manera
autónoma.

- Elaboración del planing
semanal en agenda en
donde debe incluir la gestión
de un asunto de manera
autónoma.
- APOYO PSICOLÓGICO y
feedback

48-52
(25.02.21-
11.03.21)

*A LO LARGO DE ESTAS SESIONES SE CONTINUARÁ REFORZANDO LA ESTIMULACIÓN DE SOLUCIÓN DE
PROBLEMAS CON MISMOS OBJETIVOS, ESTRUCTURA DE SESIONES Y TAREAS SIMILARES*

- | | | |
|---------------|--|--|
| 53 (16.03.21) | <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el efecto del programa sobre el rendimiento cognitivo en las áreas trabajadas. - Conocer el impacto emocional que el programa ha tenido en este tiempo - Valorar si existe un cambio a nivel funcional sobre la persona | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de escala de screening MOCa - Aplicación de escala de estado de ánimo - Aplicación de escala funcional - Entrevista con la pacientes sobre su valoración subjetiva, necesidades detectadas y propuestas. |
| 54 (18.03.21) | <ul style="list-style-type: none"> - Aportar una devolución sobre la valoración realizada. - Ofrecer información sobre cambios, necesidades y propuestas de trabajo - Valorar y compartir con la familia los cambios detectados, valorar discrepancias y consensuar nuevos objetivos. | <ul style="list-style-type: none"> - Reunión con la paciente - Reunión la familia |

Anexo III. Material de intervención

Tabla 3. FASE INICIAL: Algunas recomendaciones para la paciente

RECOMENDACIONES GENERALES
<ul style="list-style-type: none">• Se deben minimizar los factores de riesgo modificables de salud actuales: cardiovasculares, se eliminar el consumo de alcohol y tabaco.• Es recomendable mantener unos hábitos adecuados en áreas básicas como la alimentación y la instauración de medidas que favorezcan la higiene del sueño.• Se aconsejan llevar a cabo cambios en el entorno que faciliten la adaptación en el día a día: estrategias de modificación del entorno, uso de ayudas externas (agendas, reloj, pastilleros, calendarios, etc.)• Será beneficioso el establecimiento de rutinas para cada día y semana• Se recomienda la práctica habitual de actividad cognitiva y física, ya que esta juega un papel importante en la prevención del deterioro cognitivo.• Se recomienda valorar la capacidad de conducir ya que en la actualidad puede suponer un aumento de riesgo de sufrir accidentes y comprometer la seguridad de otras personas y de sí misma.• Se recomienda maximizar las medidas de seguridad tanto en el domicilio (control del gas), como en la toma de medicación (uso de pastilleros y supervisión), como en las posibles salidas fuera del domicilio (utilización de un localizador) para minimizar riesgos que puedan poner en peligro la integridad.

Tabla 4. FASE INICIAL: Algunas recomendaciones para la familia (IMSERSO, 2008; Jordi Peña-Casanova, 1999)

CONVIVENCIA
<ul style="list-style-type: none">• Se flexible y paciente• Promover la autonomía en las actividades diarias• Evitar corregir a la persona• Ayudar a la personas a ser tan independiente como sea posible• Facilitarle las tareas ofreciéndole opciones• Simplificar las instrucciones• Establecer una rutina familiar

- Estar atento a las reacciones emocionales
- Simplificar, estructurar y supervisar.
- Proveer de ayuda y soporte según necesidad.

MANEJO DE SÍNTOMAS COGNITIVOS

- Extensión normal con expresiones claras y breves.
- Asegurarte de que os ha comprendido. Si vemos que no, se lo repetiremos de una manera más sencilla
- Repetir las cosas si vemos que no ha atendido
- Dar tiempo para contestar (ser pacientes)
- Evitar distractores
- Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas/pistas si vemos que está cansada: pedirle lo que realmente puede dar
- Si vemos que ante situaciones se siente extrañada, preguntar si sabe de lo que se habla. Si no, repetírselo o dar pistas para que recuerde.
- Animarla a que use apoyos externos como la agenda
- Si abordamos temas complejos, podemos intentar poner ejemplos.

EL ENTORNO

- Sencillo: se debe simplificar, pero conservando las cosas personales y recuerdos.
- Estable: establecer rutinas, no cambiar los hábitos y gustos.
- Seguro: evitar o suprimir todo tipo de peligros.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES

- Ante la apatía y falta de iniciativa:
 - Intentar interpretar la apatía como una consecuencia de la enfermedad
 - Dividir las actividades en pequeños pasos y felicitarle, reforzarle cada vez que logra alcanzar cada paso, evitando en la medida el fracaso.
 - Ofrecer tiempos de descanso

-
- Mostrarse firme a la hora de motivarla acompañándola de expresiones de implicación y apoyo (“vamos”), o dar a escoger entre alternativas.
 - Permitir y favorecer, sin obligar, que tome contacto con personas o actividades gratificantes para ella.
 - Ante la tristeza y depresión:
 - Buscar actividades que puedan serle gratificantes
 - Reforzar sus logros, valorar las actividades deseables que la persona realiza.
 - Reforzar cualquier iniciativa y el iniciar una actividad, aunque sea pequeña...si es posible llevarla a la práctica.
 - Escuchar sus expresiones de sentimientos.
 - Disminuir las propias expectativas, permitiéndose disfrutar del momento.

ASPECTOS LEGALES

- A la hora de ejecutar obligaciones económicas como gestionar la economía doméstica y/o empresarial, pagar facturas, etc. es importante que reciba el apoyo y supervisión de un familiar o amigo de confianza.
 - Se recomienda poder elaborar el informe de Voluntades Anticipadas (AV) en libertad, en donde deje constancia sus preferencias y deseos sobre cuidados y tratamientos que quiere recibir para tenerlos en cuenta en un momento que no pueda expresarlos personalmente.
 - Los familiares deben intentar conocer las VA de la persona para poder cumplir su voluntad y respetar sus preferencias médicas, legales y financieras.
 - Es importante valorar, ante el progreso de la enfermedad y si el deterioro cognitivo y/o conductual condiciona la toma de decisiones inadecuadas que puedan perjudicar a la persona afectada y a su entorno, iniciar el proceso de incapacitación. El proceso de incapacitación legal tiene como principal objetivo la defensa de la persona ante una situación de riesgo personal y social.
-

- Es importante considerar los diferentes recursos que se contemplan al amparo de la Ley de Dependencia, por lo que se recomienda acudir a los servicios sociales de su población para ser asesorado al respecto.

Imagen 1. FASE INTERMEDIA: Tarea de lápiz y papel de Cancelación con reglas (Lubrini & Ríos-Iago, n.d.)

RESUMEN

Capítulo 1



Una máquina de escribir Hispano-Olivetti cambia el destino de Sira y su madre, costurera asalariada. La protagonista había nacido en 1911 en Madrid. A los 12 años contaba con estudios elementales y era aprendiz en el taller de costura de doña Manuela Godina, en el que trabajaba su madre. Realizaba tareas como ir a comprar hilos y botones a Ponteijos. A los 14 años aprendió a coser y a los 16 ya sabía distinguir telas e incluso llevar a cabo tareas más delicadas. Se le auguraba aventajaría a su madre.

Sira conoce en los años 30 a un joven, Ignacio, en “La Bombilla”. No quería seguir los pasos de su madre y estar sola. El objetivo de Ignacio era ser funcionario. Una mala época en la que la capital estaba muy agitada. Finalmente el negocio cierra. Ignacio aprueba las oposiciones y plantea casarse con Sira. La madre les aconseja una boda religiosa y hablan con el sacerdote de la iglesia de San Andrés, en la que 24 años antes, un 8 de junio bautizara a Sira. Mientras tanto Ignacio la convence para que también prepare oposiciones. Y como desea que tenga una máquina de escribir propia la acompaña a una tienda. No podía imaginarse que esa compra sería la sentencia de muerte de un futuro en común.

Capítulo 2

Desde el interior de la oficina, el gerente, Ramiro Arribas, observa a Sira. Tras encomendarle al empleado otra tarea se ocupa él mismo de la venta que será una Hispano Olivetti Lettera 35 portátil. Esa noche Sira duerme inquieta, pensando en no ir ella a recoger la máquina pero a la mañana siguiente se arregla con mucho esmero y acude a la tienda. Nada más verla Ramiro la invita a ir al Café Suizo. Sira siente un momento mágico cuando él la acaricia suavemente la boca limpiándole supuestas manchas de chocolate ante la admiración de un grupo de ancianos que contemplan la escena. Sira recobra la lucidez y se levanta de la mesa. Ramiro le suplica que regrese.


Pasan 8 días de zozobra, sin ilusión, en los que Ignacio y su madre están inmersos en los preparativos de la boda. Sira regresa al 9º día y Ramiro la recibe con un beso apasionado. Finalmente Ignacio y la madre comienzan a sospechar la doble vida de Sira. En el mismo banco, donde siendo novios habían quedado tantas veces, Ignacio descubre la verdad y tras aseverar que nadie la querrá tanto como él, se aleja.

Imagen 2. FASE INTERMEDIA: Lista de la compra: aprendizaje por categorías (Centro de Prevención del Deterioro, 2011)

IRA LA COMPRA

ACTIVIDAD: REALIZAR LA LISTA DE LA COMPRA

Fecha: Hora:



INSTRUCCIONES

Escriba en la tabla los artículos que tiene que comprar y el precio aproximado de cada uno de ellos. Al final sume el total para calcular el dinero que va a necesitar.

	ARTÍCULOS	PRECIO
Limpieza		
Frutas y verduras		
Carnes y pescados		
Lácteos		
Otros		
TOTAL EUROS:		

Página
64

Cuaderno de ejercicios de Estimulación Cognitiva

Imagen 3. FASE INTERMEDIA: Planificación semanal de actividades (Jordi Peña-Casanova, 2007)

PROGRAMACIÓN SEMANAL DE ACTIVIDADES									
Nº	Nombre		Apellidos		Fecha		Responsable		
Día	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO		
8:00									
8:30									
9:00									
9:30									
10:00									
10:30									
11:00									
11:30									
12:00									
12:30									
1:00									
1:30									
2:00									
2:30									
3:00									
3:30									
4:00									
4:30									
5:00									
5:30									
6:00									
6:30									
7:00									
7:30									
8:00									
8:30									
9:00									
9:30									

Imagen 4. FASE FINAL: Ordenar la cocina (NeuronUP, 2020)



Imagen 5. FASE FINAL: Pagos exactos (NeuronUP, 2020)



Imagen 6. FASE FINAL: Planes Cognitivos: ir a la compra (Centro de Prevención del Deterioro, 2011)

IRA LA COMPRA



INSTRUCCIONES
Copie a la derecha, por orden, los pasos a seguir para realizar la actividad.

ANTES DE IR A LA COMPRA	
Escribo la lista de la compra	1º
Cojo dinero	2º
Miro en la despensa y veo qué hace falta	3º
Salgo de casa	4º
Cojo el carrito o la bolsa para la compra	5º



INSTRUCCIONES
Ordene las imágenes del 1 al 4 según lo que usa primero al realizar la compra.









Página
60

Cuaderno de ejercicios de Estimulación Cognitiva