

Evaluación e intervención neuropsicológica en un caso de demencia por cuerpos de Lewy

Trabajo Final de Máster de Neuropsicología

Autora: Elena Martín Martín

Directora: Vega Muriel Molano

22 de junio de 2021

Resumen

La demencia por cuerpos de Lewy es una de las causas más comunes de demencia; se considera la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en mayores de 75 años después de la enfermedad de Alzheimer. Los cuerpos de Lewy se forman por una acumulación anormal de proteínas en el citoplasma, lo que resulta tóxico para la neurona. En esta patología, se localizan fundamentalmente en corteza del lóbulo frontal y temporal anterior, el cíngulo anterior, la ínsula y la sustancia negra. Los síntomas más característicos son las fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales, parkinsonismo, trastorno del comportamiento del sueño REM, hipersensibilidad a los neurolépticos, algunas disfunciones autonómicas, síntomas conductuales y emocionales, como ansiedad y depresión, y síntomas cognitivos, entre los que destacan alteraciones atencionales, ejecutivas, y visuoespaciales y visuoconstructivas, con una menor afectación de la memoria.

En este trabajo se expone el caso de I.T, una mujer de 77 años que presenta una demencia por cuerpos de Lewy con 2 años y medio de evolución. Es remitida por el servicio de neurología para el establecimiento de su perfil neuropsicológico que permita apoyar el diagnóstico, que es siempre clínico y solo puede confirmarse por anatomía patológica postmortem al ratificar la presencia de abundantes cuerpos de Lewy en las neuronas de la corteza cerebral. Se realiza una evaluación neuropsicológica completa y se propone un plan de intervención integral de 30 sesiones con el objetivo de reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de la paciente y sus familiares.

Palabras clave

Demencia. Cuerpos de Lewy. Enfermedad neurodegenerativa. Evaluación neuropsicológica. Intervención neuropsicológica.

Abstract

Dementia with Lewy bodies is one of the most common causes of dementia; it is considered the second most common cause of neurodegenerative dementia in people over 75 years of age after Alzheimer's disease. Lewy bodies are formed by an abnormal accumulation of proteins in the cytoplasm, which is toxic to the neuron. In this pathology, they are mainly located in the cortex of the frontal and anterior temporal lobe, anterior cingulate, insula and substantia nigra. The most characteristic symptoms are cognitive fluctuations, visual hallucinations, parkinsonism, REM sleep behavior disorder, hypersensitivity to neuroleptics, some autonomic dysfunctions, behavioral and emotional symptoms, such as anxiety and depression, and cognitive symptoms, among which attentional, executive, visuospatial and visuoconstructive alterations stand out, with a minor affectation of memory.

This paper presents the case of I.T., a 77-year-old woman with Lewy body dementia with 2.5 years of evolution. She is referred by the neurology service for the establishment of her neuropsychological profile to support the diagnosis, which is always clinical and can only be confirmed by postmortem pathological anatomy by confirming the presence of abundant Lewy bodies in the neurons of the cerebral cortex. A complete neuropsychological evaluation is performed and a comprehensive 30-session intervention plan is proposed with the aim of reducing the impact of the disease on the quality of life of the patient and her relatives.

Keywords

Dementia. Lewy bodies. Neurodegenerative disease. Neuropsychological assessment. Neuropsychological intervention.

Índice

1. Demencia por cuerpos de Lewy	4
1.1. Prevalencia e incidencia	4
1.2. Etiopatogenia	5
1.3. Sintomatología asociada	6
1.4. Perfil neuropsicológico	7
1.5. Abordajes terapéuticos	8
1.6. Impacto familiar y social	9
2. Evaluación neuropsicológica	10
2.1. Objetivos de la evaluación	10
2.2. Protocolo de evaluación	10
2.3. Resultados de la evaluación	13
3. Informe neuropsicológico	15
3.1. Características de la paciente	15
3.2. Evaluación neuropsicológica	15
3.3. Conclusiones y recomendaciones	17
4. Propuesta de intervención	18
4.1. Objetivos de la intervención	18
4.2. Plan de intervención	18
4.3. Preparación completa de tres sesiones	23
4.4. Resultados esperados	28
5. Referencias bibliográficas	29
Anexos	35

1. Demencia por cuerpos de Lewy

En este trabajo se propone una intervención neuropsicológica con el objetivo de compensar el impacto de los déficits cognitivos, mejorar las alteraciones conductuales y emocionales, mantener las funciones preservadas y la autonomía, y, en última instancia, mejorar la calidad de vida, de una persona con demencia por cuerpos de Lewy.

Se expone el caso de I.T., una mujer de 77 años. Actualmente jubilada, realizó estudios medios y durante toda su vida trabajó en el campo, en el mercado y como ama de casa. Reside en la ciudad de Ávila y vive sola. Presenta una demencia por cuerpos de Lewy con 2 años y medio de evolución.

1.1. Prevalencia e incidencia

Como consecuencia del aumento de la longevidad en el mundo a lo largo de las últimas décadas, se ha producido un incremento de las personas afectadas por demencia, un síndrome clínico caracterizado por un deterioro de las funciones cognitivas y que altera la capacidad del individuo para llevar a cabo de manera autónoma las actividades de la vida diaria, ejerciendo un gran impacto en la calidad de vida de los enfermos, así como de sus familiares y cuidadores (ADI, 2015; Garre-Olmo, 2018).

Según un estudio realizado en 2015 sobre el impacto mundial de la demencia, se estima que ese año existían alrededor de 46,8 millones de personas con demencia en el mundo, una cifra superior a la población española. Si la incidencia se mantiene constante, para el año 2030 se incrementará a 65 millones, y a unos 131 millones en 2050, con dos tercios de los afectados en países en desarrollo (ADI, 2015).

La demencia por cuerpos de Lewy es una de las causas más comunes de demencia. Se considera la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en mayores de 75 años después de la enfermedad de Alzheimer (Matías-Guiu, 2017). Se estima que su prevalencia podría representar más del 30% de todos los casos de demencia (Zaccai et al., 2005), si bien los estudios son escasos y este valor varía ampliamente entre ellos. Según un metaanálisis reciente de la literatura global, la demencia por cuerpos de Lewy representa el 7,5% de todos los casos de demencia (Vann Jones y O'Brien, 2014), mientras que, en España, un estudio epidemiológico cifra su prevalencia en un 9% en mayores de 75 años. En cuanto a la incidencia, esta varía entre 0,5 y 1,6 por 1.000 personas/año en mayores de 65 años (Hogan et al., 2016). Con respecto a la predominancia masculina de la DCL, varios estudios indican que afecta con más frecuencia a los hombres (McKeith, 2002; Zaccai et al., 2005).

Se deben tomar estos datos con cautela ya que, debido a que el diagnóstico de este tipo de demencia es clínico y solo puede confirmarse postmortem por anatomía patológica, y también por del solapamiento de ciertos signos y síntomas con la enfermedad de Alzheimer, muchos de estos estudios pueden haber incluido casos mal clasificados y haber obtenido así unas tasas de prevalencia e incidencia sesgadas

(López-Pousa et al., 2003), si bien se sugiere que este tipo de demencia se encuentra infradiagnosticada en la práctica clínica (Matías-Guiu, 2017).

1.2. Etiopatogenia

Como se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico de la demencia por cuerpos de Lewy es clínico, pero debe ser confirmado por anatomía patológica postmortem al ratificar la presencia de abundantes cuerpos de Lewy en las neuronas de la corteza cerebral.

Los cuerpos de Lewy son vesículas intracitoplasmáticas, eosinófilas y esféricas constituidas por más de 20 componentes proteicos, siendo el componente principal la alfa-sinucleína (Bellas-Lamas et al., 2012; Demey y Allegri, 2008). Existen dos tipos de cuerpos de Lewy según su localización, con ligeras diferencias morfológicas entre ellos. Los CL clásicos se encuentran en las neuronas monoaminérgicas del tronco cerebral, están formados por neurofilamentos acumulados a causa de una fosforilación anormal, proteínas relacionadas con procesos catalíticos (ubiquitina, cristalina), gránulos y vesículas con neurotransmisores, y son característicos de la enfermedad de Parkinson idiopática. Por otro lado, los CL corticales tienen un contenido muy similar al de los CL clásicos, pero totalmente homogéneo (Bellas-Lamas et al., 2012). Estos últimos son más característicos de la DCL, y en esta demencia se encuentran principalmente en la corteza del lóbulo frontal y temporal anterior, en el cíngulo anterior y en la ínsula (Faggioni Sánchez et al., 2018). En ambas patologías podemos encontrar también cuerpos de Lewy en la sustancia negra (Matías-Guiu, 2017).

El componente principal de los cuerpos de Lewy es la alfa-sinucleína, una proteína presináptica fosforilada que se localiza fundamentalmente en los terminales presinápticos de las neuronas de la corteza cerebral, el hipocampo y los núcleos catecolaminérgicos. En la demencia por cuerpos de Lewy, esta proteína se deposita de manera anómala en el citoplasma neuronal, impidiendo que los lisosomas la degraden y resultando tóxica para la neurona. Se cree que este podría ser un evento patogénico precoz en las enfermedades asociadas a cuerpos de Lewy (Bellas-Lamas et al., 2012).

Varios autores han englobado el conjunto de trastornos en los que se encuentran los CL bajo el nombre de alfa-sinucleinopatías, o Trastornos o Enfermedades por Cuerpos de Lewy, que forman un espectro clínicopatológico con diferentes fenotipos clínicos según la carga y distribución de los CL (Demey y Allegri, 2008).

Es importante distinguir las formas “pura” y “mixta” de la demencia por cuerpos de Lewy. Se diferencian en que, en la forma mixta, además de los cuerpos de Lewy existen ovillos neurofibrilares, placas seniles y lesiones neuríticas. Desde el punto de vista clínico, esta forma es difícilmente distinguible de la enfermedad de Alzheimer (Bellas-Lamas et al., 2012).

La etiología es aún desconocida, pero se cree que podrían influir factores genéticos y ambientales.

Aunque la mayoría de casos son esporádicos, existen formas familiares que sugieren la influencia de factores genéticos. Se han descrito, además, ciertas mutaciones en determinados genes que pueden dar lugar a distintos fenotipos, entre ellos la demencia por cuerpos de Lewy (Bellas-Lamas et al., 2012).

Por otra parte, en una investigación realizada en el año 2010 se objetivó la afectación del bulbo olfatorio en todos los pacientes con enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy, y proponen que este hallazgo es compatible con la hipótesis de un agente exógeno que podría ser el responsable de inducir la agregación de la alfa-sinucleína en las neuronas expuestas, propagándose a continuación a través de las neuronas del sistema nervioso central y periférico (Beach et al., 2010).

1.3. Sintomatología asociada

La edad de inicio del síndrome clínico de la DCL suele encontrarse entre los 70 y 80 años, aunque se han descrito casos a partir de los 60. Suele iniciarse de manera insidiosa, si bien en ocasiones el cuadro aparece de forma subaguda. Su curso suele ser fluctuante y progresivo, y más rápido que en la demencia tipo Alzheimer (Bellas et al., 2012).

Uno de los rasgos más característicos de esta demencia son las fluctuaciones cognitivas, marcadas diferencias en la atención y el nivel de alerta que oscilan entre momentos en los que el paciente presenta somnolencia y alteraciones de la percepción, y momentos en los que se encuentra con un nivel cognitivo y atencional normal (Matías-Guiu, 2017). La fisiopatología de este síntoma no se conoce con exactitud, pero se sugiere que podrían relacionarse con un déficit colinérgico (Demey y Allegri, 2008).

Otro de los síntomas frecuentes en esta demencia, también asociado a un déficit de acetilcolina (Demey y Allegri, 2008), así como a una alteración de las conexiones dopaminérgicas de la sustancia negra con el núcleo central de la amígdala (Bellas et al., 2012), son las alucinaciones visuales. Se han observado en aproximadamente entre el 60-80% de los pacientes con DCL (Demey y Allegri, 2008). Normalmente son complejas, vívidas, y bien estructuradas y detalladas. En algunas ocasiones, en lugar de alucinaciones visuales bien formadas, los pacientes refieren una “sensación de presencia”. En muchos casos suelen admitir su irrealidad (Bellas et al., 2012; Matías-Guiu, 2017).

El parkinsonismo es otro síntoma típico en esta demencia. Está presente en un 25-50% de los pacientes en el momento del diagnóstico y la mayoría, hasta un 80% de los casos, lo desarrollan durante el curso de la enfermedad. Este síntoma puede aparecer meses antes que el deterioro cognitivo en algunos pacientes, aunque en otros puede presentarse más tardíamente. El cuadro tiende a ser rígido-acinético y simétrico (a diferencia del que se observa en el Parkinson), con menos temblor, mayor inestabilidad de la marcha e hipomimia facial, y alteraciones posturales (Bellas et al., 2012; Matías-Guiu, 2017).

El trastorno del comportamiento del sueño REM se ha reconocido sistemáticamente en pacientes con DCL. Se trata de una parasomnia en la que el individuo, durante la fase REM, que comienza alrededor de los 90 minutos después del inicio del sueño, carece de atonía muscular y presenta actividad motora (APA, 2014). Las conductas pueden ser simples o complejas, e incluir acciones como hablar, gritar, patear... de manera que parece que escenifican los sueños (Golimstok, 2017; Matías-Guiu, 2017). Este síntoma aparece comúnmente en todas las enfermedades relacionadas con la alfa-sinucleína (Matías-Guiu, 2017).

La hipersensibilidad a los neurolépticos aparece aproximadamente en el 50% de pacientes con esta demencia, y se atribuye a un bloqueo de los receptores D2. Estos fármacos les provocan una reacción adversa, causando un deterioro significativo de la enfermedad al incrementar la dosis o al recibirlos por primera vez. Sin embargo, la tolerancia a ellos no excluye el diagnóstico (Bellas et al., 2012; Matías-Guiu, 2017).

Casi tres cuartas partes de los pacientes con una alfa-sinucleinopatía padecen disfunciones autonómicas (Golimstok, 2017). En personas con DCL, se han descrito trastornos sudomotores, incontinencia urinaria, caídas, síncope, hiposmia e hipotensión ortostática (Bellas et al., 2012).

Por último, son frecuentes en estos pacientes síntomas conductuales y emocionales, entre los que se encuentran alteraciones del ánimo, depresión, apatía, ansiedad, trastornos de conducta, agresividad, irritabilidad, desinhibición, y trastornos del sueño, de alimentación o sexuales (Bellas et al., 2012; Demey y Allegri, 2008). Los síntomas de apatía y depresión aparecen de forma temprana y habitual en esta patología; se ha encontrado apatía en hasta el 80% de los pacientes y depresión de grado mayor en el 19% (Demey y Allegri, 2008).

1.4. Perfil neuropsicológico

Desde el punto de vista de neuropsicológico, el perfil cognitivo que se observa en esta demencia se podría definir como cortico-subcortical, afectando principalmente a las funciones ejecutivas y a la atención, acompañado de un déficit en las funciones visuoperceptivas, visuoespaciales y visuoespaciales, y con una menor alteración de la memoria (Demey y Allegri, 2008; Matías-Guiu, 2017; McKeith et al., 2005)

Respecto a las funciones ejecutivas, los pacientes con DCL suelen presentar dificultades en tareas de organización y planificación, y de flexibilidad cognitiva, cometiendo un mayor número de intrusiones y perseveraciones. En cuanto a la atención, habitualmente presentan problemas en todos sus niveles: focalizada, sostenida, selectiva, dividida y alternante. Si bien no se conocen con exactitud los correlatos neurológicos de estas alteraciones, los trastornos atencionales y ejecutivos se han asociado a una afectación de los sistemas colinérgicos que ascienden desde el tronco del encéfalo, relacionados con la inervación de regiones prefrontales, parietales, cingulares y talámicas (Demey y Allegri, 2008; Metzler-Baddeley, 2007).

Las alteraciones de las funciones visuoespaciales y visuoconstructivas observadas en estos pacientes podrían estar asociadas a la afectación de redes neuronales

colinérgicas de áreas occipitales, parietales y temporales posteriores, además de las vías visuales dorsales (“del *dónde*”) y ventrales (“del *qué*”), regiones cerebrales que se relacionan con la visuopercepción y el procesamiento de la información visual asociada al espacio y a los objetos (Levy y Chelune, 2007). En estos pacientes normalmente se observan, de manera precoz en el transcurso de la enfermedad, dificultades en tareas visuoestructurales y en praxias ideomotoras, conservando en general el aspecto ideacional (Zadikoff y Lang, 2005). Suelen tener problemas a la hora de realizar pruebas como el test del reloj (tanto a la orden como a la copia), copia de pentágonos y construcción con cubos, así como en tareas de percepción y discriminación visual (figuras entrecruzadas, letras fragmentadas, discriminación de formas y tamaños) (Demey y Allegri, 2008; Matías-Guiu, 2017).

En relación a la memoria, esta función aparece menos afectada en la demencia por cuerpos de Lewy, con un inicio más tardío y de menor intensidad que en otras demencias, como en la enfermedad de Alzheimer (Demey y Allegri, 2008; Matías-Guiu, 2017). Los déficits mnésicos estarían más relacionados con dificultades en la atención y las funciones ejecutivas, y podrían deberse a una afectación de las áreas frontales y temporales mediales, de los núcleos talámicos mediales anteriores y dorsales, y de los cuerpos mamilares. En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy mixta, que presentan ovillos neurofibrilares, los problemas en la memoria reciente suelen ser mayores, presentando un perfil muy parecido al de la enfermedad de Alzheimer (Demey y Allegri, 2008).

Por último, respecto al lenguaje, las dificultades observadas en esta función se relacionan más con los problemas ejecutivos que con el lenguaje en sí mismo, presentado principalmente una afectación de la fluencia verbal, sobre todo la fonológica, aunque en ocasiones también la semántica (Demey y Allegri, 2008).

1.5. Abordajes terapéuticos

El tratamiento farmacológico de la demencia por cuerpos de Lewy es complejo; se deben tener en cuenta síntomas cognitivos, conductuales, motores, otras alteraciones, como las de sueño, y, además, los fármacos que mejoran unos síntomas pueden empeorar otros.

Por un lado, los fármacos dopaminérgicos, como la levodopa, mejoran los síntomas parkinsonianos, pero pueden influir negativamente en la sintomatología conductual y empeorar las alucinaciones, por lo que se recomienda emplearlos iniciando con dosis muy bajas y aumentándolas gradualmente hasta encontrar la menor dosis que resulte efectiva para paliar este síntoma (Bellas et al., 2012; Demey y Allegri, 2008). En concreto, con respecto a la levodopa, la respuesta de los pacientes con DCL a esta es menor que en los pacientes con demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, siendo significativa solo para un 36% en comparación con el 70% en los casos de DEP (Demey y Allegri, 2008).

Para el tratamiento de las alucinaciones, está contraindicado el uso de neurolepticos, dada la hipersensibilidad a estos que presentan muchos de los pacientes con DCL, descrita en el 53% de los casos (Aarsland et al., 2005). En caso de que fuera

inevitable su uso, se recomienda utilizar neurolépticos atípicos, como quetiapina o clozapina, a las dosis más bajas que sean eficaces (Bellas et al., 2012); sin embargo, algunos estudios sugieren que podrían aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular y muerte (Demey y Allegri, 2008).

Los trastornos del sueño podrían mejorar con inhibidores de la colinesterasa; y, en concreto, para el trastorno del comportamiento del sueño REM podría ser adecuada la administración de clonazepam, melatonina o quetiapina antes de dormir (McKeith et al., 2005).

Para la sintomatología cognitiva, que se asocia a un déficit colinérgico, los inhibidores de la colinesterasa como donepecilo, galantamina o rivastigmina pueden ofrecer mejorías en los trastornos atencionales, la velocidad de procesamiento y las fluctuaciones cognitivas, pudiendo repercutir de manera positiva en la capacidad funcional de los pacientes. Además, su uso también puede ser beneficioso para el tratamiento de las alteraciones conductuales (Demey y Allegri, 2008).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, la estimulación cognitiva ha demostrado ser beneficiosa, especialmente en la intervención de las funciones ejecutivas, el razonamiento visual y la memoria lógica (Sammer et al., 2006), así como los programas de rehabilitación motora. Hay que destacar también la importancia de las estrategias de compensación, como las modificaciones del entorno, que son fundamentales en el mantenimiento de la funcionalidad de los pacientes (Demey y Allegri, 2008).

1.6. Impacto familiar y social

Para los familiares, el desconcierto, la incertidumbre y la angustia suelen estar presentes desde el inicio de la enfermedad. Además, la evolución de la demencia conlleva una disminución de la funcionalidad de los pacientes, haciendo que precisen de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, y en el 80% de los casos son los familiares quienes asumen ese rol de cuidador (Villarejo Galende et al., 2021). Los familiares cuidadores presentan una peor salud física, mayores índices de depresión y una tendencia al aislamiento social, por lo que resulta importante que reciban orientación y apoyo psicológico, aspecto contemplado en el tratamiento integral de las demencias (Bruna Rabassa et al., 2011).

A nivel social, resulta esencial el incremento de los recursos enfocados a la investigación, diagnóstico precoz, prevención y abordaje multidisciplinar, que incluyan, además de al enfermo, a los cuidadores principales, mediante los que se consiga reducir la carga sanitaria, social y económica de las demencias (Villarejo Galende et al., 2021).

2. Evaluación neuropsicológica

2.1. Objetivos de la evaluación

Objetivo general:

- Conocer de forma detallada el funcionamiento cognitivo, conductual, emocional y funcional de la paciente.

Objetivos específicos:

- Apoyar el diagnóstico emitido por Neurología mediante el establecimiento del perfil neuropsicológico de la paciente.
- Recabar información sobre el funcionamiento de la paciente en todas las áreas a través de informes médicos, entrevista con la paciente y sus familiares, y una evaluación neuropsicológica con pruebas estandarizadas.
- Diseñar un programa de estimulación cognitiva individualizado a partir de las funciones cognitivas que la paciente presenta alteradas y preservadas.
- Conocer las posibles alteraciones conductuales y emocionales que puedan influir en su calidad de vida.
- Determinar el estado funcional de la paciente que permita diseñar un programa de intervención con estrategias de compensación.
- Determinar el impacto familiar de la enfermedad para poder proponer un tratamiento integral que contemple la asistencia a la familia.
- Establecer una línea base de su funcionamiento que permita determinar de forma objetiva la evolución de la paciente y valorar la eficacia de los diferentes tratamientos.

2.2. Protocolo de evaluación

El protocolo de evaluación constará de tres partes:

En primer lugar, haremos una revisión de los informes médicos para conocer la naturaleza de la patología a partir de los resultados de las pruebas de neuroimagen, y el diagnóstico recibido por Neurología.

En segundo lugar, realizaremos una entrevista con la paciente y sus familiares, con el objetivo de obtener información sobre su edad, historia vital, nivel de escolarización, funcionamiento premórbido... así como de la situación actual, los problemas específicos que refieren, su evolución, el impacto que están teniendo en su vida diaria y el grado de conciencia que la propia paciente tiene de sus limitaciones.

Por último, se procederá a realizar la exploración neuropsicológica formal, con pruebas estandarizadas, que se presentan a continuación:

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al, 2005): es un test de cribado diseñado en su origen para detectar el deterioro cognitivo leve. Su aplicación

es breve (aproximadamente 10 minutos) e incluye la evaluación de diferentes funciones cognitivas. La puntuación máxima es de 30, sumando un punto en casos con 12 años o menos de escolarización. Con una nota de corte <21 (sensibilidad 0,714, especificidad 0,745) permite diferenciar sujetos con deterioro cognitivo leve, y con un punto de corte de <14 (sensibilidad de 0,843, especificidad 0,710), sujetos con demencia (Lozano-Gallego, 2009). Tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76), fiabilidad test-retest de 0,921 y fiabilidad inter-examinadores de 0,914 (Nasreddine et al, 2005).

Test Barcelona abreviado (TB-A) (Peña-Casanova, 1997): es un instrumento de exploración neuropsicológica ampliamente utilizado que explora diversas funciones cognitivas. En nuestra evaluación emplearemos las subpruebas de denominación de imágenes, comprensión de órdenes, dígitos directos e inversos y gesto simbólico a la orden (D, I). Para puntuaciones globales directas, presenta una fiabilidad test-retest de 0,92, una fiabilidad interevaluador de 0,99 y un alfa de Cronbach de 0,99 (Serra-Mayoral y Peña-Casanova, 2006).

Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) (Buschke, 1984): se trata de un test de aprendizaje y recuerdo de una lista de 16 palabras, evalúa la capacidad de aprendizaje y memoria verbal. Un estudio realizado en 2017 afirma que presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 75% para el diagnóstico de EA típica (Teichmann et al., 2017), y ha demostrado una alta sensibilidad para predecir la conversión del deterioro cognitivo leve en demencia (Sarazin et al., 2007).

Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Rey, 1997): consiste en solicitar al sujeto que copie una figura compleja, y que la dibuje pasados 3 y 30 minutos sin el modelo delante. Se utiliza para valorar funciones de organización y planificación, percepción visual, visuoconstrucción y memoria visual. Presenta una confiabilidad de 0,828 para la copia y de 0.783 para la ejecución de memoria (Cortés Sotres et al., 1996).

Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-IV (Wechsler, 2012): es un instrumento clínico diseñado para evaluar la capacidad intelectual general compuesto por diferentes subtests. En este caso utilizaremos el subtest de Búsqueda de símbolos, en el que el sujeto debe examinar un grupo de símbolos y señalar si alguno de ellos es igual a alguno de los modelos, para evaluar la atención selectiva. Esta escala tiene unos coeficientes de fiabilidad para las puntuaciones compuestas que van de 0.81 a 0.94, y correlaciones test-retest entre 0,60 y 0,80 (Wechsler, 2012).

Trail Making Test (TMT) (Reitan, 1958): se compone de dos partes, la parte A, que mide la atención sostenida, selectiva y velocidad de procesamiento; y la parte B, que mide atención selectiva, alternante y memoria de trabajo; además del control visuomotor valorado por ambas partes. Respecto a sus propiedades psicométricas, un estudio indica la influencia en el rendimiento en esta prueba de la ocupación, el nivel educativo y la edad, que se muestra significativa a partir de los 60 años (Fernández et al., 2002).

Symbol Digit Modalities Test (SDMT) (Smith, 1982): es una prueba que evalúa atención, rastreo visual, velocidad de procesamiento y control visuomotor. El

rendimiento en este test es sensible a factores sociodemográficos como los años de escolarización y la edad, se observa un declive a partir de los 55 años (Tamayo et al., 2012). Presenta una correlación test-retest de 0,80 (Sheridan et al., 2006).

Pruebas de fluencia verbal: las tareas de fluencia verbal ofrecen medidas de atención, memoria a corto plazo, memoria semántica, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio y habilidad para iniciar y mantener la producción de palabras (Casals-Coll et al., 2012). Para evaluar la fluencia verbal fonológica se utilizará el FAS, propuesto por Benton en 1989 en el **Controlled Oral Word Association Test (COWAT)**, pero con las letras P, M y R, que minimizan los efectos de la lengua para sujetos españoles (Artiola et al., 1999). Para evaluar la fluencia verbal semántica se han propuesto diversas categorías, como la de animales, que utilizaremos en este caso y para la que contamos con datos normativos gracias al proyecto NEURONORMA (Peña-Casanova et al., 2009).

Test de Colores y palabras de Stroop (Golden, 1975): es una prueba para la evaluación de la resistencia a la interferencia. En aplicación individual, presenta correlaciones test-retest de 0,89, 0,84 y 0,73 para número de palabras leídas en la primera lámina, número de elementos realizados en la lámina de colores, y número de elementos realizados en la tercera lámina, respectivamente (Golden, 1975).

Torre de Londres (Shallice, 1988): se trata de una prueba de función ejecutiva utilizada para medir la planificación mental, en la que el sujeto debe reproducir una serie de modelos cada vez más complejos introduciendo tres bolas de distintos colores en diferentes varillas en el menor número posible de movimientos. Se ha encontrado que tanto la edad como el nivel educativo afectan el rendimiento, necesitando un mayor número de movimientos al aumentar la edad, y menor tiempo de ejecución y violación de las reglas a mayor nivel escolar (Martínez-Ramos et al., 2013).

Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Grant y Berg, 2001): es una prueba de atención y función ejecutiva que evalúa abstracción y conceptualización, en función de las categorías que se completan; flexibilidad cognitiva, según las respuestas y errores perseverativos que se cometan; y atención, medida con el índice de fallo en el mantenimiento del set. Presenta un excelente ajuste inter e intra puntuadores, con una fiabilidad interpuntuadores de 0,93, 0,92 y 0,88 para respuestas perseverativas, errores perseverativos y errores no perseverativos, respectivamente, y una fiabilidad intrapuntuadores de 0,96, 0,94 y 0,91 (Heaton, 1981).

Test de Orientación de Líneas de Benton (Benton, 1983): se trata de uno de los test más "puros" para la evaluación de las habilidades visuoespaciales, ya que no requiere de capacidades lingüísticas ni de control motor. Consiste en la orientación de líneas en el espacio mediante la comparación de ángulos. El rendimiento en esta prueba está influido por factores sociodemográficos: se observa un declive a partir de los 50 años, y peores resultados a menor nivel educativo, y en mujeres que en hombres (Calvo et al., 2013).

Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) (Cummings, 1997): es una entrevista estructurada diseñada para evaluar los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales en

pacientes con demencia. Consta de 12 ítems, para cada uno de los cuales se valora la gravedad y la frecuencia. Presenta una elevada consistencia interna, niveles de validez aceptables, y ha demostrado su utilidad tanto en investigación como en la práctica clínica en diferentes culturas (Vilalta-Franch et al., 1999).

Escala IDDD (Interview for Deterioration in Daily Life in Dementia) (Teunisse, 1991): es una escala creada para valorar la autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El punto de corte para determinar alteración funcional es >36. Presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach 0,985) (Böhm et al., 1998).

2.3. Resultados de la evaluación

Función	Prueba	PD	PC	Interpretación puntuación
Test de cribado	MoCA	20	31-43	Deterioro cognitivo leve
Visuoespacial/Ejecutiva (rango 0-5)		1	/	
Identificación (rango 0-3)		3	/	
Atención (rango 0-6)		2	/	
Lenguaje (rango 0-3)		2	/	
Abstracción (rango 0-2)		2	/	
Memoria (rango 0-5)		4	/	
Orientación (rango 0-6)		5	/	
Lenguaje				
Denominación	Denominación de imágenes (TB-R)	13	31-43	Promedio
Comprensión	Comprensión de órdenes (TB-R)	15	44-56	Promedio
Memoria				
Verbal	FCSRT - Recuerdo libre 1er ensayo	3	29-40	Promedio
	FCSRT - Recuerdo libre total	16	29-40	Promedio
	FCSRT - Recuerdo total (libre + facilitado)	35	41-59	Promedio
	FCSRT - Recuerdo diferido libre	5	29-40	Promedio
	FCSRT - Recuerdo diferido total	11	29-40	Promedio
Visual	Figura Compleja de Rey (memoria inmediata)	2,5	3-5	Inferior al promedio

Atención					
Sostenida	Dígitos directos (TB-R)		4	13-20	Promedio bajo
Selectiva	Búsqueda de símbolos (WAIS-IV)		6	5	Inferior al promedio
Alternante	TMT-B		473	1	Excepcionalmente baja
Velocidad de procesamiento	Symbol Digit Modalities Test		10	3-5	Inferior al promedio
Funciones ejecutivas					
Memoria de trabajo	Dígitos inversos (TB-R)		2	7-12	Inferior al promedio
Fluencia verbal	Fonológica	P	7	11-18	Promedio bajo
		M	5	19-28	Promedio bajo
		R	4	11-18	Promedio bajo
	Semántica	Animales	14	29-40	Promedio
Control inhibitorio	Stroop		13	11-18	Promedio bajo
Planificación	Torre de Londres (mov. totales)		73	3-5	Inferior al promedio
Abstracción/Conceptualización	M-WCST -Categorías		2	13-20	Promedio bajo
Flexibilidad	M-WCST -Errores perseverativos		11	4-6	Inferior al promedio
Visuoespacialidad					
Test de Orientación de Líneas de Benton			11	<2	Excep. baja
Visuoconstrucción					
Figura Compleja de Rey (copia)			11	1	Excep. baja
Praxias					
Ideomotoras	Gesto a la orden (D, I) (TB-R)		9	31-43	Promedio
Ideatorias	Exploración en consulta: llenar un vaso de agua con una botella taponada				Conservada
Valoración conductual					
Inventario Neuropsiquiátrico NPI			23	Presencia de alteraciones conductuales	
Valoración funcional					
Escala IDDD			37	Alteración funcional	

3. Informe neuropsicológico

3.1. Características de la paciente

Datos personales: Mujer de 77 años. Dominancia manual diestra. Reside actualmente en Ávila. Realizó estudios medios. Siempre ha trabajado en el campo y como ama de casa. Viuda y con dos hijos varones.

Fecha de evaluación: 1 de mayo de 2021

Motivo de consulta: Acude a consulta derivada por el servicio de neurología. Se solicita valoración neuropsicológica con el fin de conocer su perfil cognitivo y apoyar el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy.

Antecedentes médicos: Sintomatología depresiva en tratamiento desde 1996. Antecedentes médicos de HTA, dislipemia, déficit de vitamina D, cardiopatía hipertensiva, obesidad, cirugía por obstrucción de glándula salival, desprendimiento de retina y cataratas. No constan antecedentes familiares de demencia.

Historia clínica: En mayo de 2018 acude por primera vez al neurólogo por alteración de la marcha y caídas. Unos meses más tarde comienza a describir “problemas de la cabeza”, comentándolo muy a menudo con sus familiares y amistades. Su familia refiere enlentecimiento en las tareas del día a día. Vida social muy activa; actualmente ha reducido las actividades de ocio, refiere sentirse sin ganas de hacer nada. Además, a este bajo estado de ánimo se suma la incontinencia urinaria, que contribuye negativamente al mantenimiento de estas actividades sociales. En septiembre de 2019 se le diagnostica un trastorno de la marcha con leve ataxia en extremidades superiores, y se descarta lesión cerebelosa. Tras el verano de 2020, empieza a mostrarse escasamente interesada en la realización de tareas domésticas. Su familia solicita derivación a un especialista a raíz de las alucinaciones visuales que comienza a sufrir, si bien ella misma era consciente de su irrealidad. En ocasiones la observan desconectada del medio. Presencia de fluctuaciones cognitivas y despertares nocturnos. A nivel funcional, es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero necesita ayuda con más frecuencia que antes para algunas de las instrumentales.

Fue derivada de nuevo al servicio de neurología. Se realizó RM cerebral en el que se halló atrofia corticosubcortical y dilatación de los ventrículos laterales. Se realizó también un EEG, resultando dentro de los parámetros normales. Los resultados de una PET más reciente muestran un hipometabolismo parieto-temporo-occipital. En marzo de 2021 fue diagnosticada con una posible demencia por cuerpos de Lewy, a la espera de apoyarlo con los resultados de una evaluación neuropsicológica.

3.2. Evaluación neuropsicológica

Conducta durante la exploración: La paciente se mostró alerta y colaboradora. Conversación fluida y contacto ocular adecuado con la evaluadora. En varios momentos, cuando ya había pasado más de media hora desde el inicio, preguntó si

quedaba mucho. También pedía con frecuencia feedback sobre su ejecución, preguntaba si lo estaba haciendo bien.

Resultados

Test de cribado: Su puntuación del 20/30 en el MoCA es indicativa de la presencia de deterioro cognitivo leve. Las funciones que se observan más alteradas son la atención y la visuoespacial/ejecutiva.

Orientación: Se encuentra orientada en situación (motivo de la evaluación), persona y espacio, aunque ligeramente desorientada en tiempo (día del mes).

Lenguaje: No se observan dificultades en el lenguaje espontáneo, adecuada expresión y comprensión durante la entrevista, discurso fluido y coherente. Mantiene preservada la denominación visuoverbal y la comprensión de órdenes.

Memoria: En relación a la memoria verbal, no se encuentran dificultades a corto ni a largo plazo, y tanto la capacidad de aprendizaje como de almacenamiento y recuperación se muestran preservadas. Presenta una alteración leve-moderada en la memoria visual a corto plazo; sin embargo, dada la modalidad de la prueba utilizada para valorar este tipo de memoria (Figura de Rey), consideramos que estas dificultades podrían deberse más probablemente a problemas visuoconstructivos que mnésicos.

Atención y velocidad de procesamiento: La paciente es capaz de prestar atención a los diferentes estímulos (atención focalizada). Presenta una ligera alteración de la atención sostenida, y su respuesta comenzó a ser menos consistente transcurrida media hora desde el inicio de la evaluación. La atención selectiva se encuentra leve-moderadamente afectada, tiende a la distractibilidad y tiene dificultad para inhibir la atención a unos estímulos mientras atiende a otros. Su capacidad para cambiar el foco de atención (atención alternante) se encuentra moderadamente alterada. Se observa una disminución leve-moderada en la velocidad de procesamiento de la información.

Funciones ejecutivas: Se observa una alteración leve en el mantenimiento y manipulación mental de la información (memoria de trabajo). La fluencia verbal fonológica se encuentra ligeramente alterada, mientras que preserva la fluencia verbal semántica. No es totalmente eficaz a la hora de controlar las respuestas automáticas e impedir la interferencia de información no relevante (ligera alteración del control inhibitorio), y muestra también leves dificultades para establecer categorías y formar conceptos mentales (abstracción y conceptualización). Se observa una alteración leve-moderada en la capacidad de planificación, no es capaz de identificar y organizar los pasos de la manera más eficaz para alcanzar un objetivo; así como en la flexibilidad cognitiva, presenta dificultades a la hora de incorporar una forma de pensamiento diferente.

Habilidades visuoespaciales y visuoconstructivas: Presenta una alteración moderada-grave en estas habilidades, con un rendimiento excepcionalmente bajo en las tareas de orientación de líneas en el espacio y de copia de figuras.

Praxias: No se observan dificultades en la realización de gestos a la orden (ideomotoras) ni en el uso de objetos en secuencia (ideatorias).

Conducta y emoción: En los resultados del cuestionario NPI administrado a su hijo se identifica la presencia de varios síntomas: alucinaciones, con una frecuencia y gravedad leves (FxG=1) y que no causan distrés en la familia; depresión, ansiedad y apatía, que se presentan frecuentemente con una gravedad moderada (FxG=6) y causan un distrés leve en los familiares; y alteraciones del sueño, que aparecen a menudo con una gravedad moderada (FxG=4) y ocasionan un mayor distrés (moderado) en el entorno familiar.

Capacidad funcional: Su puntuación en la escala IDDD (37) se sitúa justo por encima del punto de corte (36), informando de algunas dificultades en su autonomía. Realiza de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria, pero en ocasiones necesita ayuda para realizar algunas de las actividades instrumentales, como hacer la compra, manejar pequeñas cantidades de dinero, mantener la atención en una conversación durante un tiempo prolongado y acordarse de apagar la cafetera o la vitrocerámica.

Por último, no se observa anosognosia, la paciente es consciente de sus déficits.

3.3. Conclusiones y recomendaciones

Tras la valoración realizada, los principales déficits cognitivos que presenta la paciente se observan a nivel ejecutivo, atencional y visuoespacial/visuoconstructivo. Estas alteraciones, junto con las encontradas en el área conductual-emocional (alucinaciones, depresión, apatía, ansiedad y trastornos del sueño), son compatibles con la presencia de un trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy. Se cumplen los criterios del DSM-V para el diagnóstico de este trastorno, pues existen evidencias de un declive cognitivo significativo en varios dominios y estos déficits interfieren con su autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria; presenta un inicio insidioso y un progresión gradual; cumple con una combinación de dos características diagnósticas esenciales y una sugestiva de un trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy probable: cognición fluctuante, alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas, y trastorno del comportamiento del sueño REM; y la alteración no se explica mejor por otra causa.

Dado el perfil de alteraciones de la paciente, se recomienda su inclusión en un programa de intervención que incluya sesiones de estimulación cognitiva, con el objetivo de frenar el deterioro de las funciones cognitivas alteradas y mantener el funcionamiento de las preservadas durante el mayor tiempo posible; entrenamiento en estrategias de compensación, que permita abordar las dificultades de carácter funcional; y terapia de modificación de conducta, para tratar de mejorar la sintomatología conductual y emocional. Se recomienda realizar psicoeducación tanto con la paciente, para que tenga conciencia de su propio diagnóstico y se implique de forma activa en la intervención, como con sus familiares, para que dispongan de recursos que les faciliten el cuidado y el manejo de las alteraciones conductuales y les ayuden a gestionar las repercusiones psicológicas que la enfermedad les pueda

causar, y darles pautas para incluirlos en los diferentes aspectos del programa de intervención.

4. Propuesta de intervención

4.1. Objetivos de la intervención

Objetivo general:

- Reducir el impacto de las alteraciones cognitivas, conductuales, emocionales y funcionales en la calidad de vida de la paciente.

Objetivos específicos:

- Realizar estimulación cognitiva de las funciones cognitivas preservadas, para mantener su rendimiento, y de las funciones cognitivas afectadas, para frenar su deterioro.
- Entrenar en técnicas de modificación de conducta para mejorar su estado de ánimo y disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa.
- Entrenar en el uso de estrategias de compensación para mantener su independencia en las actividades de la vida diaria durante el mayor tiempo posible.
- Realizar psicoeducación con la paciente, para que conozca la enfermedad y se implique de forma activa en la intervención.
- Realizar psicoeducación con los familiares y cuidadores, para que conozcan la enfermedad, se impliquen de forma activa en la intervención y dispongan de recursos que les faciliten el cuidado.

4.2. Plan de intervención

Antes de comenzar con el plan de intervención, organizaremos una primera sesión con la paciente y sus familiares para explicarles en qué consistirá y la necesidad de ponerlo en marcha de manera precoz, plantear los objetivos de manera conjunta y decidir otros aspectos del proceso (días de la semana (lunes y miércoles o martes y jueves), etc.).

El plan de intervención que proponemos consta de 26 sesiones de 60 minutos con una periodicidad de dos días por semana con la paciente, lunes y miércoles; y 4 sesiones de 60 minutos un viernes cada tres semanas con los familiares. La duración total de la intervención es de 13 semanas.

Las sesiones con la paciente están divididas en tres bloques, cuyo esquema general se presenta a continuación:

Bloque 1	Psicoeducación	10'	N.º de sesiones: 9
	Estimulación cognitiva	40'	
	Psicomotricidad	10'	

Bloque 2	Entrenamiento en estrategias de compensación	20'	N.º de sesiones: 11
	Estimulación cognitiva	30'	
	Psicomotricidad	10'	
Bloque 3	Terapia cognitivo-conductual	20'	N.º de sesiones: 6
	Estimulación cognitiva	30'	
	Psicomotricidad	10'	

Como vemos, la intervención con la paciente se compone de los siguientes elementos:

A. Psicoeducación (bloque 1)

Objetivos: - Mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad
- Mejorar su motivación e implicación en el tratamiento

Justificación: El éxito del programa de intervención exige un fuerte compromiso personal y colaboración, que se logrará, en parte, comprendiendo la finalidad de las intervenciones (Lubrini et al., 2020). La paciente es consciente de sus déficits, lo que constituye una buena base para comenzar la intervención.

La parte de psicoeducación se llevará a cabo a lo largo de las 9 sesiones del bloque 1, de la siguiente manera:

- Sesión 1.1: Demencia por cuerpos de Lewy
Objetivo: Comprender la situación que se está viviendo; conocer los mecanismos de la enfermedad, sus causas y el impacto que tiene sobre su desempeño cognitivo, conductual, emocional y funcional.
- Sesión 1.2: Funciones cognitivas: Atención
- Sesión 1.3: Funciones cognitivas: Percepción
- Sesión 1.4: Funciones cognitivas: Praxias
- Sesión 1.5: Funciones cognitivas: Memoria
- Sesión 1.6: Funciones cognitivas: Lenguaje
- Sesión 1.7: Funciones cognitivas: Funciones ejecutivas
Objetivo: Conocer la naturaleza de las diferentes funciones cognitivas, cuáles son, de qué manera se ponen en marcha en las diferentes actividades de la vida cotidiana, cómo se ven afectadas en la enfermedad, y cómo y por qué las trabajaremos a través de la estimulación cognitiva.
- Sesión 1.8: Hábitos saludables: alimentación y sueño
- Sesión 1.9: Hábitos saludables: actividad física y vida social
Objetivo: Promover el desarrollo de conductas de vida saludables.

B. Entrenamiento en estrategias de compensación (bloque 2)

Objetivo: Minimizar el impacto de los déficits cognitivos en la realización de actividades cotidianas.

Justificación: La demencia por cuerpos de Lewy es una enfermedad neurodegenerativa, por lo que no podemos esperar la recuperación de las funciones cognitivas alteradas. En este caso, resultan adecuadas las estrategias de compensación de la función, que van dirigidas a que el paciente aprenda a realizar actividades funcionales desarrollando nuevas conductas que reduzcan la participación de los procesos cognitivos afectados (Lubrini et al., 2020).

Las actividades de la vida diaria en las que nos consta que la paciente tiene algunas dificultades son hacer la compra (organizar los productos a adquirir antes de ir a comprar, planificar su recorrido por el supermercado, localizar los productos), manejar pequeñas cantidades de dinero, poner atención en las conversaciones y apagar la cocina y la cafetera. La entrenaremos en el uso de ayudas externas y modificaciones del entorno para compensar estas dificultades a lo largo de las 11 sesiones del bloque 2, de la manera que se presenta a continuación. Para algunas estrategias necesitaremos varias sesiones, comenzando por el entrenamiento en la ayuda y acabando por la supervisión de su uso (Wilson, Emslie, Quirk y Evans, 2001). Las sesiones de este segundo bloque se llevarán a cabo en el propio ambiente de la paciente (casa y supermercado) para aumentar su valor ecológico.

- Sesión 2.1: Carteles recordatorios
- Sesión 2.2: Eliminación de posibles distractores
- Sesiones 2.3, 2.4 y 2.5: Elaboración de la lista de la compra
- Sesiones 2.6 y 2.7: Uso de la lista de la compra
- Sesiones 2.8, 2.9 y 2.10: Recorrido por el supermercado
- Sesión 2.11: Pago con tarjeta

C. Terapia cognitivo-conductual (bloque 3)

Objetivo: Mejorar su estado de ánimo y disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa.

Justificación: Entre las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación encontramos la atención plena o mindfulness, que ha demostrado efectividad en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos psicológicos, entre ellos, la ansiedad y la depresión (Moreno Coutiño, 2012), trastornos de sueño (Brand et al., 2012; Winbush et al., 2007), y los trastornos conductuales asociados a la demencia (McBee, 2008; Quintana Hernández et al., 2014; Wells et al., 2013). Además, varios estudios han demostrado que durante su práctica aumenta la irrigación cerebral en áreas corticales y subcorticales (Deepeshwar et al., 2014; Khalsa et al., 2009), la conectividad entre diferentes estructuras cerebrales (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2011; Malinowski, 2013); y, en enfermedades neurodegenerativas en estadios leves, tiene un efecto positivo en diversas capacidades cognitivas (Newberg et al., 2010; Quintana Hernández y Quintana Montesdeoca, 2014; Wells et al., 2013), por lo que su

práctica resulta útil en el tratamiento de la sintomatología general de la demencia. Planteamos su uso para tratar la sintomatología depresiva y ansiosa en esta paciente, aunque de manera colateral se produzca una mejoría de otros síntomas.

Las sesiones de mindfulness se realizarán a lo largo de las 6 sesiones del bloque 3, de la siguiente manera:

- Sesión 3.1: Atención a la respiración
- Sesión 3.2: Atención al cuerpo
- Sesiones 3.3: Atención al entorno
- Sesiones 3.4: Atención a las emociones
- Sesiones 3.5: Atención al pensamiento
- Sesión 3.6: Atención abierta

D. Estimulación cognitiva (transversal)

Objetivo: Mantener el funcionamiento de las funciones cognitivas preservadas y frenar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas.

Justificación: Dentro de las terapias no farmacológicas para el tratamiento de las demencias, la estimulación cognitiva es la que cuenta con un mayor apoyo empírico, y se propone como la primera intervención a llevar a cabo llegado este diagnóstico. Su objetivo es maximizar las funciones cognitivas preservadas y favorecer la potencial capacidad de reorganización funcional del cerebro a través de la realización de tareas que eliciten respuestas cognitivas, poniendo en marcha la utilización de las capacidades cognitivas residuales, objetivadas con la exploración neuropsicológica, con el fin de enlentecer el curso de la enfermedad (Deus, 2006).

La estimulación cognitiva se realizará de manera transversal a lo largo de todo el programa de intervención, con una duración de 40' por sesión durante las 9 sesiones del primer bloque, y 30' durante el resto de sesiones del programa. Por otra parte, durante los dos primeros bloques, en las sesiones de los lunes se harán ejercicios de papel y lápiz, y en las de los miércoles, actividades de la plataforma digital NeuronUP. En las seis últimas sesiones del bloque 3 se combinarán ambas modalidades.

Las tareas de estimulación cognitiva se diseñarán teniendo en cuenta los modelos teóricos de referencia; las capacidades alteradas y preservadas de la paciente, estableciendo un orden de prioridades a la hora de estimular las diferentes funciones cognitivas; y haciéndolas creativas y ecológicas, integrando elementos familiares para ella extraídos de su contexto cotidiano.

E. Psicomotricidad (transversal)

Objetivo: Contribuir al mantenimiento de la autonomía en las actividades de la vida diaria a nivel físico.

Justificación: Realizar ejercicio físico con regularidad disminuye el riesgo de discapacidad física; con ello, las funciones motoras tardan más en deteriorarse, haciendo a la persona funcional durante un mayor periodo de tiempo (Landinez Parra et al., 2012). En personas con demencia, se ha observado que la realización de

ejercicio físico mejora la calidad del sueño, ayuda a eliminar tensiones y les proporciona tranquilidad, sentido de participación y bienestar (Pinto Fontanillo y Ramos Cordero, 2007). En concreto, la terapia de psicomotricidad busca estimular la motricidad automática y voluntaria a través del mantenimiento del esquema corporal, la coordinación motora y la movilidad, el incremento de la fuerza muscular y la resistencia a la fatiga, y el reconocimiento del espacio intra y extrapersonal (Deví et al., 2004)

Los ejercicios de psicomotricidad se realizarán de manera transversal a lo largo de todo el programa de intervención, durante los 10' finales de cada sesión.

Por último, las sesiones con los familiares tendrán una duración de 60 minutos y una periodicidad de un viernes cada tres semanas, lo que hace un total de 4 sesiones a lo largo del programa de intervención. A continuación se presenta el esquema de cada sesión:

E.1	Psicoeducación: Demencia por cuerpos de Lewy	
	<i>Objetivo:</i> Comprender la situación que se está viviendo; conocer los mecanismos de la enfermedad, sus causas, los síntomas propios del trastorno y su impacto en la vida diaria, tanto de la paciente como de ellos mismos; y revisar creencias disfuncionales.	30'
E.1	Recomendaciones	
	<i>Objetivo:</i> Informar sobre los recursos sociales disponibles en su ciudad (asociaciones de familiares, otros profesionales...) y sobre recursos que pueden poner en marcha en la vida cotidiana para el cuidado de la paciente (fomento de actividades sociales, creación de rutinas, simplificación del estilo de vida, realización de actividad física, cuidado de la higiene y la alimentación...)	30'
E.2	Psicoeducación: Funciones cognitivas	
	<i>Objetivo:</i> Conocer la naturaleza de las diferentes funciones cognitivas, cuáles son, de qué manera se ponen en marcha en las diferentes actividades de la vida cotidiana, cómo se ven afectadas en la enfermedad, y cómo y por qué es adecuada la realización de estimulación cognitiva y la puesta en marcha de estrategias de compensación.	30'
E.2	Técnicas y estrategias	
	<i>Objetivo:</i> Aprender técnicas de estimulación cognitiva para realizar con la paciente en casa (se les proporcionará un cuadernillo con tareas de estimulación) y conocer algunas estrategias de compensación para implementar en el hogar.	30'

F.3

Orientación en el manejo de los problemas conductuales

Objetivo: Disponer de recursos para el manejo de las alteraciones conductuales de la paciente. 60'

Esta orientación resulta prioritaria dentro de la intervención familiar, ya que los síntomas conductuales son la mayor causa de estrés en los familiares (Bruna Rabassa et al., 2011).

F.4

Entrevista sobre la situación actual

Objetivo: Conocer los cambios a nivel psicológico, físico, social y económico de los familiares y valorar la posible necesidad de comenzar una intervención psicoterapéutica individual o grupal. 60'

El cronograma del programa de intervención completo se presenta en el anexo 1.

4.3. Preparación completa de tres sesiones

Puesto que en el programa de intervención propuesto las sesiones con la paciente se dividen en 3 bloques consecutivos, desarrollaremos una sesión de cada bloque:

Sesión 1.1 (inicio de la intervención)

Esperamos que la paciente se encuentre orientada y conozca el motivo por el que viene a consulta. La paciente es consciente de sus déficits, lo que constituye una buena base para comenzar la intervención. Además, la semana anterior se hizo una presentación con ella y sus familiares para explicarles en qué consistiría el programa y se plantearon de manera conjunta los objetivos. A nivel conductual, es posible que se muestre apática, pero mejorando sus conocimientos sobre la patología y la necesidad de poner en marcha la intervención en la parte de psicoeducación, esperamos aumente su motivación e implicación en el tratamiento. A nivel cognitivo, sabemos que presenta alterada la atención, por lo que la estimulación cognitiva de esta función es un objetivo prioritario en esta primera fase de tratamiento, ya que se concibe como un prerrequisito necesario para la ejecución de otras tareas (Lubrini et al., 2020).

En esta primera sesión del programa, que se encuadra en el primer bloque, se realizarán 10 minutos de psicoeducación, 40 minutos de estimulación cognitiva y 10 minutos finales de psicomotricidad.

- **Psicoeducación: Demencia por cuerpos de Lewy**

Como se expuso anteriormente, el objetivo de esta primera sesión de psicoeducación se dirige a que la paciente comprenda la situación que está viviendo, conozca los mecanismos de la enfermedad, sus causas y el impacto que tiene sobre su desempeño cognitivo, conductual, emocional y funcional.

En el anexo 2 se muestra la presentación de diapositivas que servirá de apoyo visual para esta sesión psicoeducativa, en la que se explican conceptos generales sobre el

envejecimiento normal y la demencia, los cuerpos de Lewy, los síntomas de la demencia por cuerpos de Lewy, las consecuencias, el tratamiento y el papel en ello del neuropsicólogo.

- **Estimulación cognitiva**

Esta primera sesión está planteada para realizarse un lunes; durante los dos primeros bloques, en las sesiones de los lunes se harán ejercicios de estimulación cognitiva de papel y lápiz, con un diseño adaptado a las capacidades y necesidades específicas de la paciente.

En primer lugar, se realizarán 5 minutos de estimulación de la orientación mediante las siguientes preguntas: ¿Qué día de la semana es hoy? ¿De qué mes? ¿De qué año? ¿Dónde estamos? ¿Usted en qué calle vive? ¿En qué piso? ¿En qué ciudad? ¿En qué comunidad autónoma? ¿En qué país? ¿Qué países tenemos cerca? ¿Tiene usted pueblo? Vamos a pensar en la carretera que va de aquí a su pueblo: ¿con qué pueblos nos vamos encontrando por el camino?

Seguido de esto, las tareas que se plantean para realizar en la sesión 1.1 están dirigidas a trabajar la atención:

Tarea 1: Hacer una pulsera para su nieta

Objetivo: Estimular la atención sostenida y selectiva.

Duración: 20 minutos.

Descripción: Con un hilo de pulsera y unos abalorios de diferentes colores, formas y tamaños, deberá hacer una pulsera siguiendo la serie que le planteemos.

Niveles de dificultad: Comenzaremos pidiéndole que siga una serie con un solo criterio, por ejemplo, dos abalorios de verdes y dos rosas. Aumentaremos posteriormente la dificultad sumando más criterios y ampliando la serie, como flor roja–bola azul–estrella.

Tarea 2: Fotografías

Objetivo: Estimular la atención sostenida y selectiva.

Duración: 15 minutos.

Descripción: Se le presentará una fotografía de un ambiente conocido para ella y deberá observarla detenidamente durante un minuto. Después, se le realizarán preguntas sobre diferentes aspectos de la foto que deberá buscar. Haremos lo mismo con otra fotografía con rostros de personas. La actividad completa se presenta en el anexo 3.

- **Psicomotricidad**

Comenzaremos haciendo unos ejercicios de movilidad, de arriba abajo, sentadas en la silla: movemos el cuello, los hombros, los codos, las muñecas, los dedos, el tronco, las rodillas y los tobillos. Seguido de esto, haremos ejercicios de psicomotricidad que también impliquen actividad cognitiva. En esta sesión 1.1, serán ejercicios con el propio cuerpo, por ejemplo:

- Toca tu frente con la mano derecha.
- Toca tu hombro izquierdo con la mano derecha tres veces.
- Toca tu hombro derecho con tu oreja derecha.
- Toca tu nariz con tu dedo índice de la mano izquierda dos veces.
- Toca mi pierna con tu pie izquierdo y luego con el derecho.

Sesión 2.3 (mitad de la intervención)

Llegados a este segundo bloque, esperamos que la paciente continúe orientada, mantenga el funcionamiento cognitivo y haya mejorado su motivación e implicación en el tratamiento. También se espera que, gracias a las sesiones de psicoeducación del primer bloque, haya desarrollado conductas saludables de alimentación, sueño, actividad física y vida social.

En esta sesión, que se encuadra en el segundo bloque, se realizarán 20 minutos de entrenamiento en estrategias de compensación, 30 minutos de estimulación cognitiva y 10 minutos finales de psicomotricidad.

- ***Entrenamiento en estrategias de compensación: Elaboración de la lista de la compra***

El objetivo de este entrenamiento es minimizar el impacto de los déficits cognitivos en la actividad de la vida diaria de hacer la compra, en la que presenta dificultades. Para ello, hemos planteado tres sesiones de entrenamiento en la elaboración de la lista de la compra. En esta primera sesión, haremos un role-playing en su propia casa para simular los momentos en los que tenga que apuntar algún ingrediente en la lista. Los pasos a seguir se presentan en el anexo 4. Con esta actividad a lo largo de las tres sesiones, primero mediante la simulación e instrucciones y finalmente solo con supervisión, se pretende que la paciente sea capaz de organizar correctamente los productos a adquirir antes de ir a comprar.

- ***Estimulación cognitiva***

Esta sesión está planteada para realizarse un miércoles; durante los dos primeros bloques, en las sesiones de los miércoles se harán ejercicios de estimulación cognitiva de la plataforma digital NeuronUP.

Las tareas que se plantean para realizar en la sesión 2.3 están dirigidas a trabajar la visuoespacialidad, función en la que presenta una alteración moderada-grave, la memoria de trabajo, en la que presenta una alteración leve, y el lenguaje, función que mantiene preservada. Combinamos la estimulación de funciones en las que muestra un rendimiento diferente para reducir su frustración si tiene muchas dificultades al realizar la actividad previa.

Tarea 1: Movimiento de cubos

Objetivo: Estimular la visuoespacialidad y la planificación.

Duración: 10 minutos.

Descripción: Se le muestran unos cubos en una posición inicial y la paciente debe calcular en qué posición quedarían si se mueve uno de ellos en la dirección señalada. Las imágenes de ejemplo se presentan en el anexo 5.

Niveles de dificultad: Comenzaremos por la dificultad básica y aumentaremos progresivamente la dificultad en la medida de lo posible, aumentando el número de cubos y de movimientos.

Tarea 2: Reconocimiento de secuencia de imágenes

Objetivo: Estimular la memoria de trabajo.

Duración: 10 minutos.

Descripción: Se le muestra una serie de imágenes que orden que debe memorizar y reconocer posteriormente. Las imágenes de ejemplo se presentan en el anexo 6.

Niveles de dificultad: Comenzaremos por la dificultad básica y aumentaremos progresivamente la dificultad en la medida de lo posible, aumentando el número de imágenes en la secuencia.

Tarea 3: Comprensión oral con preguntas

Objetivo: Estimular la comprensión oral del lenguaje.

Duración: 10 minutos.

Descripción: La paciente debe responder a una pregunta relativa a la frase oída. Las frases de ejemplo se presentan en el anexo 7.

Niveles de dificultad: Comenzaremos con una sola actividad de dificultad fácil, ya que la paciente no muestra dificultades en esta función, y haremos el resto de frases de nivel medio. En las últimas frases, si no tiene problemas para responder correctamente, no se le darán opciones (recuerdo libre).

• **Psicomotricidad**

Como en todas las sesiones en la parte de psicomotricidad, comenzaremos haciendo unos ejercicios de movilidad, de arriba abajo, sentadas en la silla. Seguido de esto, haremos ejercicios de psicomotricidad que también impliquen actividad cognitiva. En esta sesión 2.3, tendremos una caja con pelotas de diferentes tamaños y le pediremos que nos lance una determinada con una de las dos manos, por ejemplo, “lanza la pelota azul pequeña con la mano derecha”, o “coge la pelota roja grande con la mano derecha y lánzala con la mano izquierda”.

Sesión 3.4 (final del programa)

Al igual que en la anterior sesión, esperamos que la paciente continúe orientada, mantenga el funcionamiento cognitivo, haya mejorado su motivación e implicación en el tratamiento y haya desarrollado conductas de vida saludables. También esperamos que, gracias al entrenamiento estrategias de compensación, haya reducido el impacto de los déficits cognitivos en algunas actividades de la vida diaria. Respecto a las

alteraciones conductuales, esperamos que las tres sesiones de mindfulness que ya se han realizado estén contribuyendo a la mejora de su ansiedad y depresión.

En esta sesión, que se encuadra en el tercer bloque, se realizarán 20 minutos de terapia cognitivo-conductual (mindfulness), 30 minutos de estimulación cognitiva y 10 minutos finales de psicomotricidad.

- **Mindfulness: Atención a las emociones**

Esta sesión, la cuarta en la que realizamos esta terapia, consiste en practicar un ejercicio guiado de reminiscencia para que la paciente sea consciente de las emociones que le produce una situación agradable y un recuerdo. Como explicamos, la terapia completa de mindfulness se dirige a tratar la sintomatología depresiva y ansiosa. Nos basamos en la sesión de atención abierta propuesta por Laguna Ayllón (2018). La habitación estará no muy iluminada y con el mínimo de ruidos posibles para evitar distracciones. Es muy importante que, al relatar los ejercicios, hablemos con un tono suave, lento y claro. Pondremos una música relajante de fondo, le pediremos que cierre los ojos y comenzaremos la sesión. Las instrucciones se presentan en el anexo 8.

- **Estimulación cognitiva**

En este último bloque, la parte de estimulación cognitiva se realiza combinando actividades en papel y digitales. Las tareas que se plantean para realizar en la sesión 3.4 están dirigidas a trabajar funciones que la paciente presenta alteradas y un juego entre ellas para estimular una función preservada y, además, reducir su posible frustración.

Tarea 1: Equilibra las bolsas

Objetivo: Estimular la memoria de trabajo, flexibilidad, planificación y razonamiento.

Duración: 10 minutos.

Descripción: Sabiendo el peso de diferentes productos que aparecen en la cinta del supermercado, la paciente debe meterlos en las bolsas, equilibrando el peso de los dos brazos. Las imágenes de ejemplo se presentan en el anexo 9.

Niveles de dificultad: Comenzaremos por las fases fáciles, en las que todos los productos tienen el mismo peso y solo hay una bolsa en cada brazo, y aumentaremos progresivamente la dificultad en la medida de lo posible, aumentando el número de productos, de bolsas, y variando los pesos.

Tarea 2: Juego de fluidez verbal

Objetivo: Estimular la fluidez verbal fonológica y semántica.

Duración: 10 minutos.

Descripción: En este juego creado por PsicoCortex (2021) jugarán tanto la paciente como la profesional, y el objetivo es acumular el máximo número de puntos. Se tira el dado y, según la casilla en la que se caiga, se deberán hacer diferentes actividades de fluidez verbal.

Niveles de dificultad: Existe una modalidad 2 del juego, pero nosotras jugaremos solo a la normal. El tablero y las normas se presentan en el anexo 10.

Tarea 3: Dobble

Objetivo: Estimular la atención selectiva.

Duración: 10 minutos.

Descripción: Dobble es un juego de la marca Zygomatic compuesto por 55 cartas redondas con 8 dibujos en cada una. En todas las cartas hay un dibujo que es igual al de otra. Se puede jugar de muchas maneras diferentes; en este caso, sacaremos dos cartas y la paciente deberá descubrir lo más rápido que pueda cuál es el dibujo común. Cuando lo acierte, se llevará las dos cartas. En esta sesión ya habremos jugado varias veces a este juego, con lo que se espera que la paciente consiga tener al final más cartas que las primeras veces que jugó.

Niveles de dificultad: Si no presenta muchas dificultades para jugar, se añadirá una carta más. Cuando encuentre el dibujo en común entre dos de ellas, retirará una de esas dos y deberá encontrar el dibujo en común de la que queda con la tercera carta.

• **Psicomotricidad**

Como en todas las sesiones en la parte de psicomotricidad, comenzaremos haciendo unos ejercicios de movilidad, de arriba abajo, sentadas en la silla. Seguido de esto, haremos ejercicios de psicomotricidad que también impliquen actividad cognitiva. En esta sesión 3.4, tendremos una caja con pelotas de diferentes colores, unos aros de colores colocados en el suelo, y la pantalla del ordenador con una presentación de imágenes de animales acompañadas de un sonido. Cuando en la pantalla aparezca un animal con el sonido correcto, por ejemplo, un león y un rugido, la paciente tiene que tirar una pelota de un color al aro del suelo del mismo color. Cuando aparezca un animal acompañado de un sonido que no es el suyo, por ejemplo, un gato y un ladrido, la paciente debe tirar la pelota a un aro del suelo de un color diferente.

4.4. Resultados esperados

La evaluación se realizará 2 meses después de finalizar el programa de intervención para eliminar el efecto de aprendizaje.

Los resultados de la intervención se medirán utilizando el mismo protocolo que se utilizó en la primera evaluación, para comprobar si el rendimiento en alguna función cognitiva ha empeorado o se mantiene; si ha empeorado, mejorado o se mantiene la sintomatología conductual; y si sigue teniendo dificultades para realizar algunas actividades la vida diaria, si sus dificultades han aumentado o si se ha vuelto más independiente en la realización de algunas de ellas.

A nivel cognitivo se espera que mantenga el mismo rendimiento en las pruebas que evalúan todas las funciones cognitivas valoradas en la primera evaluación.

A nivel conductual se espera que hayan mejorado los síntomas de apatía, depresión y ansiedad, y que estos causen menos distrés a sus familiares.

A nivel funcional se espera que se haya reducido la cantidad de ayuda que necesita para hacer la compra, manejar pequeñas cantidades de dinero, mantener la atención en una conversación durante un tiempo prolongado y acordarse de apagar la cafetera o la vitrocerámica; y, por tanto, que haya aumentado su independencia funcional.

5. Referencias bibliográficas

- Aarsland, D., Perry, R., Larsen, J. P., McKeith, I., O'Brien, J., y Perry, E. K. (2005). Neuroleptic sensitivity in Parkinson's disease and parkinsonian dementias. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 633-7.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2015). Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. *Psicothema*, 16, 297-302.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Artiola, L., Hermosillo, D., Heaton, R., y Pardee, R. E. (1999). *Manual de normas y procedimientos para la batería neuropsicológica en español*. Tucson: Press.
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R., y Schmidt, S. (2012). Influence of mindfulness practice on cortisol and sleep in long-term and short-term meditators. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109-118.
- Beach, T. G., Adler, C. H., Sue, L. I., Vedders, L., Lue, L., y White, C. L. (2010). Multi-organ distribution of phosphorylated α -synuclein histopathology in subjects with Lewy body disorders. *Acta Neuropathologica*, 119, 689-702.
- Bellas-Lamas, P., Rodríguez-Regal, A., y Cebrián-Pérez, E. (2012). Demencia por cuerpos de Lewy. *Revista de Neurología*, 54(4), 67-74.
- Benton, A., Hamsher, K., Varney, N. R., y Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment: A clinical manual*. New York: Oxford University Press.
- Benton, A., y Hamsher, K. S. (1989). *Multilingual aphasia examination*. Iowa City: University of Iowa.
- Böhm, P., Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Hernández, G., Sol, J. M., y Blesa, R. (1998). Clinical validity and utility of the interview for deterioration of daily living in dementia for Spanish-speaking communities. *International Psychogeriatrics*, 10(3), 261-270.
- Bruna Rabassa, O., Cucurella Fabregat, E., Puyuelo Sanclemente, M., Cuevas Pérez, R., y Signo Miguel, S. (2011). Atención a la familia y trabajo interdisciplinar en el envejecimiento y las demencias. En O. Bruna Rabassa, M. T. Roig Rovira, M. Puyuelo Sanclemente, C. Junqué i Plaja y A. Ruano Hernández. *Rehabilitación neuropsicológica: intervención y práctica clínica* (pp. 433-448). Elsevier.
- Buschke, H. (1984). Cued recall in amnesia. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(4), 433-40.
- Calvo, L., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Palomo, R., Aranciva, F., Tamayo, F., y Peña-Casanova, J. (2013). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las

- pruebas Visual Object and Space Perception Battery y Judgment of Line Orientation. *Neurología*, 28(3), 153-159.
- Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calvo, L., Palomo, R., Aranciva, F., Tamayo, F., y Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para los test de fluencia verbal. *Neurología*, 28(1), 33-40.
- Cortés Sotres, J. F., Galindo Villa Molina, G., y Salvador Cruz, J. (1996). La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud mental*, 19(3), 42-48.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18.
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5), 10-16.
- Deepeshwar, S., Vinchurkar, S. A., Visweswaraiah, N. K., y Nagendra, H. R. (2014). Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 252.
- Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Ojeda, N. (2016). Modified wisconsin card sorting test: Standardization and norms of the test for a population sample in Spain. *Revista de Neurología*, 62(5), 193-202.
- Demey, I., y Allegri, R. F. (2008). Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy. *Revista Neurológica Argentina*, 33, 3-21.
- Deus, J. (2006). Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 184, 119-152.
- Deví, J., Magna, S., y Ruiz, I. (2004). Escalas de evaluación psicopatológicas y psicogeriátricas. En J. Deví y J. Deus. *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar* (pp. 511-533). Barcelona: Isep Universidad.
- Faggioni Sánchez, G., Herbozo Alvarado, G., Campoverde Guerrero, P., Rodríguez, R., y Acuña, G. (2018). Demencia por cuerpos de Lewy, un reto diagnóstico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(3), 69-73.
- Fernández, A. L., Marino, J. C., y Alderete, A. M. (2002). Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista neurológica argentina*, 27(2), 83-88.
- Grant, D., y Berg, E. (2001). *Test de clasificación de tarjetas Wisconsin. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386.
- Golden, C. J. (1975). A group version of the Stroop color and word test. *Journal of Personality Assessment*, 39, 386-388.
- Golimstok, A. (2017). Actualización en la enfermedad con cuerpos de Lewy. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 37, 105-111.
- Heaton, R. K. (1981). *WCST Manual*. Odessa: PARC.

- Hogan, D. B., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Maxwell, C. J., Dykeman, J., Pringsheim, T., Steeves, T., Smith, E. E., Pearson, D., y Jetté, N. (2016). The prevalence and incidence of dementia with lewy bodies: A systematic review. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 43(1), 83-95.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43.
- Khalsa, D. S., Amen, D., Hanks, C., Money, N., y Newberg, A. (2009). Cerebral blood flow changes during chanting meditation. *Nuclear Medicine Communications*, 30(12), 956-961.
- Laguna Ayllón, S. [Sandra]. (2018). *Proyecto mindfulness con personas con demencia*. [Trabajo final de máster]. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35983/TFM-G965.pdf;jsessionid=9357884ACC5EAF465FE6DF24DE93F95B?sequence=1>
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., y Castro Villamil, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(384), 562-580.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gris, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McFarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I. y Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- Levy, J. A., y Chelune, G. J. (2007). Cognitive-Behavioral Profiles of Neurodegenerative Dementias: Beyond Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 227-38.
- López-Pousa, S., Garre-Olmo, J., Turon-Estrada, A., Gelada-Batlle, E., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Morante-Muñoz, V., Peralta-Rodríguez, J., y Cruz-Reina, M. M. (2003). Incidencia clínica de la demencia por cuerpos de Lewy. *Revista de Neurología*, 36(8), 715-720.
- Lozano-Gallego, M., Hernández Ferrándiz, M., Turró Garriga, O., Pericot Nierga, I., López-Pousa, S., y Vilalta Franch, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer: Realidades e Investigación en Demencia*, 43, 4-11.
- Lubrini, G., Muñoz Marrón, E., Periañez Morales, J. A. y Ríos-Lago, M. (2020). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Editorial UOC.
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 8.
- Martínez-Ramos, A., Perú-Cebollero, M., Villaseñor-Cabrera, T., y Guàrdia-Olmos, J. (2013). Adaptación y validación del test Torre de Londres en mexicanos adultos mayores de 60 años. *Anuario de Psicología*, 43(2), 253-266.
- Matías-Guiu Antem, J. (2017). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Editorial UOC.
- Metzler-Baddeley, C. (2007). A review of cognitive impairments in dementia with Lewy bodies relative to Alzheimer's disease and Parkinson's disease with dementia. *Cortex*, 43(5), 583-600.

- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A care model for frail elders and their caregivers (1st ed.)*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- McKeith, I. G. (2002). Dementia with Lewy bodies. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 144-7.
- McKeith I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J.T., y Feldman, H. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB consortium. *Neurology*, *65*, 1863-72.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*, 695-699.
- Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., y Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *20*(2), 517-526.
- Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Peña, J. (2016). Montreal cognitive assessment test: Normalization and standardization for Spanish population. *Revista de Neurología*, *63*(11), 488-496.
- Peña-Casanova, J., Guardia, J., Bertran-Serra, I., Manero, R. M., y Jarne, A. (1997). Versión abreviada del test Barcelona (I): subtests y perfiles normales. *Neurología*, *12*(3), 99-111.
- Peña-Casanova, J., Blesa, R., Aguilar, M., Gramunt-Fombuena, N., Gómez-Ansón, B., Oliva, R., Molinuevo, J. L., Robles, A., Barquero, M. A., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M. for the NEURONORMA Study Team, (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Methods and Sample Characteristics, *Archives of Clinical Neuropsychology*, *24*(4), 307-319.
- Peña-Casanova, J., Gramunt-Fombuena, N., Quiñones-Úbeda, S., Sánchez-Benavides, G., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J. L., Robles, A., Barquero, M. S., Payno, M., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., y Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for the rey-osterrieth complex figure (copy and memory), and free and cued selective reminding test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *24*(4), 371-393.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Cerulla, N., Molinuevo, J. L., Ruiz, E., Robles, A., Barquero, M. S., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., y Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for verbal fluency tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *24*(4), 395-411.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana, M., Aguilar, M., Molinuevo, J. L., Serradell, M., Robles, A., Barquero, M. S., Payno, M., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., y Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for the stroop color-word interference test and the tower of London-Drexel. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *24*(4), 413-429.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J. L., Torner, L., Robles, A., Barquero, M. S., Villanueva, C., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Sanz, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., y

- Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for verbal Span, visuospatial Span, letter and number sequencing, trail making test, and symbol digit modalities test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(4), 321-341.
- Peña-Casanova, J., Quintana-Aparicio, M., Quiñones-Úbeda, S., Aguilar, M., Molinuevo, J. L., Serradell, M., Robles, A., Barquero, M. S., Villanueva, C., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Aguilar, M. D., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., y Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for the visual object and space perception battery-abbreviated, and judgment of line orientation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(4), 355-370.
- Pinto Fontanillo, J. A., y Ramos Cordero, P. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Detección y cuidados en las personas mayores*. Madrid: Dirección general de Salud Pública y Alimentación. Ayuntamiento Madrid.
- PsicoCortex. (2021). Material de Estimulación Cognitiva PsicoCortex: Juego de fluidez verbal [entrada de blog]. *PsicoCortex Blog de Neuropsicología*. <https://psicocortex.wordpress.com/recursos>
- Quintana, M. (2009). *Test Barcelona Abreviado. Datos normativos. Aproximación desde la Teoría de la Respuesta a los ítems y redes neuronales artificiales en el deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona].
- Quintana Hernández, D. J., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., Del Pino, A. S., García Rodríguez, J. R. y Hernández, J. R. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(4), 165-172.
- Quintana Hernández, D. J. y Quintana Montesdeoca M. P. (2014). La eficacia de la estimulación para el Alzheimer basada en mindfulness (MBAS) en la progresión del deterioro cognitivo: un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 101-112.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276.
- Rey, A. (1997). *Test de Copia de una figura compleja. Manual. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sammer, G., Reuter, I., Hullmann, K., Kaps, M., y Vaitl, D. (2006). Training of executive functions in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 248(1-2), 115-119.
- Sarazin, M., Berr, C., De Rotrou, J., Fabrigoule, C., Pasquier, F., Legrain, S., Michel, B., Puel, M., Volteau, M., Touchon, J., Verny, M., y Dubois, B. (2007). Amnesic syndrome of the medial temporal type identifies prodromal AD: a longitudinal study. *Neurology*, 69(19), 1859-1867.
- Serra-Mayoral, A., y Peña-Casanova, J. (2006). Fiabilidad test-retest e interevaluador del Test Barcelona. *Neurología*, 21(6), 277-281.
- Shallice, T. (1988). *From neuropsychology to mental structure*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sheridan, L. K., Fitzgerald, H. E., Adams, K. M., Nigg, J. T., Martel, M. M., Puttler, L. I., Wong, M. M., y Zucker, R. A. (2006). Normative Symbol Digit Modalities Test performance in a community-based sample, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(1), 23-28.
- Smith, A. (2002). *Symbol digit modalities test*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calva, L., Palomo, R., Aranciva, F., y Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27(6), 319-329.
- Teichmann, M., Epelbaum, S., Samri, D., Levy Nogueira, M., Michon, A., Hampel, H., Lamari, F., y Dubois, B. (2017) Free and Cued Selective Reminding Test – accuracy for the differential diagnosis of Alzheimer's and neurodegenerative diseases: A large-scale biomarker-characterized monocenter cohort study (ClinAD). *Alzheimer's & Dementia*, 13(8), 913-923.
- Teunisse, S. (1991). Interview for Deterioration in Daily Life in Dementia. *Archives of Neurology*, 48, 274-277.
- Vann Jones, S. A, y O'Brien, J. T. (2014). The prevalence and incidence of dementia with Lewy bodies: a systematic review of population and clinical studies. *Psychological Medicine*, 44, 673-83.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinás-Reglá, J., López-Pousa, S., y López, O. L. (1999). Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología*, 29(1), 15-19.
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luquec, M., López de Silanes de Miguel, C., y Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49.
- Wells, R. E., Yeh, G. Y., Kerr, C. E., Wolkin, J., Davis, R. B., Tan, Y., Spaeth, R., Wall, R. B., Walsh, J., Kaptchuk, T. J., Pulse, D., Phillips, R. S. y Kong J. (2013). Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: a pilot study. *Neuroscience Letters*, 556, 15-19.
- Wechsler, D. (2012). *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-IV*. Madrid: Pearson.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., y Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 3(6), 585-591.
- Wilson, B. A., Emslie, H. C., Quirk, K., y Evans, J. J. (2001). Reducing everyday memory and planning problems by means of a paging system: a randomised control crossover study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70(4): 477-482.
- Zaccai, J., McCracken, C., y Brayne, C. (2005). A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies. *Age Ageing*, 34(6): 561-566.
- Zadikoff, C., y Lang, A. E. (2005). Apraxia in movement disorders. *Brain*, 128, 1480-1497.

Anexos

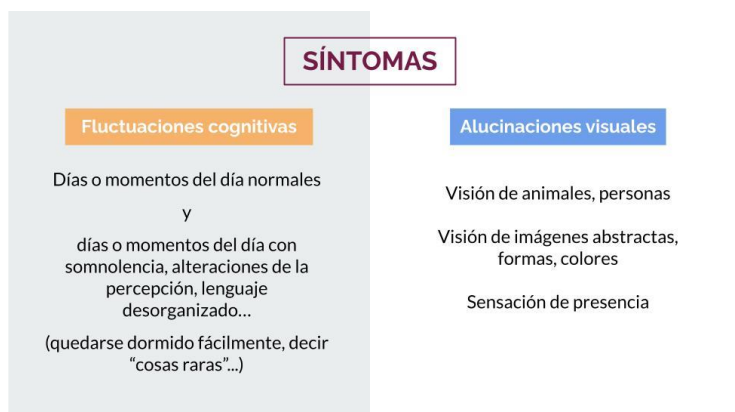
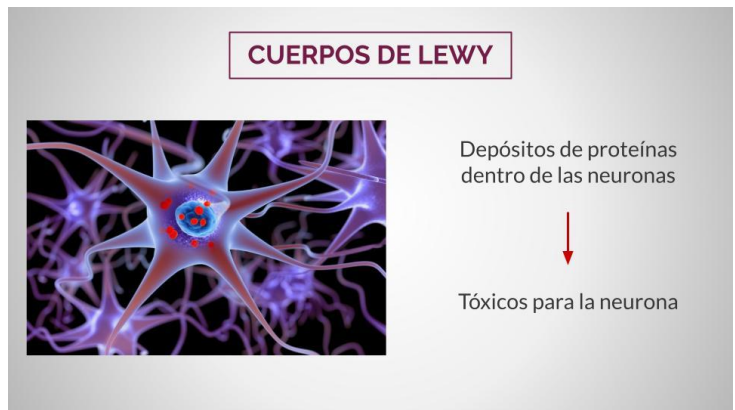
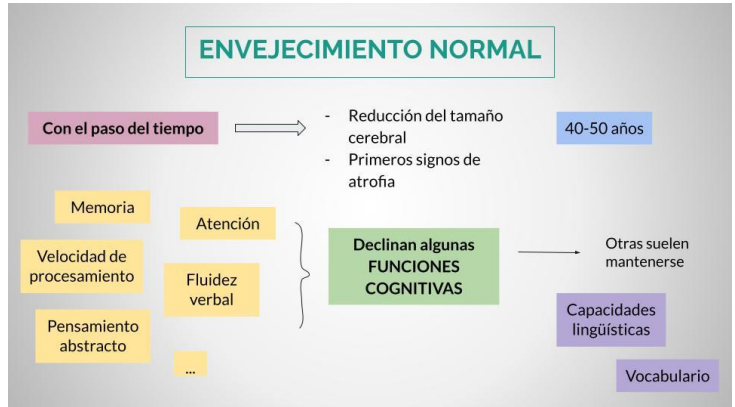
Anexo 1

Cronograma del programa de intervención

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
					Primera sesión
Semana 1	1.1		1.2		
Semana 2	1.3		1.4		
Semana 3	1.5		1.6		F.1
Semana 4	1.7		1.8		
Semana 5	1.9		2.1		
Semana 6	2.2		2.3		F.2
Semana 7	2.4		2.5		
Semana 8	2.6		2.7		
Semana 9	2.8		2.9		F.3
Semana 10	2.10		2.11		
Semana 11	3.1		3.2		
Semana 12	3.3		3.4		F.4
Semana 13	3.5		3.6		

Anexo 2

Psicoeducación, sesión 1.1



SÍNTOMAS

Parkinsonismo

- Inestabilidad de la marcha
- Hipomimia facial
- Alteraciones posturales
- Rigidez
- Lentitud de movimientos
- Temblor

Trastorno de comportamiento del sueño REM

- Movimientos anormales durante el sueño: hablar, gritar, patear...
- Parece que se escenifican los sueños

SÍNTOMAS

Hipersensibilidad a los neurolepticos

- Estos fármacos provocan una reacción adversa
- Deterioro significativo de la enfermedad al recibirlos por primera vez o al incrementar la dosis

Disfunciones autonómicas

- Trastornos sudomotores
- Incontinencia urinaria
- Caidas
- Síncopes
- Hiposmia
- Hipotensión

SÍNTOMAS

Conductuales y emocionales

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Depresión | Agresividad |
| Apatía | Irritabilidad |
| Ansiedad | Desinhibición |
| Trastornos del sueño | Trastornos de alimentación |

Neuropsicológicos

- Funciones ejecutivas (organización y planificación, flexibilidad...)
- Atención
- Funciones visoespaciales y visuoespaciales
- Menor afectación de la memoria

CONSECUENCIAS

Pérdida de **autonomía** en las actividades de la vida diaria



TRATAMIENTO

Fármacos

Paliar algunos síntomas

Neuropsicológico

- Mantener el funcionamiento cognitivo durante el mayor tiempo posible
- Compensar el impacto de los déficits en la vida diaria
- Mejorar el estado de ánimo y los síntomas conductuales

¿Qué hace el neuropsicólogo?

Evaluación neuropsicológica

- Determinación de puntos fuertes y débiles

Intervención neuropsicológica

- Estimulación cognitiva
- Psicoeducación
- Entrenamiento en estrategias de compensación
- Terapia conductual

Intervención funcional

- Trabajo interdisciplinar con otros profesionales
- Conseguir que el deterioro tenga el menor impacto posible en la vida del paciente y sus cuidadores y familiares

Anexo 3

Tarea 2, sesión 1.1: Fotografías



- ¿Cuántas personas hay en la foto?
- ¿De qué color son sus pantalones?
- ¿Cuántos semáforos hay?
- ¿En qué color está el semáforo?
- ¿Cuántas papeleras hay?

- ¿Cuántas flores hay?
- Alguien lleva chaqueta rosa,
¿verdadero o falso?
- ¿De qué color son sus bolsos?
- ¿Cuántos pies aparecen en la foto?



- ¿Cuántas mujeres hay?
- ¿Cuántos tienen el pelo largo?
- ¿Cuántos hombres hay?
- ¿Cuántos son rubios?
- ¿Cuántos son jóvenes?

- ¿Cuántos tienen el pelo gris?
- ¿Cuántos llevan algo azul?
- ¿Cuántos llevan camisa?
- ¿Cuántos tienen el pelo corto?
- ¿Cuántos están sonriendo?

Anexo 4

Entrenamiento en elaboración de la lista de la compra, sesión 2.3

Planificación:

Nos encontramos en la cocina de su casa, dispuestas a cocinar un plato de comida: arroz con pollo. Tenemos la receta apuntada y cada ingrediente necesario está guardado en su sitio correspondiente en la cocina. Sin embargo, hemos retirado el pimentón y hemos dejado la cantidad justa de sal y de arroz sin que la paciente lo sepa.

Hemos asignado un rincón de la encimera de la cocina para la lista, donde encontramos un bloc de notas y un álbum con pequeñas fotografías recortadas en folio adhesivo de todos los productos que compra habitualmente, divididos en secciones. Este paso es necesario realizarlo en esta fase porque servirá para realizar el entrenamiento de la siguiente estrategia.

Instrucciones:

- ¿Qué hacemos primero? (Responde la paciente, ponemos el arroz a cocer).
- Queda una cantidad justa de arroz, ¿qué es lo que tenemos que hacer ahora? Apuntarlo en la lista para que no se nos olvide comprarlo la próxima vez que vayamos al supermercado.
- Vamos a la lista y apuntamos: arroz.
- Buscamos en el álbum la fotografía del arroz y al lado de la palabra colocamos la imagen.
- Volvemos a la cocina y seguimos cocinando.

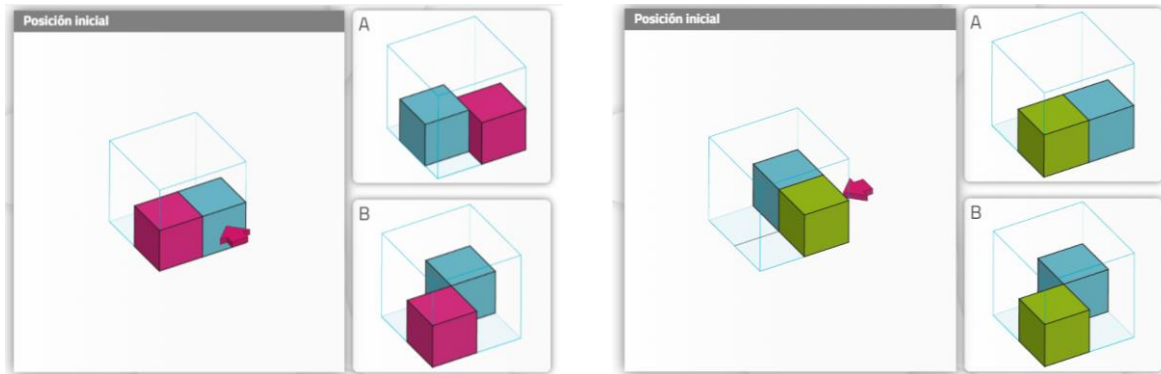
Realizaremos estos mismos pasos cada vez que nos encontremos con un ingrediente que falta o del que queda poca cantidad.

Haremos esta simulación para otras dos situaciones: la hora del desayuno (cantidad justa de leche y de mantequilla) y la ducha y aseo (cantidad justa de gel de ducha y de pasta de dientes, y no queda gel de manos).

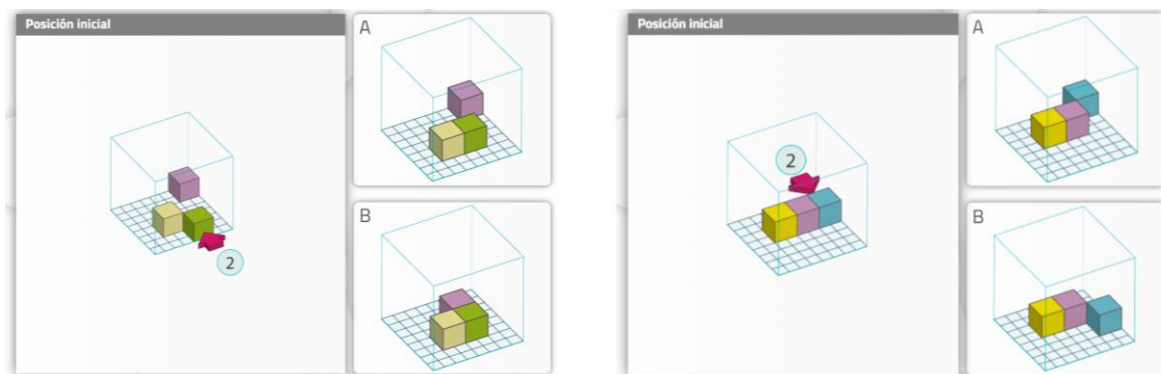
Anexo 5

Tarea 1, sesión 2.3: Movimiento de cubos

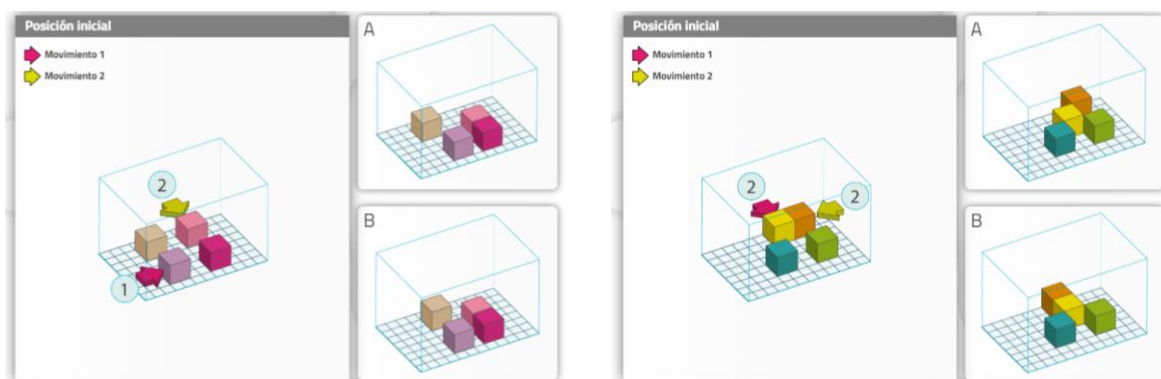
Nivel básico:



Nivel fácil:



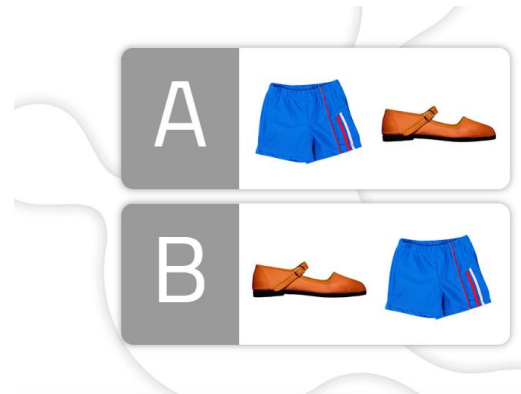
Nivel medio:



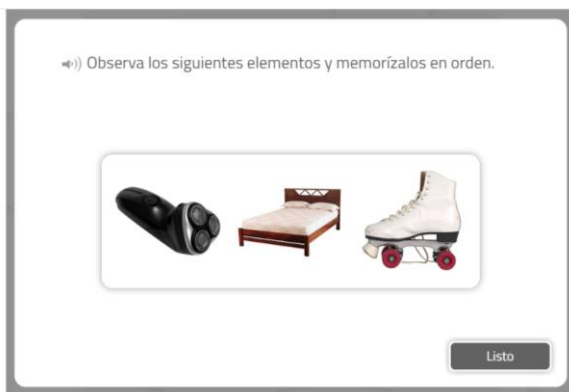
Anexo 6

Tarea 2, sesión 2.3: Reconocimiento de secuencia de imágenes

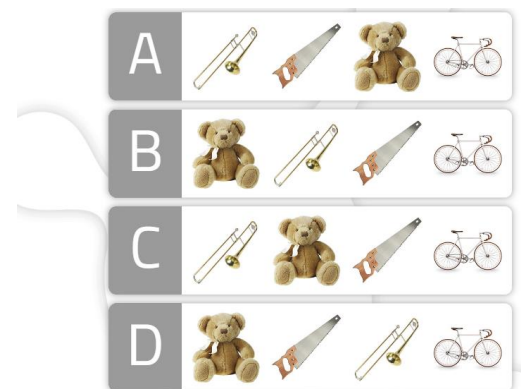
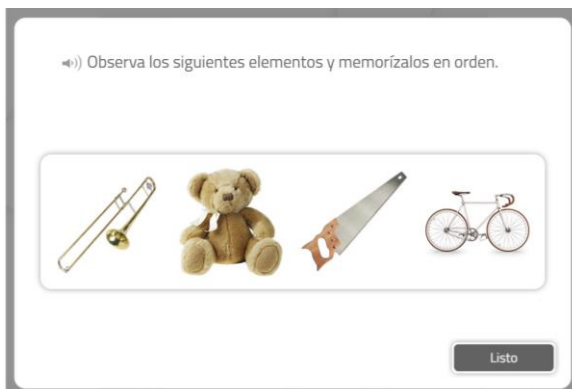
Nivel básico:



Nivel fácil:



Nivel medio:



Anexo 7

Tarea 3, sesión 2.3: Comprensión oral con preguntas

1. Es básico tener luz. Pero más básico es beber agua.

¿Es más básico tener luz que agua? Sí No

2. Mi color favorito es el rojo. Rojo pasión.

¿Es mi color favorito el rojo? Sí No

3. El topo está ciego. Un topo es como un ratón.

¿Es el topo como un perro? Sí No

4. El cielo es azul. Me gusta ver los aviones.

¿Me gusta ver las estrellas en el cielo rojo? Sí No

5. Tengo mucha fuerza, pero mi primo tiene más fuerza.

¿Tengo más fuerza que mi primo? Sí No

6. El pie de Ramón está roto. Ramón lleva siempre calcetines rojos.

¿Está roto el brazo de Ramón? Sí No

1. Ayer fui a la playa. Me encontré una botella con un mensaje. Abrí la botella y lo lei.

¿Qué hice con la botella?

- A. La abrí
- B. La rompí
- C. La tiré

2. Siempre me tomo un plátano de postre. Dicen que el plátano tiene mucho fósforo. También dicen que el plátano es bueno para la memoria.

¿Qué tiene el plátano?

- A. Mucho hierro
- B. Mucho fósforo
- C. Mucho calcio

3. De pequeño no me gustaba el pescado. Cuando en casa había pescado para comer yo me enfadaba.

¿Cuándo me enfadaba?

- A. Cuando había pescado para cenar
- B. Cuando había pescado para comer
- C. Cuando había pescado

4. El ratón es un animal muy gracioso. Mueve sus bigotes y se mete en los agujeros. A mi gato no le gustan los ratones.

¿Qué mueve el ratón?

- A. Sus bigotes
- B. Sus patas
- C. Su cola

1. Antonio tiene una huerta con tomates. Le encanta cuidarla. Todas las mañanas riega los tomates con cariño.

¿Cuándo riega Antonio los tomates de su huerta?

- A. Cada tarde
- B. Cada día
- C. Cada mañana

2. Me gusta estar de cumpleaños porque recibo muchos regalos de mi familia. Mi abuela me regala y mi padre también.

¿Quién me regala?

- A. Mi abuela y mi madre
- B. Mi abuela y mi padre
- C. Mi abuela y mi abuelo

3. Dicen que en un futuro los coches volarán. Yo no sé si será cierto pero me gusta volar.

¿Qué dicen que volará en un futuro?

- A. Los hombres
- B. Los coches
- C. Los taxis

4. No sé cómo hacen los magos sus trucos. No creo que sean engaños, creo que es magia.

¿Qué no creo que hagan los magos?

- A. Espectáculos
- B. Engaños
- C. Trucos

1. Es un día perfecto para ir a pescar porque hace un día estupendo y porque tengo la ropa adecuada... Voy a tener suerte.

¿Por qué es un día perfecto para ir a pescar hoy?

- A. Porque hace un día estupendo
- B. Porque tengo muchas ganas
- C. Porque hay muchos peces

2. El mejor chiste del mundo me lo contó mi tío Luis. Luis cuenta muy bien los chistes. Es el mejor contador de chistes de la familia.

¿Qué relación tengo con Luis?

- A. Es mi padre
- B. Es mi amigo
- C. Es mi tío

3. El ser humano es inteligente y por eso se adapta a todos los ambientes. Un mono también es inteligente, pero no es humano.

¿Por qué se adapta a todos los ambientes el ser humano?

- A. Porque es flexible
- B. Porque sobrevive
- C. Porque es inteligente

4. Tengo una nueva receta de pavo relleno. La aprendí en un programa de televisión. El relleno es de verduras.

¿De qué es el relleno del pavo?

- A. De carne
- B. De verduras
- C. De frutas

Anexo 8

Mindfulness, sesión 3.4: Atención a las emociones

Duración:

- Primera parte: 10 minutos
- Segunda parte: 10 minutos

Ejercicios:

Parte 1: Descripción de una historia

Instrucciones:

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Pon tu atención ahí, siente tu respiración. Si en algún momento algo te distrae, en cuanto te des cuenta, vuelve a llevar tu atención con suavidad y determinación al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

Vamos a centrar nuestra atención en una zona tranquila, con mucha naturaleza, por ejemplo, un bosque, un parque natural, la selva...

Empezamos a oír agua y no sabemos de dónde procede, puede ser el agua de una fuente, el flujo del agua de un río, el agua de una cascada, un niño saltando en un charco, la lluvia al caer...

De repente, un animal se acerca a nosotros. Es de tamaño mediano, va a cuatro patas, tiene el pelo de color marrón; a primera vista parece un animal muy tranquilo, pero no nos fijamos mucho y decidimos alejarnos de él.

Ya son las dos de la tarde y empezamos a tener hambre. Miramos en nuestra mochila y nos damos cuenta que no tenemos nada para comer, así que decidimos buscar comida. Hay muchos árboles frutales, y cogemos fruta para comer. La comida estaba deliciosa.

Después de dar un largo paseo, decidimos irnos a casa. Ahí termina nuestro día.

Preguntas:

- ¿Dónde has centrado tu atención?
- ¿Qué animal y alimento has imaginado?
- ¿Te ha costado imaginar la historia?
- ¿Qué sensaciones has tenido? ¿Cómo te has sentido?

Parte 2: Imagina tu propia historia

Instrucciones:

Vamos a centrar nuestra atención en un suceso de nuestro pasado, más en concreto, en un recuerdo de cuando éramos pequeñas.

Un momento divertido, feliz y que no hemos olvidado porque nos lo pasamos genial ese día.

Imagina con todo detalle: qué sucedió, cuánta gente había en ese momento contigo, dónde estabais, cómo era todo el ambiente, qué edad teníais...

(Dejamos un minuto para que imagine esa situación).

Preguntas:

- ¿Qué momento de tu infancia has imaginado? ¿Cómo era?
- ¿Qué sensaciones y emociones has tenido volviendo a recordar ese momento?

Anexo 9

Tarea 1, sesión 3.4: Equilibra las bolsas

Fase 1:

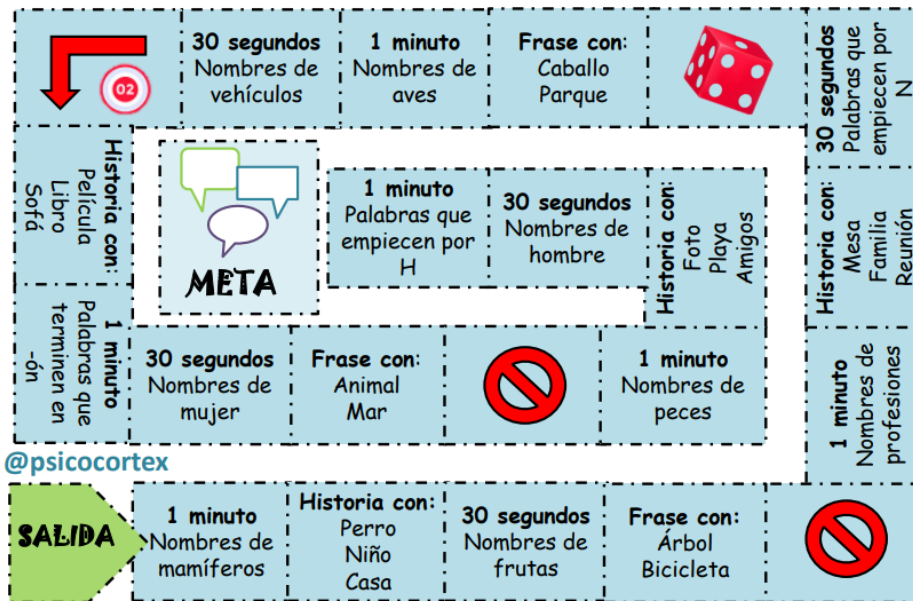


Fase 5:



Anexo 10

Tarea 2, sesión 3.4: Juego de fluidez verbal



JUEGO DE FLUIDEZ VERBAL

INSTRUCCIONES

- El objetivo del juego es acumular el máximo número de puntos posibles. Cuando todos los jugadores hayan llegado a la meta, ganará aquel que más puntos haya acumulado.

1 minuto
Palabras que...

Las casillas en las que haya que decir un listado de palabras en un periodo determinado de tiempo vale tantos puntos como palabras haya dicho el jugador, por ejemplo: 4 palabras = 4 puntos.

Frase con...

Las casillas en las que haya que formar una frase valen 1 punto.

Historia con...

Las casillas en las que haya que contar una historia valen 3 puntos.

Vuelve a tirar

Un turno sin tirar

Avanza dos casillas

Modalidad de juego 2: los jugadores eligen las palabras que el contrincante debe utilizar para formar las frases y las historias. También elegirán la categoría de la lista de palabras que el contrincante debe decir en un límite de tiempo.