



Universitat
Oberta
de Catalunya

**Estudios
de Ciencias
de la Salud**

**ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA BASADA EN LA TERAPIA DE
REMINISCENCIA SOPORTE ANALÓGICO VS DIGITAL**

Trabajo Final de Máster de Neuropsicología

Autor/a: M^a Josefa Cobo Mora

Director/a: Vega Muriel Molano

20 de junio de 2021

Resumen

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva y crónica, cuyo síntoma principal es el deterioro de la memoria. El factor de riesgo principal para desarrollar la enfermedad es la edad y todavía no se ha encontrado un tratamiento farmacológico efectivo para curar a las personas que la sufren o detener su progreso. Los objetivos de este trabajo son; a) diseñar una intervención terapéutica individual, no farmacológica que contribuya a ralentizar el deterioro en memoria que sufren los pacientes con enfermedad de Alzheimer, b) comprobar si existen diferencias en los resultados de la intervención, en función del soporte utilizado. Para ello, se ha seleccionado una muestra de 6 personas, de entre 65 y 75 años, de ambos sexos, con enfermedad de Alzheimer, en estadios 3, 4 y 5 de la Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS), con lenguaje preservado. Aleatoriamente, se han formado dos grupos y se les ha asignado una forma de presentación. Mediante un diseño cuasiexperimental de un factor, (VI) tipo de soporte, con dos niveles (VI1) papel, (VI2) digital, tomando como variables dependientes los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas (pre-posintervención), aplicando diversas pruebas estadísticas, se pretende concluir, que la realización del programa de rehabilitación; a) mejora el estado emocional, b) reduce la gravedad de los trastornos neuropsiquiátricos que padecen los participantes, c) que contribuye a mejorar o mantener su estado cognitivo, d) que estos beneficios, se incrementan cuando los contenidos del programa se presentan en soporte papel.

Palabras clave

Enfermedad de Alzheimer, rehabilitación neuropsicológica, soporte analógico, soporte digital, terapia de reminiscencia.

Abstract

Alzheimer's disease is the most common cause of dementia, it is a neurodegenerative, progressive and chronic disease, whose main symptom is memory impairment. The main risk factor for developing the disease is age and no effective pharmacological treatment has yet been found to cure people who suffer from it or stop their progress. The objectives of this work are; a) design an individual, non-pharmacological therapeutic intervention that contributes to slowing down the memory impairment suffered by patients with Alzheimer's disease, b) check if there are differences in the results of the intervention, depending on the support used. For this, a sample of 6 people, between 65 and 75 years old, of both sexes, with Alzheimer's disease, in stages 3, 4 and 5 of the Global Deterioration Scale of Reisberg (GDS), with preserved language, has been selected. Randomly, two groups have been formed and assigned a form of presentation. By means of a quasi-experimental design of a factor, (VI) type of support, with two levels (VI1) paper, (VI2) digital, taking as dependent variables the results of the neuropsychological tests applied (pre-post-intervention), applying various statistical tests, it is intended to conclude, that the realization of the rehabilitation program; a) improves the emotional state, b) reduces the severity of the neuropsychiatric disorders suffered by the participants, c) which contributes to improve or maintain their cognitive state, d) that these benefits are increased when the contents of the program are presented on paper.

Keywords

Alzheimer's disease, analog support, digital support, neuropsychological rehabilitation, reminiscence therapy.

ÍNDICE

1. Descripción de la patología	1
1.1 Epidemiología, etiología y sintomatología	1
1.2 Perfil neuropsicológico	3
1.3 Abordajes terapéuticos	4
1.4 Impacto social, laboral y familiar de la enfermedad de Alzheimer.	5
2. Evaluación neuropsicológica	7
2.1 Objetivos de la evaluación	7
2.2 Técnicas e instrumentos de evaluación	7
2.1 Resultados	9
3. Informe neuropsicológico	11
3.1 Evaluación neuropsicológica.	11
3.2 Resumen de los resultados principales.	11
3.3 Conclusiones	13
3.1 Recomendaciones para la intervención	13
4. Propuesta de intervención	15
4.1 Objetivo general de la intervención.	15
4.2 Objetivos específicos de la intervención.	15
4.3 Elaboración de un plan de intervención completo	15
4.4 Cronograma y desarrollo de las sesiones.	16
4.5 Descripción de las tres sesiones	17
4.5.1 Sesión inicial, nº 1. Psicoeducación	17
4.5.2 Sesión intermedia nº 11	17
4.5.3 Sesión final nº 22	19
5. Referencias bibliográficas	22
ANEXOS	26
ANEXO I	27
Entrevista personal con cada uno de los sujetos	27
ANEXO II	30
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes	30
ANEXO III	36
Objetivo, tareas y justificación de cada sesión.	36
ANEXO IV	41
Registro de actividad diaria. Hoja 1	41

Cuestionario de gustos y preferencias	42
ANEXO VI	43
Terapia de reminiscencia. Materiales (Sesión 5).	43
Fotografía (Sesión 5) Playa del Sardinero (Santander,1978)	44
Entrenamiento en identificación y gestión de emociones. Materiales(Sesión 5). Fotografía Massiel.	44
Estimulación cognitiva. Materiales (Sesión 5)	44

1. Descripción de la patología

Para realizar el estudio se seleccionará una muestra de 6 personas, de entre 65 y 75 años, de ambos sexos, hombres y mujeres, con patología neurodegenerativa, concretamente enfermedad de Alzheimer, en estadios 3, 4 y 5 de la Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) y con lenguaje preservado. Todos ellos son pacientes ficticios, inspirados en casos reales. Se describen en el ANEXO I.

1.1 Epidemiología, etiología y sintomatología

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva y crónica, cuyo síntoma principal es el deterioro de la memoria. Provoca un deterioro progresivo y persistente de las funciones cerebrales superiores como el lenguaje, la orientación o la percepción espacial (síndrome afasia-apraxo-agnósico) (Hernández y Cansino, 2011). Se desarrolla durante un periodo aproximado de entre 10 y 15 años, en el que el deterioro progresa hasta la incapacidad total y produce la muerte del paciente (Reyes et al., 2010). El factor de riesgo principal para desarrollar la enfermedad es la edad (Cummings y Benson, 1992) y todavía no se ha encontrado un tratamiento farmacológico efectivo para curar a las personas que la sufren o detener su progreso.

Epidemiología

Su prevalencia está vinculada al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados (Niu et al., 2017). La Enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en la vejez (Cummings y Benson, 1992). En España, su incidencia en la población general oscila entre el 2,5 y el 5%. En la población anciana su incidencia estimada es del 4,7% a los 70 años, del 18,2% para una edad de 80 años y del 49,5% a los 90 años. Esta patología representa entre el 45% y el 75% de todas las demencias a nivel mundial (Niu et al., 2017), aunque algunos autores estiman que podría llegar al 80% (Belota y Faust, 2001). En Cantabria más del 20% de la población es mayor de 65 años, se estima que en torno al 6% sufrirá algún tipo de demencia, que más del 55% de ellos, padecerá enfermedad de Alzheimer y que afectará en mayor proporción a las mujeres (Santander, 2019).

Etiología

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno de etiología desconocida (Villareal y Morris, 1998). En su desarrollo intervienen múltiples factores que tienen como resultado una atrofia cerebral progresiva. Se presenta especialmente en personas de 65 años o más, con inicio insidioso y heterogeneidad clínica y evolutiva (Alberca, 1998).

Histológicamente se caracteriza por la presencia de placas neurofibrilares, en el espacio extracelular compuestas de β -amiloide (β A) y de ovillos neurofibrilares en el espacio intracelular compuestos por proteína tau hiperfosforilada (Orta-Salazar et al., 2019).

La edad constituye el principal factor de riesgo para padecer la enfermedad, pero en su etiología también están implicados factores genéticos y ambientales, que pueden actuar como factores de riesgo o protectores. En las formas autosómicas dominantes, precoces y más agresivas de la Enfermedad de Alzheimer, el 1% de los afectados presenta marcadores genéticos presenilina I/Cr14, presenilina II/Cr1 y gen de la APP/Cr21. También, se han detectado factores genéticos de predisposición, ApoE/Cr19, alfa 2 macroglobulina/Cr12 y enzima degradadora de insulina/Cr10. Además, además se ha demostrado la existencia de otros factores de riesgo, como padecer hipotiroidismo, obesidad, tener bajo nivel educativo, pertenecer al sexo femenino, haber sufrido traumatismo craneoencefálico, etc.. Se ha comprobado que llevar un estilo de vida saludable (dieta equilibrada, ingesta de alimentos ricos en ácidos poliinsaturados, práctica habitual de ejercicio, mantener un nivel adecuado de actividad intelectual y social) y el alelo ApoE2, pueden ser factores protectores. Actualmente, existen diversas líneas de investigación sobre los posibles efectos preventivos de múltiples factores (terapia hormonal sustitutiva en mujeres, ingesta de suplementos vitamínicos antioxidantes (vitaminas C y E) o el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos), pero todavía no existen datos concluyentes .

Sintomatología

Independientemente de la variante fenotípica y de la heterogeneidad en las formas de inicio y progresión, la clínica habitual comporta alteraciones mnésicas y la presencia de deterioro de tipo cortical (síndrome afaso-apraxo-agnósico). En los estadios iniciales el deterioro de la memoria declarativa episódica suele ser el síntoma más relevante. Estos déficits están asociados a la afectación del sistema temporal-medio (Squire y Zola-Morgan, 1991). Son carácter progresivo e irreversible e imposibilitan el aprendizaje y la retención de información nueva (amnesia anterógrada). Según va avanzando la enfermedad también se observará amnesia retrógrada. En una minoría de pacientes, el deterioro de las capacidades visoespaciales precede al deterioro de la memoria (Neary, 1999). Posteriormente, aparecen los trastornos del lenguaje cuando se ven afectadas las áreas anexas a la hendidura perisilviana (Neary, 1999). Se caracterizan por la aparición de anomia, pérdida de fluencia, tendencia a la repetición y deterioro progresivo de la comprensión verbal (Bermejo, 1998). Aparecen trastornos de la lectura (alexia), escritura (agrafia) y cálculo (acalculia) (Neary, 1999). A medida que las lesiones neuroanatómicas progresan, las funciones ejecutivas también empiezan a mostrar alteraciones, los problemas de atención llegan a convertirse en el segundo proceso cognitivo más alterado (Perry et al., 2000). Tras un periodo de tiempo variable, en cada caso, se altera la capacidad para manipular objetos o realizar actos con una finalidad predeterminada (apraxia) (Bermejo, 1998). Las capacidades para reconocer objetos (agnosia), personas familiares (prosopagnosia) o para realizar movimientos coordinados, también sufren deterioro. Habilidades mediadas por el lóbulo frontal, planificación, juicio pensamiento abstracto, también se van alterando progresivamente, en diferente grado y forma, en función de la progresión de las lesiones y de factores idiosincráticos (Villareal y Morris, 1999). En las últimas fases aparecen alteraciones motoras, rigidez, bradicinesia, mioclonías, dificultad en la deambulacion. La limitación funcional del paciente va en aumento desde el inicio de la enfermedad, pero es especialmente evidente en los últimos estadios (cuadriparesia de flexión), su salud se deteriora hasta su muerte, generalmente

por enfermedades intercurrentes (neumonía, infección urinaria, etc.). No existe una prueba definitiva que permita realizar el diagnóstico premortem de la enfermedad de Alzheimer (Bermejo, 1998), es necesario el uso de criterios clínicos, información del entorno próximo del afectado y la valoración neuropsicológica de sus déficits cognitivos. Los perfiles neuropsicológicos que presentan los pacientes cobran una gran importancia para identificar precozmente la enfermedad (Villareal y Morris, 1999). Las pruebas que evalúan el rendimiento en memoria declarativa episódica y semántica retrógrada, anterógrada pueden ser las más sensibles para su detección en la fase preclínica asintomática (Duke et al., 2017).

1.2 Perfil neuropsicológico

El deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer tiene un inicio insidioso y progresivo. Su evolución es heterogénea y depende de múltiples factores, pero en todos los casos provoca en los afectados a una situación de dependencia total y un notable deterioro en su salud que provoca su muerte. Su perfil neuropsicológico se caracteriza por la alteración de la memoria declarativa, aparición del síndrome afaso-apraxo-agnósico, alteración de las funciones ejecutivas y cambios psicopatológicos que definen un patrón de afectación neocortical difusa, de predominio inicial temporal-parietal, y límbico (Amirrad et al., 2017). La Tabla 1 refleja los dominios cognitivos que resultan alterados en la enfermedad de Alzheimer.

Tabla 1 (Perfil neuropsicológico de deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer)

Memoria: Desorientación temporal, amplitud mnésica reducida, déficit memoria verbal y visual a corto plazo, déficit memoria verbal y visual de trabajo, déficit memoria declarativa episódica retrógrada espontánea, déficit memoria declarativa semántica retrógrada espontánea, déficit memoria declarativa anterógrada verbal y visual espontánea, déficit de la capacidad de fijación verbal y visual espontánea, déficit de la capacidad de recuerdo verbal y visual a largo plazo, déficit de la capacidad de reconocimiento visual y verbal, presencia de numerosos falsos reconocimientos.

Lenguaje: Déficit de la capacidad de denominación (anomia), pérdida de fluidez verbal en el lenguaje espontáneo, circunloquios o perífrasis y alteración de la sintaxis, parafasias semánticas, reducción de la fluencia verbal con consigna semántica, déficit de la comprensión verbal y escrita (alexia), déficit de la expresión escrita (agrafia) con disortografía.

Praxis: Apraxia ideomotora a la orden y por imitación, apraxia ideacional, apraxia constructiva, apraxia del vestirse, apraxia de la marcha.

Gnosis: Desorientación espacial, desorientación personal, trastornos de la atención espacial, agnosia visual, anosognosia o desconocimiento de sus deficiencias, asimbolía o reducción de la reacción a estímulos nociceptivos.

Funciones ejecutivas: Reducción de la fluencia verbal con consigna fonética, dificultades de la abstracción o razonamiento verbal y visual, dificultades de planificación, capacidad de inhibición disminuida.

El proceso de deterioro se inicia con una fase inicial asintomática en la que es posible que los sujetos afectados obtengan menor rendimiento, que otros sujetos sanos, en pruebas que valoran el funcionamiento de la memoria declarativa, pero sin presentar alteración. A continuación, suele apreciarse un déficit funcional subjetivo por parte del paciente, que no se objetiva en examen clínico y posteriormente aparecen los primeros síntomas conductuales. Generalmente, déficits en tareas ocupacionales y sociales complejas, (rendimiento laboral pobre, desorientación espacial, olvidos, anomia, incapacidad para retener información nueva, etc.) (Neary, 1999). Los déficits en concentración son objetivables a través de exploración (Perry et al., 2000), aparece la negación como mecanismo de defensa y pueden aparecer síntomas de ansiedad moderada. Empiezan las dificultades para gestionar cuestiones económicas, realizar planes (Villareal y Morris, 1999) y se constatan deficiencias para recordar hechos cotidianos recientes. A medida que la enfermedad progresa, se observa desorientación en tiempo y lugar (Junqué et al., 2009), las personas afectadas no son capaces de recordar su dirección, su número de teléfono, etc. y necesitan ayuda para realizar algunas tareas, por ejemplo, para elegir su ropa (Bermejo, 1998). Posteriormente, pierde la capacidad para vestirse, asearse, empiezan a observarse cambios notables en personalidad y afectividad, pueden aparecer delirios, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva. En la fase final de la enfermedad, se produce la pérdida de la capacidad de hablar y de las capacidades motoras, con frecuencia se observan signos neurológicos (Villareal y Morris, 1999).

1.3 Abordajes terapéuticos

El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer se realiza con inhibidores de la enzima acetilcolinerasa (IACE) y antagonistas competitivos de los receptores N-metil D- Aspartato (NMDA). También utilizan otros fármacos para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados, (antidepresivos, antipsicóticos atípicos, hipnóticos y anticonvulsivos) (Alberca et al., 1998).

El tratamiento terapéutico, no farmacológico que se realiza en la Enfermedad de Alzheimer va dirigido a la persona afectada y también a las personas que le asisten. Existe una gran variedad de herramientas, que habitualmente se combinan y estructuran en forma de programas personalizados, que se adaptan a las necesidades de cada caso, en función del criterio del profesional, del lugar de aplicación (Varona, 2000), de las características y circunstancias de la familia (Miller y Morris, 1993) y del estadio y evolución del paciente (Clare y Woods, 2001). La intervención no farmacológica puede ser de naturaleza global o específica (Varona, 2000). Las estrategias empleadas en el primer caso tienen por finalidad incidir positiva y simultáneamente sobre varias áreas de la esfera funcional del paciente. Las estrategias específicas se diseñan para rehabilitar aspectos concretos de la sintomatología del paciente (memoria, orientación, depresión, conductas agresivas, etc.) y del cuidador.

La rehabilitación cognitiva, engloba una serie de estrategias que permiten a los pacientes o a los familiares, manejar, sobrellevar o reducir los déficits cognitivos, producidos por la enfermedad (Wilson, 1997). Las técnicas más empleadas son la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia, musicoterapia y programas informatizados de estimulación integral. Además, se entrenan otro tipo de estrategias cognitivas específicas

que requieren una evaluación neuropsicológica previa, que permiten identificar las funciones cognitivas (memoria, atención, etc.) preservadas, las deterioradas y su grado. Habitualmente la intervención debe incluir reestructuración ambiental, (para fomentar la orientación, concentración, disminuir las exigencias ambientales, etc.) (Ramos y Jiménez, 1999), incluir programas de estimulación física para prorrogar la independencia funcional, la coordinación y la percepción de bienestar de las personas afectadas (Garrido, 2000) e intervenciones conductuales para modificar o abolir conductas problemáticas o inadecuadas, e instaurar conductas más adaptadas, que eviten la sobrecarga del cuidador (Menezes de Lucena et al., 2006). Además, se realizan intervenciones con los cuidadores informales, para proporcionarles apoyo psicológico, emocional, información, facilitar su participación en programas psicoeducativos, con la finalidad de reducir la sobrecarga, preservar su salud y retrasar la institucionalización de sus familiares (Cordero y Yubero, 2016).

Debido a la heterogeneidad sintomática de la enfermedad, a los múltiples factores que influyen en su desarrollo y su evolución, a las características idiosincráticas propias de cada caso y a la gran diversidad de programas realizados, replicar y evaluar la eficacia de los tratamientos supone una tarea especialmente difícil.

Los resultados algunos estudios señalan que las terapias no farmacológicas pueden contribuir a la mejora y administración de cuidados en la enfermedad de Alzheimer. Se han comprobado sus beneficios en los enfermos y en los cuidadores (Olazarán et al., 2010). Algunos autores han comprobado que la rehabilitación cognitiva contribuye al retraso en la progresión del proceso degenerativo en enfermos con enfermedad de Alzheimer, como tratamiento único, y en combinación con tratamientos farmacológicos, especialmente con inhibidores de la acetilcolinesterasa (Abrisqueta-Gómez et al., 2004). Cotman y Bechtold (2002) señalan que el ejercicio físico continuado puede mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo vital, pero especialmente en la vejez, sin embargo, informan sobre la existencia de datos contradictorios en algunos estudios en los que no se han tenido en cuenta la incidencia de factores sensoriales y motores y la posible influencia de estos. No obstante, la investigación actual sugiere que la dieta, el ejercicio físico y el estilo de vida saludable pueden ser factores que contribuyen a que mejore la actuación cognitiva (Marks, 2002). La eficacia de las intervenciones conductuales tiene carácter idiosincrático y está mediada por la realización de un examen funcional exhaustivo previo que permita definir claramente las conductas que se deben modificar y determinar los refuerzos diferenciales adecuados en cada caso para favorecer la emisión de la conducta adecuada (Hussian, 1981). En cuanto a los de los programas de intervención realizados con los cuidadores, algunos consideran, que sus beneficios podrían ser muy altos, para ellos y para la sociedad en general. (Olazarán et al., 2010).

1.4 Impacto social, laboral y familiar de la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer causa el deterioro progresivo de las capacidades cognitivas y el deterioro de la salud de las personas que la padecen. A medida que la enfermedad avanza la funcionalidad del paciente se va reduciendo, inicialmente se produce el deterioro de las actividades más complejas o instrumentales y posteriormente el deterioro de las actividades básicas de la vida cotidiana. Los pacientes van perdiendo progresivamente capacidades hasta llegar a una situación de dependencia total.

Inicialmente, en el ámbito laboral observan una reducción en el rendimiento y en el ámbito social y familiar “los despistes” progresivamente adquieren protagonismo por su frecuencia. Conforme la enfermedad progresa los déficits son cada más evidentes, y su efecto devastador se aprecia a todos los niveles (social, familiar y laboral).

Normalmente los familiares más próximos asumen el cuidado de las personas afectadas por la enfermedad, debe atender al enfermo y convivir con los problemas de conducta y comunicación, inherentes a la evolución de la patología, que originan cambios importantes en las relaciones familiares (Ramos y Jiménez, 1999). Todo ello, hace necesario realizar intervenciones para reducir la sobrecarga del cuidador y preservar su salud física y mental (Menezes de Lucena et al, 2006).

2. Evaluación neuropsicológica

2.1 Objetivos de la evaluación

Objetivos generales:

- Diseñar una intervención terapéutica individual, no farmacológica que contribuya a ralentizar el deterioro en memoria que sufren los pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- Comprobar si existen diferencias en los resultados de la intervención, en función del soporte utilizado.

Objetivos específicos:

- Definir el perfil cognitivo de cada sujeto identificando las funciones preservadas, alteradas.
- Determinar si existe o no deterioro cognitivo.
- Valorar si existe interferencia funcional para el desarrollo de las actividades básicas de la vida cotidiana y para las actividades instrumentales.
- Determinar la existencia o no de problemas emocionales y comportamentales que puedan influir en el estado cognitivo de los sujetos, su intensidad y su frecuencia.
- Establecer una línea base que permita valorar la evolución de los sujetos después de la intervención.
- Valorar la eficacia de la intervención.

2.2 Técnicas e instrumentos de evaluación

Revisión de informes previos.

Entrevista personal con cada uno de los sujetos (ANEXO I) Pruebas neuropsicológicas estandarizadas:

Test Minimental (MMSE) (Lobo et al., 1999). Test de cribado que permite evaluar el estado cognoscitivo de los sujetos a través de diferentes pruebas y realizar el seguimiento de su evolución posterior. Es una herramienta ampliamente utilizada tanto en la práctica clínica como en investigación y ofrece buenas propiedades psicométricas. Se ha seleccionado esta prueba porque su aplicación no requiere mucho tiempo y ofrece información cuantitativa y cualitativa sobre diversos dominios cognitivos.

Global Dementia Staging (GDS) (Reisberg et. al, 1982). Esta escala consiste en la descripción clínica de 7 fases diferenciadas desde la normalidad hasta los grados más graves de la DTA (Bermejo et al., 1994). Fue desarrollada a través de observaciones fenomenológicas sistemáticas. Su validez general se ha demostrado mediante estudios de validez de contenidos, validez concurrente y convergente y fiabilidad. Se ha

seleccionado porque permite establecer el nivel de deterioro de los sujetos y ofrece información clara y exhaustiva sobre su perfil neuropsicológico.

Test de Denominación de Boston (Quiñones-Úbeda et al., 2004). Es una prueba estandarizada que permite evaluar la memoria semántica en pacientes con demencia. Está influenciada por variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo y en menor medida el sexo. Se ha seleccionado esta prueba porque es de uso frecuente en la práctica clínica por su sensibilidad para detectar deterioro en procesos degenerativos, el tiempo que requiere su aplicación es breve y existe una versión española con datos normativos proveniente del proyecto NEURONORMA.ES.

Trail Making Test. (Reitan y Wolfson, 1983). Es una prueba estandarizada que evalúa diferentes funciones cognitivas, (atención sostenida, dividida, alternante, planificación, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo). Ofrece correlaciones moderadas con otras pruebas, sus resultados están influenciados por variables sociodemográficas. Se ha seleccionado esta prueba porque es breve, es altamente informativo y existe una versión española con datos normativos proveniente del proyecto NEURONORMA.ES

Test del reloj. (Cacho, J., et al., 1999). Es una prueba de detección de deterioro cognitivo asociado a la demencia. Valora apraxia constructiva, planificación y funciones visoespaciales. Ofrece buenas propiedades psicométricas y es ampliamente utilizada en la práctica clínica. Se ha seleccionado esta prueba porque su aplicación no requiere mucho tiempo y es muy sensible al deterioro que producen los procesos degenerativos.

Free and Cue Selective Reminding Test (FCRST). (Buschke, 1984). Es una prueba estandarizada que permite evaluar la memoria episódica verbal. Está influenciada por variables sociodemográficas, como la edad, la escolarización y en menor medida el sexo. Se ha seleccionado esta prueba porque es ampliamente utilizada en el ámbito de la enfermedad de Alzheimer, (evaluación y seguimiento), ofrece información relevante para el estudio y existe una versión española con datos normativos proveniente del proyecto NEURONORMA.ES

Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) (Cummings et al., 1994). Es una entrevista estandarizada que permite evaluar la presencia, frecuencia y gravedad de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales, a través de la información que ofrece el cuidador principal. Es una herramienta que presenta una adecuada fiabilidad test-retest, elevada validez de contenido y buena fiabilidad. Se ha seleccionado esta prueba porque es una escala de cribado que aporta mucha información relevante para este estudio y su aplicación no requiere mucho tiempo.

Escala para el deterioro de la actividad de la vida diaria en la demencia (IDDD) (Böhm et al., 1998). Escala estandarizada que evalúa las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales, en presencia de un informador/cuidador. A nivel psicométrico presenta buena fiabilidad test-retest. Ha sido seleccionada porque es un instrumento de detección temprana de la demencia (Guerra et al., 2013) que permite distinguir dos aspectos importantes a nivel funcional, la iniciativa para llevar a cabo la acción y el hecho de realizarla.

2.1 Resultados

PRUEBA	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6
MMSE	<u>PD</u>	<u>PD</u>	<u>PD</u>	<u>PD</u>	<u>PD</u>	<u>PD</u>
ORIENTACIÓN	10	10	10	9	0	1
FIJACIÓN	2	2	1	1	1	1
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	4	4	2	1	3	3
MEMORIA	0	0	0	0	0	0
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	6	7	6	5	6	6
TOTAL	22/30	23/30	19/30	16/30	10/30	11/30
GDS	3	3	4	4	5	5
TEST DE DENOMINACIÓN DE BOSTON	<u>PD</u> <u>PE</u> 45 7 (PERCENTIL 29-40)	<u>PD</u> <u>PE</u> 43 6 (PERCENTIL 19-28)	<u>PD</u> <u>PE</u> 40 5 (PERCENTIL 11-18)	<u>PD</u> <u>PE</u> 41 7 (PERCENTIL 11-18)	<u>PD</u> <u>PE</u> 37 7 (PERCENTIL 6-10)	<u>PD</u> <u>PE</u> 36 4 (PERCENTIL 6-10)
TMT	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 49'' 7 (PERCENTIL 41-59)	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 59'' 7 (PERCENTIL 41-59)	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 77'' 5 (PERCENTIL 19-28)	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 100'' 6 (PERCENTIL 11-18)	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 137'' 5 (PERCENTIL 3-5)	<u>PARTE A</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 110'' 3 (PERCENTIL 6-10)
	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 106'' 7 (PERCENTIL 41-59)	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 138'' 7 (PERCENTIL 41-59)	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 190'' 5 (PERCENTIL 19-28)	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 242'' 5 (PERCENTIL 6-10)	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 420'' 5 (PERCENTIL 3-5)	<u>PARTE B</u> <u>PD</u> <u>PE</u> 336'' 3 (PERCENTIL 6-10)
TEST DEL RELOJ	A LA ORDEN 5/10 A LA COPIA 7/10	A LA ORDEN 5/10 A LA COPIA 6/10	A LA ORDEN 4/10 A LA COPIA 5/10	A LA ORDEN 3/10 A LA COPIA 4/10	A LA ORDEN 2/10 A LA COPIA 2/10	A LA ORDEN 3/10 A LA COPIA 2/10

Free and Cue Selective Reminding Test (FCRST)	Recuerdo libre primer ensayo	Recuerdo libre primer ensayo	Recuerdo libre primer ensayo	Recuerdo libre primer ensayo	Recuerdo libre primer ensayo	Recuerdo libre primer ensayo
	PD PE 5 9 (PERCENTIL 41-59)	PD PE 5 9 (PERCENTIL 41-59)	PD PE 4 8 (PERCENTIL 29-40)	PD PE 3 8 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 2 7 (PERCENTIL 11-18)	PD PE 3 7 (PERCENTIL 19-28)
	Recuerdo libre total	Recuerdo libre total	Recuerdo libre total	Recuerdo libre total	Recuerdo libre total	Recuerdo libre total
	PD PE 20 7 (PERCENTIL 29-40)	PD PE 18 7 (PERCENTIL 29-40)	PD PE 15 6 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 13 7 (PERCENTIL 11-18)	PD PE 10 6 (PERCENTIL 6-10)	PD PE 13 5 (PERCENTIL 11-18)
	Recuerdo libre diferido	Recuerdo libre diferido	Recuerdo libre diferido	Recuerdo libre diferido	Recuerdo libre diferido	Recuerdo libre diferido
	PD PE 6 7 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 6 7 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 5 6 (PERCENTIL 11-18)	PD PE 4 6 (PERCENTIL 6-10)	PD PE 1 5 (PERCENTIL 3-5)	PD PE 2 5 (PERCENTIL 6-10)
	Recuerdo diferido total	Recuerdo diferido total	Recuerdo diferido total	Recuerdo diferido total	Recuerdo diferido total	Recuerdo diferido total
	PD PE 12 6 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 11 6 (PERCENTIL 19-28)	PD PE 10 5 (PERCENTIL 11-18)	PD PE 10 6 (PERCENTIL 6-10)	PD PE 7 5 (PERCENTIL 2)	PD PE 7 3 (PERCENTIL 3-5)
NPI	Apatía 4/12	Apatía 4/12	Depresión 2/12	Irritabilidad 1/12	Apatía 6/12	Apatía 8/12
IDDD	16/16	16/16	14/16	13/16	12/16	12/16
	15/17	14/17	13/17	13/17	9/17	10/17
	TOTAL:31	TOTAL:30	TOTAL:27	TOTAL:26	TOTAL:21	TOTAL:22

Baremos propuestos por proyecto NEURONORMA, ajustados por edad/años y escolaridad.

3. Informe neuropsicológico

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ANEXO II.

3.1 Evaluación neuropsicológica.

Test Minimental (MMSE) (Lobo et al., 1999).

Global Dementia Staging (GDS) (Reisberg et. al, 1982).

Test de Denominación de Boston (Quiñones-Úbeda et al, 2004). Trail Making Test. (Reitan y Wolfson, 1983).

Test del reloj. (Cacho, J., et al., 1999).

Free and Cue Selective Reminding Test (FCRST). Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) (Cummings et al., 1994).

Escala para el deterioro de la actividad de la vida diaria en la demencia (IDDD) (Böhmet al., 1998).

3.2 Resumen de los resultados principales.

Tabla 1.0. Sujetos 1 y 2

Los sujetos se muestran orientados en espacio, tiempo y persona (MMSE). No presentan dificultades en atención focalizada (TMT-A), ni tampoco en los componentes atencionales que presentan mayor participación ejecutiva (atención selectiva y alternante) (TMT-B). Su rendimiento en velocidad de procesamiento es medio (TMT-A).

Se evidencian dificultades leves en la realización de tareas práxicas y visuoespaciales en ambos casos (TRO).

Con relación a los procesos mnésicos, no se observa alteración de la memoria episódica verbal inmediata, se aprecia deterioro leve, tanto en recuerdo libre como en recuerdo diferido y se observa reducción del rendimiento en tareas que incluyen tiempo de demora. Ambos presentan curvas de aprendizaje reducidas (MMSE) (FCRST). En memoria episódica por confrontación visual y la memoria semántica también se observan déficits en grado leve (MMSE) (FCRST). La evocación inmediata de información verbal se encuentra preservada y la evocación diferida de información verbal, es la capacidad que presenta mayor grado de deterioro (MMSE) (FCRST). En relación con la memoria operativa, ambos presentan dificultades leves tanto en el mantenimiento como en la manipulación mental de la información (MMSE).

En relación con las funciones ejecutivas, podemos observar que existen alteraciones leves en la capacidad de abstracción, concentración, cálculo y fluencia verbal (MMSE). Sin embargo, el rendimiento en control inhibitorio y flexibilidad cognitiva es medio (TMT-B).

En lo referente a las capacidades lingüísticas, no se aprecian problemas significativos en la expresión. Se observan alteraciones leves en la capacidad de denominación por confrontación visual y en la capacidad de comprensión, siendo éstas más acusadas en el primer caso, en el Sujeto 2 y en el segundo caso, en el

caso en el Sujeto 1 (MMSE) (BNT). No se aprecia deterioro en las capacidades para leer y escribir (MMSE). Ambos muestran un discurso coherente y adecuado. A nivel emocional y comportamental, se descarta la presencia de trastornos emocionales y se observa la presencia de apatía en grado leve, tanto en el Sujeto 1 como en el 2 (NPI). A nivel funcional los dos son independientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, pero muestran una reducción funcional leve, próxima a la normalidad para la realización de las actividades instrumentales, similar en ambos casos, pero un poco más acusada en el Sujeto 2 (IDDD). Ambos muestran reducida conciencia de los déficits.

Tabla 1.1. Sujetos 3 y 4

Los sujetos se muestran orientados en espacio, tiempo y persona, el Sujeto 4 falla al concretar la fecha, (indica la fecha del día anterior y posteriormente corrige) (MMSE). Ambos presentan dificultades en atención focalizada (TMT-A) y en los componentes atencionales que presentan mayor participación ejecutiva (atención selectiva y alternante) (TMT-B). Su rendimiento en velocidad de procesamiento está por debajo de lo esperado (TMT-A). Estas dificultades son moderadas en ambos casos, pero más acusadas en el Sujeto 4.

Se evidencian dificultades moderadas en la realización de tareas práxicas y visuoestructurivas, en ambos casos (TRO).

Con relación a los procesos mnésicos, se observa alteración de la memoria episódica verbal inmediata, se aprecia deterioro moderado tanto en recuerdo libre como en recuerdo diferido y una reducción en el rendimiento en tareas que incluyen tiempo de demora. Sus curvas de aprendizaje son reducidas (MMSE) (FCRST). La memoria episódica por confrontación visual y la memoria semántica también presentan déficits en grado moderado (MMSE) (FCRST). La evocación inmediata de información verbal se encuentra alterada y la evocación diferida de información verbal, presenta gran deterioro (MMSE) (FCRST). En relación con la memoria operativa, ambos presentan dificultades moderadas tanto en el mantenimiento como en la manipulación mental de la información (MMSE). Estas alteraciones son similares en ambos casos, pero un poco más acusadas en el Sujeto 4.

En relación con las funciones ejecutivas, podemos observar que existen alteraciones moderadas en la capacidad de concentración, abstracción, cálculo y fluencia verbal (MMSE). También se aprecia un rendimiento inferior al esperado en control inhibitorio y flexibilidad cognitiva es medio (TMT-B). Estas alteraciones son similares en ambos casos, pero un poco más acusadas en el Sujeto 4.

En lo referente a las capacidades lingüísticas, no se aprecian problemas significativos en la expresión. Se observan alteraciones moderadas en la capacidad de denominación por confrontación visual y en la capacidad de comprensión (MMSE) (BNT). Las capacidades para leer y escribir se encuentran preservadas. (MMSE). Ambos muestran un discurso coherente y adecuado.

A nivel emocional y comportamental, se confirma la presencia de depresión en grado leve en el Sujeto 3 y la presencia de irritabilidad en grado leve, en el Sujeto 4 (NPI). A nivel funcional ambos son dependientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y para la realización de las actividades instrumentales (IDDD). Muestran reducida conciencia de los déficits.

Tabla 1.2. Sujetos 5 y 6

Los sujetos presentan alteraciones en orientación en espacio, tiempo y persona (MMSE). Ambos sujetos presentan déficits en atención focalizada (TMT-A) y en los componentes atencionales que presentan mayor participación ejecutiva (atención selectiva y alternante) (TMT-B). Su rendimiento en velocidad de procesamiento está por debajo de lo esperado (TMT-A). Estas dificultades son moderadas-graves en ambos casos, pero más acusadas en el Sujeto 5.

Se evidencian dificultades moderadas-graves en la realización de tareas práxicas y visuoestructurivas en ambos casos (TRO).

Con relación a los procesos mnésicos, se observa alteración de la memoria episódica verbal inmediata, se aprecia deterioro moderado-grave tanto en recuerdo libre como en recuerdo diferido y una reducción en el rendimiento en tareas que incluyen tiempo de demora. Sus curvas de aprendizaje son muy

reducidas (MMSE) (FCRST). La memoria episódica por confrontación visual y la memoria semántica también presentan déficits en grado moderado-grave (MMSE) (FCRST).

La evocación inmediata de información verbal se encuentra muy alterada y la evocación diferida de información verbal presenta un gran deterioro (MMSE) (FCRST). En relación con la memoria operativa, ambos presentan dificultades moderadas-graves, tanto en el mantenimiento como en la manipulación mental de la información (MMSE). Estas alteraciones son similares en ambos casos, pero más acusadas en el Sujeto 5.

En relación con las funciones ejecutivas, podemos observar que existen alteraciones moderadas-graves en la capacidad de concentración, abstracción, cálculo y fluencia verbal (MMSE). También se aprecia un rendimiento inferior al esperado en control inhibitorio y flexibilidad cognitiva (TMT-B). Estas alteraciones son similares en ambos casos, pero más acusadas en el Sujeto 5.

En lo referente a las capacidades lingüísticas, no se aprecian problemas significativos en la expresión. Se observan alteraciones moderadas-graves en la capacidad de denominación por confrontación visual y en la capacidad de comprensión (MMSE) (BNT). Las capacidades para leer y escribir se encuentran alteradas. (MMSE). Ambos muestran un discurso reducido y poco informativo.

A nivel emocional y comportamental, se descarta la presencia de trastornos emocionales y se confirma la presencia de apatía en grado moderado, en ambos casos (NPI). A nivel funcional son dependientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y para la realización de las actividades instrumentales (IDDD). Ambos muestran reducida conciencia de los déficits.

3.3 Conclusiones

Sujetos 1 y 2: Los resultados de las pruebas aplicadas conforman un perfil de deterioro cognitivo leve, compatible con un nivel 3 en la Escala Global de Deterioro (GDS). Trastorno neurocognitivo leve debido a Enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento. Código 331.83 (G31.84), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM-5).

Sujetos 3 y 4: Los resultados de las pruebas aplicadas conforman un perfil de deterioro cognitivo moderado, compatible con un nivel 4 en la Escala Global de Deterioro (GDS). Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer probable, sin alteración del comportamiento. Código 294.1x (F02.8x), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM-5).

Sujetos 5 y 6: Los resultados de las pruebas aplicadas conforman un perfil de deterioro cognitivo moderado-grave, compatible con un nivel 5 en la Escala Global de Deterioro (GDS). Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer probable, sin alteración del comportamiento. Código 294.1x (F02.8x), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM-5).

3.1 Recomendaciones para la intervención

Realizar psicoeducación para ayudar a comprender a las personas que componen la muestra y a sus familias, qué es el deterioro cognitivo y qué implicaciones tiene en su día a día.

Realizar un programa personalizado que combina psicoterapia y estimulación cognitiva para ralentizar el deterioro cognitivo, promover una adecuada gestión emocional y fomentar el desarrollo de conductas adaptativas.

Entrenar el uso de las herramientas más adecuadas en cada caso, para disminuir el impacto funcional derivado del déficit cognitivo (alarmas, calendarios, etc.).

Automatizar rutinas saludables personalizadas (instaurar horarios, promover contacto social, dieta saludable, ejercicio, etc.).

4. Propuesta de intervención

4.1 Objetivo general de la intervención.

- Potenciar procesos de neuroplasticidad, para ralentizar el deterioro cognitivo y funcional de los pacientes y mejorar su estado emocional.

4.2 Objetivos específicos de la intervención.

- Ayudar a comprender a las personas que componen la muestra y a sus familias, qué es el deterioro cognitivo y qué implicaciones tiene en su día a día (psicoeducación).
- A través de las capacidades y recuerdos preservados, conectar a las personas con su pasado y ayudarles a recuperar su sentido de identidad personal.
- Mejorar la cognición y el estado emocional de los participantes, a través de promoción de potenciales efectos interactivos en la memoria autobiográfica y en el bienestar psicológico.
- Mejorar las habilidades del cuidado personal y la comunicación.
- Entrenar en el uso de ayudas externas para mejorar la autonomía y compensar déficits funcionales.
- Promover hábitos de vida saludable (alimentación, sueño, ejercicio, contacto social).
- Comprobar si existen diferencias en la aplicación del programa de intervención en función del tipo de soporte utilizado para presentar los contenidos (digital/analógico).

4.3 Elaboración de un plan de intervención completo

Justificación del número de sesiones

Esta intervención se desarrollará durante 22 sesiones para poder abordar los objetivos terapéuticos propuestos. El programa se iniciará primera semana de mayo de 2021 y concluirá la última semana del mes de julio de 2021.

Periodicidad

Semanal. Se programará una sesión inicial de psicoeducación (semana 1) con cada participante y sus familiares y posteriormente se realizarán dos sesiones semanales con cada participante, durante diez semanas. La última sesión (semana 12) se dedicará a evaluar los resultados del programa de rehabilitación.

Duración total de la intervención

La intervención consta de veintidós sesiones en total, que se desarrollaran durante 12 semanas consecutivas.

Duración de las sesiones

Inicialmente, todas las sesiones tendrán una duración de 60 minutos, excepto la sesión inicial de psicoeducación, que tendrá una duración de 50 minutos.

4.4 Cronograma y desarrollo de las sesiones.

Semana	L	M	X	J	V	S	D
1			Sesión 1 (50') Psicoeducación				
2		Sesión 2 (60')			Sesión 3(60')		
3		Sesión 4 (60')			Sesión 5(60')		
4		Sesión 6 (60')			Sesión 7(60')		
5		Sesión 8 (60')			Sesión 9(60')		
6		Sesión 10 (60')			Sesión 11(60') Sesión intermedia		
7		Sesión 12 (60')			Sesión 13(60')		
8		Sesión 14 (60')			Sesión 15(60')		
9		Sesión 16 (60')			Sesión 17(60')		
10		Sesión 18 (60')			Sesión 19(60')		
11		Sesión 20 (60')			Sesión 21(60')		
12			Sesión 22 (60') Evaluación del programa de rehabilitación				

Objetivo, tareas y justificación de cada sesión (ANEXO III).

4.5 Descripción de las tres sesiones

4.5.1 Sesión inicial, nº 1. Psicoeducación

Justificación: Proporcionar los datos obtenidos en la evaluación neuropsicológica en casos de enfermedad neurodegenerativa, en los que puede darse una gran heterogeneidad sintomática y distintos niveles de gravedad, requiere ofrecer una explicación personalizada y comprensible para los afectados y para sus familias.

Objetivos: Proporcionar información sobre los resultados de la evaluación neuropsicológica y su significado. Promover conciencia de los déficits y de sus implicaciones en la vida diaria de los afectados. Aportar información sobre la evolución de la patología y sobre las opciones de tratamiento. Ofrecer apoyo psicológico, potenciar la implicación de la familia y el paciente en el tratamiento, establecer vínculo terapéutico y fomentar la adherencia al tratamiento.

Estado esperado del paciente al inicio de la sesión: Se espera que los participantes y sus familiares estén nerviosos, preocupados, que hagan muchas preguntas y que acojan bien las recomendaciones y la propuesta de tratamiento que se les ofrece. Además, se espera que todos se comprometan a colaborar para afrontar la situación lo mejor posible.

Organización y planificación de la sesión.

Tareas y actividades

Devolución de los resultados de la evaluación neuropsicológica y explicación personalizada, (sobre la sintomatología, grado de interferencia, evolución, etc.) (10'), respuesta a las cuestiones que necesiten aclarar los afectados o sus familias (5'), primeras recomendaciones (10'), descripción del programa de rehabilitación neuropsicológica (10'), respuesta a las cuestiones que necesiten aclarar los afectados o sus familias (5'), consensuar objetivos (10').

4.5.2 Sesión intermedia nº 11

Justificación: Al igual que en sesiones anteriores se pretende potenciar la activación de la memoria autobiográfica de los participantes y elicitación de emociones positivas, para aumentar su motivación e implicación en las tareas que se les presentan para trabajar diferentes dominios cognitivos. En la intervención se combinan los modelos de restauración, compensación y optimización de las funciones residuales (Muñoz Céspedes, 2001), para mejorar la capacidad cognitiva del paciente y promover su autonomía funcional (Sohlberg et al., 1998).

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitación de emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar o mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y

memoria semántica, auditiva visual), preservar o mejorar la capacidad de cálculo, preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Estado esperado del paciente al inicio de la sesión: Se espera que los participantes se sientan motivados para participar en el programa de forma activa e implicarse en las tareas que se les proponen. Además, se espera que noten una pequeña mejoría en su estado emocional y que se sientan motivados para hacer cambios a nivel funcional.

Organización y planificación de la sesión.

Tareas y actividades:

Terapia de Reminiscencia (15´): Se inicia la sesión con música, en función de las preferencias de los participantes (ejemplo: “Un beso y una flor”, intérprete Nino Bravo) y simultáneamente se presenta la foto del artista/s intérprete. A continuación, se presentan una fotografía de un lugar representativo de Cantabria de la misma época. Se promueve la expresión oral y emocional del paciente. (ANEXO VI).

Estimulación cognitiva (15´): Se realizan actividades para promover la neuroplasticidad y mejorar o mantener las capacidades cognitivas de cada participante. (ANEXO VI)

Revisión del “Plan de actividades diarias” (5´): Repaso del Plan de actividades, se comprueba que es factible, funcional, (se realizan modificaciones si fuera necesario), se comprueba que el paciente lo sigue, se comentan los beneficios que le está proporcionando su uso y se comenta lo acontecido los días previos (hora de levantarse/acostarse/comer/cenar, visitas familiares, otros contactos sociales, etc.).

Entrenamiento en identificación y gestión de emociones (10´): Se presentan al participante una fotografía de una persona relevante (1965-1975), se le solicita su nombre, que diga que emoción refleja su rostro cada una y que la imite. Si no recuerda su nombre se le facilita una pista, si tampoco lo recuerda se le facilita otra pista y si no lo recuerda, se le invita a comentar los datos referentes a esa persona que recuerde, si no dice su nombre, se le facilita. En esta sesión se presenta una fotografía de Massiel, (ANEXO VI).

Terapia de Apoyo psicológico (10´): Se dedicará este tiempo a reforzar a cada participante en función de sus necesidades, (se comentará la sesión, aspectos de su sintomatología comportamental, emocional, ventilación emocional, etc.).

Entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits (5´): En base al Registro de actividad (ANEXO IV) que se ha solicitado a cada participante y del Cuestionario de gustos y preferencias, (ANEXO IV) se determinan sus necesidades funcionales, se revisan sus déficits y se proponen estrategias y ayudas externas personalizadas para promover su autonomía.

En esta sesión se trabaja el uso del calendario analógico o digital; para ello, se solicita a cada participante que tome su calendario o se le enseña cómo abrir la aplicación. A continuación, se le solicita que verbalice, la fecha, el día, el mes y el año actual.

Además, se le pide que lo marque con una pegatina (versión analógica) o se le enseña cómo rellenar la casilla de su color preferido (versión digital), para que tenga una referencia visual permanente que le permita orientarse rápidamente cada día. A continuación, se le solicita que observe la casilla correspondiente al día siguiente para comprobar si se ha señalado algún evento (consulta médica, visita hijos, etc.) y si es el caso se comenta brevemente. Posteriormente, se le indica el día, la fecha y la hora, de nuestra próxima sesión de rehabilitación, y se le pide que lo anote en la casilla correspondiente.

4.5.3 Sesión final nº 22

Justificación: Obtener datos objetivos referentes a la evolución de cada participante que permitan establecer objetivos personalizados y realizar nuevas propuestas de tratamiento. Medir la eficacia del programa y averiguar si existen diferencias en función del tipo de soporte utilizado en su aplicación.

Objetivos: Evaluación de la eficacia del programa, establecer nuevos objetivos y propuestas de tratamiento para cada participante en función de su evolución.

Estado esperado del paciente al inicio de la sesión: Se espera que los participantes mantengan un rendimiento cognitivo similar al inicial, que presenten reducción de apatía, de depresión y mejoría en su estado emocional y funcional. Además, se espera encontrar diferencias en función del tipo de soporte utilizado en la aplicación del tratamiento. Se espera una reducción mayor de trastornos neuropsiquiátricos y una mejora superior, tanto en el estado emocional como en el funcional, de los componentes del grupo experimental 1 (soporte papel), y que ésta sea superior en los sujetos con menor nivel de deterioro (GDS 3), que en los sujetos con un nivel de deterioro intermedio (GDS 4) y que los sujetos con mayor nivel de deterioro (GDS 5), siendo estos últimos los que menor mejoría experimentan.

Organización y planificación de la sesión.

Tareas y actividades

Terapia de apoyo psicológico y evaluación del programa de intervención: Se dedicará este tiempo a recabar información sobre la percepción de cada participante respecto al programa de intervención (actividades que más le han gustado, las que menos le han gustado, periodicidad de las sesiones, duración de las sesiones etc.) y se le reforzará para continuar con las rutinas instauradas.

Evaluación del “Plan de actividades diarias”: Se considerará que es óptimo, si con él se ha conseguido instaurar rutinas saludables (lo sigue el 95% de los días y realiza el 95% de las actividades cada día), extinguir rutinas no adaptativas y mantener o aumentar el nivel de actividad de los participantes (realiza el mismo número de actividades, aumenta el número de actividades o el tiempo dedicado a ellas).

Evaluación neuropsicológica: Se aplicarán las mismas pruebas que en la evaluación inicial, para ver la evolución de los participantes, después de haber realizado el programa de intervención y se realizarán nuevas propuestas de tratamiento.

Una vez obtenidos los datos, se aplicarán diferentes pruebas estadísticas, para averiguar si existen diferencias en la eficacia del programa en función del soporte utilizado en su aplicación, analógico o digital.

Para ello, se podría realizar un diseño cuasiexperimental de un factor, (VI) tipo de soporte, con dos niveles (VI1) papel, (VI2) digital. Los criterios de inclusión tomados para seleccionar la muestra serían; (a) personas de ambos sexos con demencia degenerativa, (b) en estadios 3, 4 y 5 de la Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS), (c) con lenguaje preservado. Las variables dependientes utilizadas, serían los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas, tomadas en dos momentos temporales diferentes, antes de la intervención y después de la intervención.

Realizando una prueba “t de student” de muestras relacionadas para cada grupo de estudio y cada variable dependiente, se podría concluir si existen diferencias significativas en las variables dependientes (resultados de las pruebas neuropsicológicas), antes y después de la realización del programa de rehabilitación. Para contrastar si el incremento en los valores de las variables dependientes es superior en el grupo experimental 1, se podría aplicar una prueba “t de student” de dos muestras independientes y a través del “índice de Cohen” se podría medir el tamaño del efecto, para confirmar el efecto de la variable “tipo de soporte” en la presentación del programa de rehabilitación en las variables dependientes. A partir de una prueba “t de student” de muestras independientes se podría profundizar en el sentido de las diferencias entre los niveles del factor tipo de soporte. Para realizar todos los contrastes se utilizaría un nivel de confianza del 95%. Para aplicar todas estas pruebas estadísticas se podría utilizar el programa informático IBM SPSS V.24.

Se espera que al realizar el estudio se encuentren diferencias significativas en los niveles del factor “tipo de soporte” en la presentación del material respecto a las medidas obtenidas en las variables neuropsicológicas preintervención, entre los grupos experimentales 1 y 2, observándose una diferencia positiva entre las medidas “pre” y “post” intervención, y que esta, sea mayor cuando se presenta el material en soporte papel. También se espera que se encuentren diferencias significativas en la gravedad de los trastornos neuropsiquiátricos que presentan los sujetos, entre los niveles del factor “tipo de soporte”, entre los grupos experimentales 1 y 2, observándose una disminución su gravedad cuando el material del programa de rehabilitación se presenta en soporte papel. Además, se espera que se encuentren diferencias significativas funcionales entre los niveles del factor “tipo de soporte”, entre los grupos experimentales 1 y 2, observándose un incremento de la actividad cuando el material del programa se presenta en soporte papel.

A pesar de las limitaciones de este estudio, como el tamaño de la muestra, factores culturales, emocionales, o diferencias personales, se pretende concluir que la realización del programa de rehabilitación mejora el estado emocional, reduce la gravedad de los trastornos neuropsiquiátricos que padecen los participantes, que

contribuye a mejorar o mantener su estado cognitivo y que estos beneficios, se incrementan cuando los contenidos del programa se presentan en soporte papel.

5. Referencias bibliográficas

- Alberca Serrano, R. (1998). Demencias degenerativas de predominio cortical: enfermedad de Alzheimer. R. Alberca Serrano (Ed.), *Demencias: diagnóstico y tratamiento*, 121-158. Barcelona: Masson.
- Abrisqueta-Gómez, J., Canali, F., Vieira, V. L., Aguiar, A. C., Ponce, C. S., Brucki, S. M. et al. (2004). *A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease*. *Arq Neuropsiquiatr*, 62, (3). <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500007>
- Alpuente, E. (9 de mayo de 2016). Utilizar el pc o la Tablet para leer reduce la capacidad de abstracción. *EL MUNDO*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/09/5730c112268e3eaa088b45c6.html>
- Amirrad, F., Bousoik, E., Shamloo, K., et al. (2017). Alzheimer's disease: Dawn of a new era? *J Pharm Pharm Sci* 20, 184–225. doi: 10.18433/J3VS8P
- Balota, D.A. y Faust, M. (2001). Attention in Dementia of the Alzheimers Type. *Handbook of Neuropsychology*, 6, (4). Recuperado de: <https://www.elsevier.com/books/handbook-of-neuropsychology-2nd-edition/boller/978-0-444-50363-3>
- Bermejo F, Alom J, Peña-Casanova J, Del Ser T, Acarín N et al. (1994). Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. *Neurología*, 9, 401-406.
- Bermejo, F. (1998). Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 237-256). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Boada, M. y Robira, L. (2000). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento. En R. Fernández Ballesteros (Dir.) *Gerontología social* (pp. 549-579). Madrid: Pirámide.
- Böhm, P., Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Hernández, G., Sol, J. M., Blesa, R., y NORMACODEM Group. (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.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, (7), 648-655.
- Clare, L. y Woods, B. (2001). *A role for cognitive rehabilitation in dementia care*. *Neuropsychological rehabilitation*, 11, (3-4), 193-1996. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010143000031>

- Cordero, P.R., Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51, (1), 12-21. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30138-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30138-X)
- Cotman, C.W., Berchtold, N.C. (2002). Exercise: a behavioural intervención to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences*, 25 (6), 295-301. Recuperado de: <http://www.educacaocerebral.com/artigos/Exercise%20a%20behavioral%20intervention%20to%20enhance%20brain%20health%20and%20plasticity.pdf>
- Cummings, J.L. y Benson, D.F.(1992). *Dementia: a clinical approach*. 2nd edition. Boston: Butterworth-Heinemann
- Cummings, J. L. y cols.(1999). *Inventario Neuropsiquiátrico*. NPI.
- Duke Han, S., Nguyen, C.P., Stricker, N.H., Nation, D.A. (2017). Detectable Neuropsychological Differences in Early Preclinical Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*, 27, (4), 305-325. doi: 10.1007/s11065-017-9345-5.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., y Fanjiang, G (2002). *MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental- Edición Revisada* (Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... y Aznar, S, adaptaciones). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Garrido, A.(2000). Abordaje no farmacológico. Grupo Español Multidisciplinar para la atención Coordinada al Paciente con Demencia. *Atención coordinada al paciente con demencia*, 143-167. Madrid: Doyma
- Guerra, M.A; Delgado, A.C; Bobadilla, R.F; Gonzalo, S.F; Barba, A.H; Vicente, M.J; Marrón, E.M; y Viñas, M.T. (2013). Evaluación emocional, conductual y funcional. En: Noreña, D. (Ed), *Evaluación neuropsicológica y elaboración de informes*. Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.
- Hernández-Ramos E, Cansino S. (2011). Envejecimiento y memoria de trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información. *Revista de Neurología*, 52, 147-53. Recuperado de : <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/neurologia-hernandez-envejecimiento-01.pdf>
- Hussian, R.A., (1981). *Griatric Psycology: A behavioural perspective*. New York: Van Nostrand-Reinhold.
- Irazoki, E., García Casal, J. A., Sánchez Meca, J., y Franco Martín, M. (2017). Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia, revisión sistemática y metanálisis. *Neurología*, 65, (10), 447-456. Recuperado de: <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/5082.pdf>
- Junqué, Came y Barroso, J.(2009). *Manual de Neuropsicología* (Síntesis). Madrid.

- Marks, B.L. (2002). Cognitive function: It's relationship with functional status, fitness, and vascular and cerebral blood flow. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17, (4), 33-41. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28155036/>
- Menezes de Lucena, V., Fernández Calvo, B., Hernández Martín, L., Ramos Campos, F. y Contador Castillo, I.(2006). El síndrome del Burnout en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, (4), 791-796. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3310.pdf>
- Miller, E. y Morris, R. (1994). *The psychology of dementia*. West Sussex: Wiley
- Muñoz Céspedes, J.M. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. (Síntesis). Madrid.
- Neary, D.(1999). Clasificación de the demencias. *Review in Clinical Gerontology*, 9, 55-64. <https://doi.org/10.1017/S0959259899009156>
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F. y Aguinaga-Ontoro, I.(2019). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología* 32, (8), 523-532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri L., Mittelman, M., Orrell, M., H. Feldman, H. y Muñoz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*. Recuperado de: https://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf
- Orta-Salazar, E., Feria-Velasco, A.I., Díaz-Cintra, S. (2019). Alteraciones en la corteza motora primaria en la enfermedad de Alzheimer: estudio en el modelo 3xTg-AD. *Neurología*, 34, (7), 429-436. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.02.016>
- Peña-Casanova, J., Gramunt-Fombuena, N., Quiñones-Úbeda, S., Sánchez-Benavides, G., Aguilar, M., Badenes, D., 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. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp041>
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Aguilar, M., Casas, L., Molinuevo, J. L., ... y Martínez-Parra, C. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): norms for Boston naming test and token test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, (4), 343-354. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp039>
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J. L., ... y Antúnez, C. (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. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp038>

- Perry, R.J., Watson, P. y Hodges, J.R.(2000). The nature and staging of attention dysfunction in early Alzheimer's disease: relationship to episodic and semantic memory impairment. *Neuropsychologia*, 38, (3) 252-27.
[https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(99\)00079-2](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(99)00079-2)
- Ramos, F. y Jiménez, M.P. (1999). *Salud y envejecimiento*. Madrid: UNED
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *J Psychiatry*. 139, (9), 1136-1139. doi: 10.1176/ajp.139.9.1136.
- Reyes-Figueroa, J.C., Rosich-Estragó, M., Bordas-Buera E., Gaviria-Gómez, AM., Vilella- Cuadrada E. y Labad Alquézar A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 50, 653-60. Recuperado de: <https://doi.org/10.33588/rn.5011.2009714>
- Santander, D.M. (Viernes, 20 septiembre 2019). El Alzheimer mata dos veces y afecta a dos personas, al enfermo y al cuidador. *EL DIARIO MONTAÑÉS*.
Recuperado de: <https://www.eldiariomontanes.es/cantabria/alzheimer-mata-veces20190920142515nt.html#:~:text=En%20Cantabria%20hay%2018.000%20personas,es%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer.>
- Sohlberg, M. M., Mateer, C.A., Penkman, L., Glang, A., y Todis, B. (1998). Awareness intervention: who needs it? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13 (5), 62-78.
- Squire, L.R. y Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science* 253, 1380-1386. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1896849/>
- Varona, M.A.(2000). Tratamiento no farmacológico. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Demencias y geriatría*. Barcelona:Glosa.
- Villareal, D.T. y Morris J.C. (1999). The diagnosis of Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease Review. Journal of Alzheimer's disease* 1, (4-5), 249-263. Recuperado de: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad00018>
- Wilson, B.A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 487-496.

ANEXOS

ANEXO I

Entrevista personal con cada uno de los sujetos

SUJETO 1

Mujer de 68 años, casada y con tres hijos independizados, que durante los últimos 40 años ha combinado el cuidado de su familia y las labores del hogar, con el desarrollo de su actividad profesional como abogada. Hace tres años que se jubiló, pero ha continuado activa social e intelectualmente, participa en actividades de voluntariado en una asociación una vez a la semana, toma clases para mejorar su nivel de inglés dos veces a la semana y va al gimnasio tres veces a la semana. Durante los últimos siete meses ha tenido múltiples despistes u olvidos, en ocasiones, tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada, le da pereza asistir a clase de inglés, quedar con compañeros o amigos, la cuesta orientarse en espacios que no frecuenta habitualmente y tiene dificultades para encontrar su coche en aparcamientos públicos. Cuando esto sucede, se preocupa mucho y llama a alguno de sus hijos, enseguida se relaja y no da mayor importancia a lo ocurrido. A petición de sus familiares se ha sometido a un chequeo y se ha solicitado una valoración neuropsicológica. En ella se concluye que presenta un perfil de deterioro compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio leve”.

SUJETO 2

Hombre de 70 años, casado y con dos hijos, que ha desarrollado su actividad profesional en un colegio de educación primaria durante 40 años, es un hombre sociable y extrovertido. Hace cinco años se jubiló y trasladó su residencia a una casa con jardín situada en una pequeña localidad próxima a los Picos de Europa. Desde entonces se dedica al cuidado de su jardín y a disfrutar de la tranquilidad del entorno. Ha reducido notablemente su actividad social, intelectual y física, habitualmente pasa los días en su casa con su mujer, una vez a la semana se acercan a un núcleo rural más grande próximo a su domicilio para realizar compras. Durante los últimos 11 meses ha tenido múltiples despistes, le cuesta recordar en dónde deja su teléfono móvil, suele olvidar en dónde deja las llaves, tiene dificultad para localizar los productos que necesita en el supermercado a pesar de que realiza la compra siempre en el mismo sitio, a pesar de que hace una lista siempre olvida comprar algo, cuando acude a alguna consulta médica en la ciudad se desorienta con facilidad. Esto le produce preocupación y desconcierto, pero como siempre le acompaña su mujer y le da las indicaciones necesarias, enseguida se relaja. Se siente muy cansado al salir de su entorno habitual y lo evita siempre que puede. Sus familiares preocupados al observar estos cambios en su conducta le animan a someterse a un chequeo. Se realiza evaluación neuropsicológica y en ella, se concluye la existencia de un perfil de deterioro compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio leve”.

SUJETO 3

Mujer de 69 años, casada con dos hijos independizados, ama de casa que se ha dedicado a realizar las tareas del hogar y al cuidado de familiares dependientes de primer grado. Cursó estudios universitarios de magisterio y obtuvo el título de licenciada, pero nunca ejerció su profesión. Durante el último año sus despistes han ido en aumento, tiene dificultad para recordar qué desayunó o qué comió ayer, el contenido de algunas conversaciones, la cuesta un gran esfuerzo manejar pequeñas cantidades de dinero en efectivo en su día a día, por ejemplo, cuando va a comprar el pan, la fruta o el pescado en los comercios de su barrio. En ocasiones no recuerda que realizó algún gasto y no la cuadran los cuentas. Con frecuencia no recuerda la clave de acceso a su cuenta cuando va al cajero a sacar dinero, algunas veces a pesar de que la lleva anotada se equivoca al teclearla, necesita varios minutos y varios intentos para comprobar que la cantidad que ha retirado es correcta. Tarda mucho en realizar pequeños pagos en efectivo y suele necesitar la ayuda de las dependientas para completar la cantidad que la solicitan. Cuando su marido hace algún comentario, niega tener estas dificultades. Siempre ha tenido buen carácter y ha sido muy alegre, pero últimamente está más decaída. A petición de sus familiares se somete a un chequeo y se solicita una evaluación neuropsicológica exhaustiva. Se concluye que presenta un perfil de deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado”.

SUJETO 4

Hombre de 70 años, casado y con dos hijos independizados, que ha desarrollado su labor profesional como carpintero durante los últimos 40 años. Hace tres años se jubiló y desde entonces, ayuda a su esposa realizando pequeños recados durante las mañanas y por las tardes va a jugar a las cartas al hogar del jubilado con unos amigos del barrio. Durante el último año sus despistes van en aumento y no los admite. Tiene dificultad para gestionar pequeñas cantidades de dinero, no recuerda gastos que ha realizado y los niega. No recuerda que su esposa le dijo que iba a salir a hacer alguna gestión y se extraña al llegar a casa y no encontrarla. Cuando alguien solicita su ayuda para hacer alguna pequeña reparación doméstica, por ejemplo, encolar las piezas de una silla de madera, no es capaz de realizarla, la inicia, pero enseguida la abandona. Las partidas de cartas que juega con sus amigos se alargan mucho, porque sus jugadas son muy lentas y siempre pierde él. Con frecuencia no reconoce y no saluda a sus vecinos cuando se cruza con ellos en la calle o coinciden en algún comercio y cuando se desplaza fuera de su barrio, tiene dificultades para orientarse. A petición de su esposa se somete a un chequeo y se solicita una evaluación neuropsicológica exhaustiva. Se concluyó que presenta un perfil de deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado”.

SUJETO 5

Mujer de 70 años, casada, con dos hijos independizados, que ha trabajado durante 40 años como dependienta en una carnicería. Se jubiló hace cinco años y su nivel de estudios es básico. Desde entonces, dedicaba las mañanas a realizar las tareas domésticas y por las tardes salía a pasear con su marido. Desde hace dos años su nivel de deterioro ha sido progresivo. Tiene dificultades para elegir la ropa adecuada cada día, realiza con frecuencia las mismas preguntas porque no recuerda que las hizo previamente, ni la respuesta que obtuvo. Está desorientada, no sabe en qué día vive, ni en qué estación, o año. No recuerda el nombre de sus nietos, pero recuerda con exactitud el nombre de los niños con los que compartía juegos en su niñez. Hace dos años, cuando sus hijos empezaron a observar su deterioro, se sometió a un chequeo y se solicitó una evaluación neuropsicológica. En ella, se concluyó la existencia de un perfil de deterioro cognitivo compatible con Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado y desde entonces recibe tratamiento farmacológico (.). A pesar de ello, su deterioro cognitivo ha seguido progresando. Hace un año acudió a revisión y se solicitó una nueva evaluación neuropsicológica. En ella, se concluyó que su nivel de deterioro cognitivo era superior, compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado”.

SUJETO 6

Hombre de 72 años, casado, con un hijo independizado, que ha ocupado un puesto de dirección en una empresa multinacional durante 40 años. Tiene estudios superiores y por motivos laborales, ha vivido en diversos países. Cuando se jubiló hace 7 años y trasladó su domicilio a una pequeña localidad de Cantabria, llevaba 5 años viviendo en Tokio. Desde entonces, su deterioro ha sido progresivo. Hace tres años, se sometió a un chequeo y se solicitó una revisión neuropsicológica. En ella, se concluyó que presentaba un perfil de deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado”. Desde entonces recibe tratamiento farmacológico (.). A pesar de ello, su nivel de deterioro siguió progresando. Durante los dos años siguientes, se realizaron evaluaciones anuales y no se objetivaron cambios relevantes. Hace tres meses, sus familiares observaron un empeoramiento de su estado cognitivo y solicitaron una evaluación. En ella, se concluyó la existencia de mayor deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado-grave”. Actualmente, el deterioro de la memoria es bastante notable y muy saliente, vive de los recuerdos del pasado, está desorientado en tiempo y espacio, no recuerda el nombre de sus nietos, necesita ayuda para seleccionar las prendas de vestir que va a ponerse cada día, no es capaz de realizar cálculos sencillos y no recuerda su dirección, ni su teléfono actual, pero recuerda con exactitud los datos referentes a otros domicilios anteriores.

ANEXO II

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Sujeto 1

Edad y lugar de nacimiento: Mujer de 68 años, nació el 27 de abril de 1953, en Santander.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Estudios universitarios (Licenciada en Derecho).

Situación laboral: Jubilada desde hace tres años. Durante los últimos 40 años ha combinado el cuidado de su familia y las labores del hogar, con el desarrollo de su actividad profesional como abogada.

Estado civil y descendencia: Casada con tres hijos independizados.

Núcleo de convivencia: Vive con su esposo en el domicilio familiar, un piso con terraza en una zona residencial en Somo.

Actividades que le gusta realizar: Continua activa social e intelectualmente, participa en actividades de voluntariado en una asociación una vez a la semana, toma clases para mejorar su nivel de inglés dos veces a la semana y va al gimnasio tres veces a la semana

Antecedentes personales: No constan antecedentes personales relevantes.

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

Características clínicas del paciente: Durante los últimos siete meses ha tenido múltiples despistes u olvidos, en ocasiones, tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada, le da pereza asistir a clase de inglés, quedar con compañeros o amigos, le cuesta orientarse en espacios que no frecuenta habitualmente y tiene dificultades para encontrar su coche en aparcamientos públicos. Cuando esto sucede, se preocupa mucho y llama a alguno de sus hijos, enseguida se relaja y no da mayor importancia a lo ocurrido.

Motivo de la consulta: A petición de sus familiares solicitó un chequeo, en él se detectaron indicios de deterioro cognitivo y se solicitó una valoración neuropsicológica (27/03/2021). En ella se concluyó la existencia de un perfil de deterioro compatible con "Enfermedad de Alzheimer en estadio leve". La paciente es derivada por el neurólogo, solicita que se realice una evaluación exhaustiva de su estado (cognitivo, conductual, emocional) y que se diseñe un programa de intervención neuropsicológica individualizada para ella.

Sujeto

Edad y lugar de nacimiento: Hombre de 70 años, nació el 19 de agosto de 1951, en Torrelavega.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Estudios universitarios (Licenciado en Magisterio de Educación Primaria).

Situación laboral: Jubilado desde hace 5 años. Ha desarrollado su actividad profesional en un colegio de educación primaria durante 40 años.

Estado civil y descendencia: Casado, tiene dos hijos independizados.

Núcleo de convivencia: Convive con su esposa en el domicilio familiar, una pequeña casa unifamiliar con jardín, situada en una pequeña localidad próxima a los Picos de Europa. Se trasladaron allí hace 5 años, cuando se jubiló. Anteriormente vivían en un pequeño piso en una zona residencial a las afueras de Santander.

Actividades que le gusta realizar: Desde hace cinco años se dedica al cuidado de su jardín y a disfrutar de la tranquilidad del entorno. Ha reducido notablemente su actividad social, intelectual y física, habitualmente pasa los días en su casa con su mujer, una vez a la semana se acercan a un núcleo rural más grande próximo a su domicilio para realizar compras.

Antecedentes personales: No constan antecedentes personales relevantes.

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

Características clínicas del paciente: Durante los últimos 11 meses ha tenido múltiples despistes, le cuesta recordar en dónde deja su teléfono móvil, suele olvidar en dónde deja las llaves, tiene dificultad para localizar los productos que necesita en el supermercado a pesar de que realiza la compra siempre en el mismo sitio, a pesar de que hace una lista siempre olvida comprar algo, cuando acude a alguna consulta médica en la ciudad se desorienta con facilidad. Esto le produce preocupación y desconcierto, pero como siempre le acompaña su mujer y le da las indicaciones necesarias, enseguida se relaja. Se siente muy cansado al salir de su entorno habitual y lo evita siempre que puede.

Motivo de la consulta: A petición de sus familiares, acude al servicio de atención primaria para someterse a un chequeo. En él se detectan indicios de deterioro cognitivo y es derivado al servicio de neurología. Se realiza evaluación neuropsicológica (25/04/2021) y se concluye la existencia de un perfil de deterioro compatible con "Enfermedad de Alzheimer en estadio leve". El paciente es derivado por el neurólogo, solicita que se realice una evaluación (cognitiva, conductual, emocional) exhaustiva y que se diseñe un programa de intervención neuropsicológica individualizada para él.

Sujeto

Edad y lugar de nacimiento: Mujer de 69 años, nació el 15 de julio de 1952, en Santander.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Estudios universitarios (Licenciada en Magisterio en Educación Primaria). Nunca ejerció su profesión.

Situación laboral: Ama de casa. Se ha dedicado a realizar las tareas del hogar y al cuidado de familiares dependientes de primer grado.

Estado civil y descendencia: Casada, tiene dos hijos independizados.

Núcleo de convivencia: Convive con su esposo en la residencia familiar, un amplio piso con terraza en Santander.

Actividades que le gusta realizar: Ver la televisión y atender las macetas que tiene en su terraza.

Antecedentes personales: No constan antecedentes personales relevantes.

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

Características clínicas del paciente: Durante el último año sus despistes han ido en aumento, tiene dificultad para recordar qué desayunó o qué comió ayer, el contenido de algunas conversaciones, la cuesta un gran esfuerzo manejar pequeñas cantidades de dinero en efectivo en su día a día, por ejemplo, cuando va a comprar el pan, la fruta o el pescado en los comercios de su barrio. En ocasiones no recuerda que realizó algún gasto y no la cuadran las cuentas. Con frecuencia no recuerda la clave de acceso a su cuenta cuando va al cajero a sacar dinero, algunas veces a pesar de que la lleva anotada se equivoca al teclearla, necesita varios minutos y varios intentos para comprobar que la cantidad que ha retirado es correcta. Tarda mucho en realizar pequeños pagos en efectivo y suele necesitar la ayuda de las dependientas para completar la cantidad que la solicitan. Cuando su marido hace algún comentario, niega tener estas dificultades. Siempre ha tenido buen carácter y ha sido muy alegre, pero últimamente está más decaída.

Motivo de la consulta: A petición de sus familiares acude a la consulta de un neurólogo para someterse a un chequeo. En él se detectan indicios de deterioro cognitivo y se realiza evaluación neuropsicológica (10/05/2021). En ella se concluye la existencia de un perfil de deterioro compatible con "Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado". La paciente es derivada por el neurólogo, solicita que se realice una evaluación exhaustiva con objeto de diseñar un programa de intervención neuropsicológica individualizada.

Sujeto

Edad y lugar de nacimiento: Hombre de 70 años, nació el 28 de enero de 1951, en Santander.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Medio.

Situación laboral: Hace tres años se jubiló. Ha desarrollado su labor profesional como carpintero durante los últimos 40 años.

Estado civil y descendencia: Casado, tiene dos hijos independizados.

Núcleo de convivencia: Convive con su esposa en la residencia familiar, una casa unifamiliar con jardín, situada en un barrio a las afueras de Maliaño.

Actividades que le gusta realizar: Jugar a las cartas por la tarde, en el hogar del jubilado, con unos amigos del barrio.

Antecedentes personales: No constan antecedentes relevantes.

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

Características clínicas del paciente: Durante el último año sus despistes van en aumento y no los admite. Tiene dificultad para gestionar pequeñas cantidades de dinero, no recuerda gastos que ha realizado y los niega. No recuerda que su esposa le dijo que iba a salir a hacer alguna gestión y se extraña al llegar a casa y no encontrarla. Cuando alguien solicita su ayuda para hacer alguna pequeña reparación doméstica, por ejemplo, encolar las piezas de una silla de madera, no es capaz de realizarla, la inicia, pero enseguida la abandona. Las partidas de cartas que juega con sus amigos se alargan mucho, porque sus jugadas son muy lentas y siempre pierde él. Con frecuencia no reconoce y no saluda a sus vecinos cuando se cruza con ellos en la calle o coinciden en algún comercio y cuando se desplaza fuera de su barrio, tiene dificultades para orientarse.

Motivo de la consulta: A petición de sus familiares acude a la consulta de un neurólogo para someterse a un chequeo. En él se detectan indicios de deterioro cognitivo y se realiza evaluación neuropsicológica (22/03/2021). En ella se concluye la existencia de un perfil de deterioro compatible con "Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado". El paciente es derivado por el neurólogo, solicita que se realice una evaluación exhaustiva con objeto de diseñar un programa de intervención neuropsicológica individualizada.

Sujeto 5

Edad y lugar de nacimiento: Mujer de 70 años, nació el 10 de octubre de 1951, en Santander.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Básico.

Situación laboral: Hace cinco años se jubiló y desde entonces, dedica las mañanas a realizar las tareas domésticas. Ha desarrollado su labor profesional como dependienta en una carnicería durante 40 años.

Estado civil y descendencia: Casada, tiene dos hijos independizados.

Núcleo de convivencia: Convive con su esposo en la residencia familiar, un piso con terraza situado en un céntrico barrio de Torrelavega.

Actividades que le gusta realizar: Pasear con su marido por las tardes.

Antecedentes personales: Hace dos años, cuando sus hijos empezaron a observar su deterioro, se sometió a un chequeo y se solicitó una evaluación neuropsicológica (07/03/2018). En ella, se concluyó la existencia de un perfil de deterioro compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado” y desde entonces recibe tratamiento farmacológico. A pesar de ello su deterioro cognitivo ha seguido progresando. Hace un año acudió a revisión y se solicitó una nueva evaluación neuropsicológica (07/07/2020). En ella se concluyó que su nivel de deterioro cognitivo era superior, compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado-grave.”

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

Características clínicas del paciente: Desde hace dos años su nivel de deterioro ha sido progresivo. Tiene dificultades para elegir la ropa adecuada cada día, realiza con frecuencia las mismas preguntas porque no recuerda que las hizo previamente, ni la respuesta que obtuvo. Está desorientada, no sabe en qué día vive, ni en qué estación o año. No recuerda el nombre de sus nietos, pero recuerda con exactitud el nombre de los niños con los que compartía juegos en su niñez.

Motivo de la consulta: La paciente acude a la consulta acompañada por sus familiares (esposo e hijos). Solicitan que se realice una evaluación (cognitiva, conductual, emocional) exhaustiva para valorar la evolución de la afectada y el diseño de un programa de intervención neuropsicológica individualizada para ella.

Sujeto 6

Edad y lugar de nacimiento: Hombre de 72 años, nació el 17 de julio de 1949, en Santander.

Dominancia manual: Diestra

Nivel educativo: Estudios Universitarios (Licenciado en Ciencias Económicas).

Situación laboral: Se jubiló hace 7 años. Ha ocupado un puesto de dirección en una empresa multinacional durante 40 años.

Estado civil y descendencia: Casado, tiene un hijo independizado.

Núcleo de convivencia: Convive con su esposa en la residencia familiar, una amplia casa unifamiliar, que dispone de gimnasio y un gran jardín. Hace 7 años cuando se

jubiló, trasladó su domicilio a una pequeña localidad de Cantabria, llevaba 5 años viviendo en Tokio y durante su vida laboral tuvo oportunidad de vivir en varios países.

Actividades que le gusta realizar: Sentarse en frente a un gran ventanal en su salón y disfrutar del paisaje.

Antecedentes personales: Hace tres años, se sometió a un chequeo y se solicitó una revisión neuropsicológica (04/10/2018). En ella, se concluyó que presentaba un perfil de deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado”. Desde entonces recibe tratamiento farmacológico (). A pesar de ello, su nivel de deterioro siguió progresando. Durante los dos años siguientes, se realizaron evaluaciones anuales y no se objetivaron cambios relevantes.

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

Características clínicas del paciente: Hace tres meses, sus familiares observaron un empeoramiento de su estado cognitivo y solicitaron una evaluación (08/02/2021). En ella, se concluyó la existencia de mayor deterioro cognitivo compatible con “Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado-grave”. Actualmente, el deterioro de la memoria es bastante notable y muy saliente, vive de los recuerdos del pasado, está desorientado en tiempo y espacio, no recuerda el nombre de sus nietos, necesita ayuda para seleccionar las prendas de vestir que va a ponerse cada día, no es capaz de realizar cálculos sencillos y no recuerda su dirección, ni su teléfono actual, pero recuerda con exactitud los datos referentes a otros domicilios anteriores.

Motivo de la consulta: EL paciente acude a la consulta acompañada por sus familiares (esposo e hijo). Solicitan que se realice una evaluación (cognitiva, conductual, emocional) exhaustiva para valorar la evolución del afectado y el diseño de un programa de intervención neuropsicológica individualizada.

ANEXO III

Objetivo, tareas y justificación de cada sesión.

Sesión 1

Objetivos: Ayudar a comprender a las personas que componen la muestra y a sus familias, qué es el deterioro cognitivo y qué implicaciones tiene en su día a día (psicoeducación). Consensuar los objetivos de la intervención. Implicar a los familiares y obtener su colaboración (instauración de rutinas, uso de ayudas externas, adquisición y mantenimiento de dispositivos, actualización de aplicaciones, etc.). Dividir la muestra en dos grupos y signar a cada participante una condición experimental (soporte analógico o digital).

Tareas: Entrevista con cada participante y sus familiares para ofrecer información clara, comprensible y personalizada, sobre el deterioro cognitivo en cada caso concreto. Aportar ejemplos cotidianos personalizados de la interferencia funcional que produce en cada caso. Ofrecer información sobre las herramientas disponibles para ralentizarlo, sobre la existencia de ayudas externas que permiten compensar los déficits y sobre sus beneficios.

Formar dos grupos iguales con los participantes y asignar a cada grupo una condición experimental diferente. Condición experimental 1, soporte papel y condición experimental 2 soporte digital. Tanto la formación de los grupos como la asignación a cada condición experimental se realizan de forma aleatoria, para cada nivel de deterioro.

Tabla 1.0. División en grupos de la muestra y asignación a cada condición experimental.

	SOPORTE PAPEL (GRUPO 1)	SOPORTE DIGITAL (GRUPO 2)	NIVEL DE DETERIORO
PARTICIPANTES	Sujeto 1	Sujeto 2	(GDS 3)
	Sujeto 4	Sujeto 3	(GDS 4)
	Sujeto 6	Sujeto 5	(GDS 5)

Justificación: Mejorar la conciencia de los déficits concretos en cada caso, aumentar la motivación para iniciar e implicarse en la realización del programa y fomentar la adherencia al mismo.

Sesiones 2. 3 y 4

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitación de emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, preservar o mejorar el rendimiento en orientación y atención (focalizada), preservar o mejorar sus capacidades comunicativas, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual, memoria semántica, visual), preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, elaboración de listado de intereses, gustos y preferencias, estimulación cognitiva, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico.

Justificación: Preservar o mejorar; orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje, (expresión oral y denominación) atención, memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesiones 5. 6 y 7

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitación de emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar, mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual), preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, elaboración de registro de actividades diarias, estimulación cognitiva, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada y selectiva), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata, semántica, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesiones 8. 9 y 10

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitación de emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar, mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual), preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, estimulación cognitiva, planificación de actividades diarias, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico, entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada, selectiva), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata (auditiva, visual), semántica (auditiva, visual), capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesión 11 y 12

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitare emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar o mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual), preservar o mejorar la capacidad de cálculo, preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, estimulación cognitiva, revisión del “Plan de actividades diarias”, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico, entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada, selectiva), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata (auditiva, visual), semántica (auditiva, visual), cálculo, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesiones 13. 14 y 15

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitare emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar o mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual, memoria de trabajo, visual), preservar o mejorar la capacidad de cálculo, preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, estimulación cognitiva, revisión del “Plan de actividades diarias”, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico, entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada, selectiva), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata (auditiva, visual), semántica (auditiva, visual), memoria de trabajo (visual), cálculo, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesiones 16. 17 y 18

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitar emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar, mejorar el rendimiento en atención selectiva, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual, memoria de trabajo, visual), preservar, mejorar la capacidad de cálculo, preservar o mejorar la capacidad para manipular de objetos (praxis constructiva), preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, estimulación cognitiva, revisión del “Plan de actividades diarias”, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico, entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada, selectiva), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata (auditiva, visual), semántica (auditiva, visual), memoria de trabajo (visual), cálculo, praxis constructiva, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesiones 19. 20 y 21

Objetivos: Activar la memoria autobiográfica, elicitar emociones positivas, disminuir el nivel de apatía, irritabilidad y depresión, reforzar el rendimiento en orientación y atención focalizada, preservar, mejorar el rendimiento en atención selectiva y dividida, preservar o mejorar sus capacidades mnésicas (memoria inmediata, auditiva, visual y memoria semántica, auditiva visual, memoria de trabajo, visual), preservar, mejorar la capacidad de cálculo, preservar o mejorar la capacidad para manipular de objetos (praxis constructiva), preservar o mejorar la autonomía funcional, mejorar la conciencia de los déficits, promover el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits, promover la instauración de rutinas diarias.

Tareas: Terapia de Reminiscencia, estimulación cognitiva, revisión del “Plan de actividades diarias”, entrenamiento en identificación y gestión de emociones, Terapia de Apoyo psicológico, entrenamiento en el uso de estrategias y ayudas externas para compensar déficits.

Justificación: Preservar o producir mejoras en los siguientes dominios cognitivos: orientación (espacio, tiempo, persona), lenguaje (expresión oral, escrita y denominación), atención (focalizada, selectiva y dividida), memoria episódica autobiográfica, memoria inmediata (auditiva, visual), semántica (auditiva, visual), memoria de trabajo (visual), cálculo, praxis constructiva, capacidades volitivas, estado emocional y nivel funcional.

Sesión 22

Objetivos: Evaluación de la eficacia del programa, establecer nuevos objetivos y propuestas de tratamiento para cada participante, en función de su evolución.

Tareas: Evaluación neuropsicológica, evaluación del “Plan de actividades diarias”, aplicación de pruebas estadísticas.

Justificación: Obtener datos objetivos referentes a la evolución de cada participante que permitan establecer objetivos personalizados y realizar nuevas propuestas de tratamiento. Medir la eficacia del programa y averiguar si existen diferencias en función del tipo de soporte utilizado en su aplicación.

ANEXO IV

Registro de actividad diaria. Hoja 1

FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:
ACTIVIDAD:			HORA:

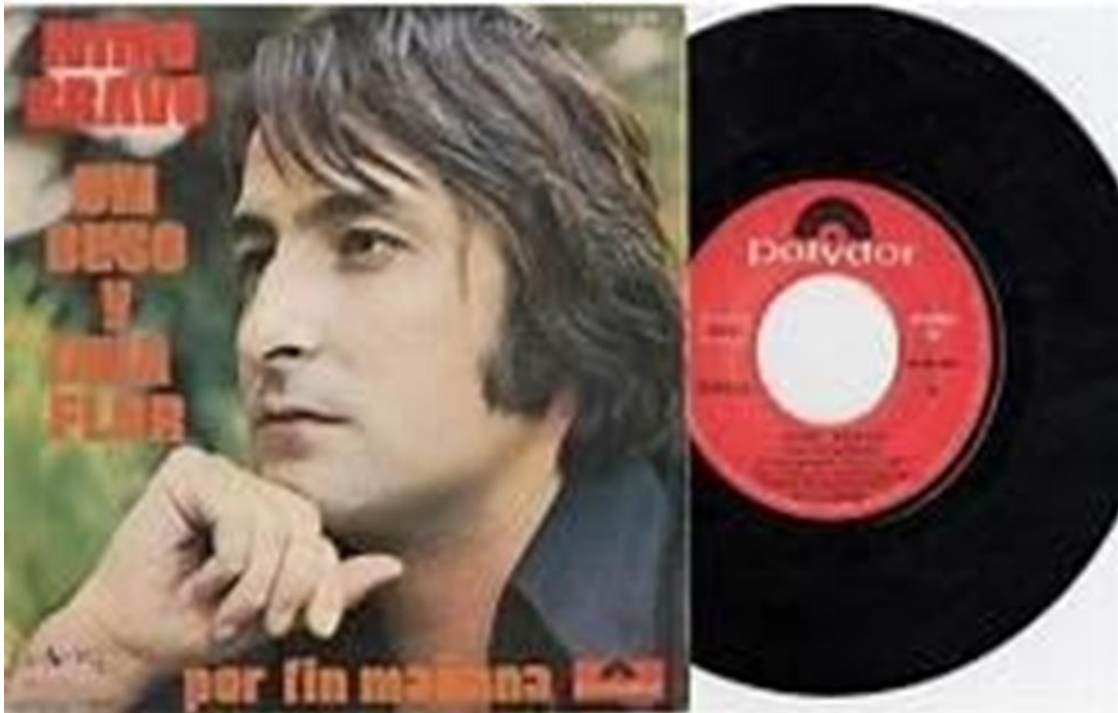
Cuestionario de gustos y preferencias

1. ¿A qué hora se suele levantar?, ¿Qué le gusta tomar para desayunar?
2. ¿Hay alguna actividad que le guste hacer durante la mañana?
3. ¿Escucha música habitualmente?, ¿Cuáles son sus canciones preferidas?, ¿Por qué?, ¿Cuáles son sus cantantes preferidos?
4. ¿Suele ir al cine habitualmente?, ¿Cuáles son sus películas preferidas?, ¿Por qué?, ¿Cuáles son sus actores preferidos?
5. ¿Le gusta leer?, ¿Lee la prensa diaria, habitualmente?, ¿Qué publicaciones?, ¿Cuál es el último libro que ha leído?, ¿Cuál es su libro preferido?
6. ¿A qué hora suele comer?, ¿Cuál es su comida preferida?, ¿La toma con frecuencia?, ¿La prepara en casa o la toma en algún restaurante?
7. ¿En qué localidad vive?, ¿Siempre ha vivido ahí?, ¿Vive en una casa o en un piso?, ¿Le gusta el lugar en dónde vive?, ¿Se siente cómodo en su casa?
8. ¿Qué actividades suele hacer durante las tardes?
9. ¿Hay algún lugar que le guste especialmente en Cantabria?, ¿Por qué?, ¿Suele ir con frecuencia?
10. ¿Le gusta viajar?, ¿Qué sitios ha visitado?, ¿Cuál es el viaje que más le gustó realizar?, ¿Por qué?
11. ¿Suele merendar?, ¿Qué es lo que más le gusta tomar para merendar?
12. ¿Recibe alguna visita en casa habitualmente (hijos, amigos)?
13. ¿Sale con frecuencia con hijos, amigos, etc.?, ¿Cómo se comunica con ellos, llamada de teléfono, wasap, etc.?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Utiliza habitualmente algún dispositivo, teléfono móvil, Tablet, pc, etc.?, ¿Para qué?, ¿Con qué frecuencia?
14. ¿A qué hora suele cenar?, ¿Qué suele tomar habitualmente para cenar?
15. Habitualmente, ¿qué hace después de cenar?, ¿Le gusta ver la televisión?, ¿Algún programa en concreto?
16. ¿A qué hora se suele acostar?, ¿Suele descansar bien?, ¿Se levanta alguna vez durante la noche?

ANEXO VI

Terapia de reminiscencia. Materiales (Sesión 5).

Radio Televisión Española. (2016, Agosto 1). Antología Musical [Vídeo]. YouTube. [https://www.bing.com/videos/search?q=Nino+Bravo+-+Un+beso+y+una+flor+\(V%c3%addeo+Clip\)+-+antologia+rtve&docid=607996429521217905&mid=01DAEA504D94CC593CE701DAEA504D94CC593CE7&view=detail&FORM=VIRE](https://www.bing.com/videos/search?q=Nino+Bravo+-+Un+beso+y+una+flor+(V%c3%addeo+Clip)+-+antologia+rtve&docid=607996429521217905&mid=01DAEA504D94CC593CE701DAEA504D94CC593CE7&view=detail&FORM=VIRE)



Fotografía (Sesión 5) Playa del Sardinero (Santander,1978)



Entrenamiento en identificación y gestión de emociones. Materiales(Sesión 5). Fotografía Massiel.



Estimulación cognitiva. Materiales (Sesión 5)

Actividad 1

SESIÓN 5



Hola.....Nombre participante



A continuación le propondré varias actividades, similares a las que ha realizado en sesiones anteriores. Como siempre empezaremos la sesión revisando un ejemplo.

EJEMPLO

Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Ejemplo



GUANTES

Ejemplo

GUANTES



¡¡ EMPEZAMOS !!



Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.



Actividad 1



ZAPATOS

Actividad 1

Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.





PANTALÓN

Actividad 1

Actividad 1

Por favor, dígame **cuántos zapatos** aparecían en la imagen que le he presentado anteriormente.





3

Actividad 1

Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.



Actividad 1



CHAQUETA

Actividad 1



Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.



Actividad 1





SOMBREROS

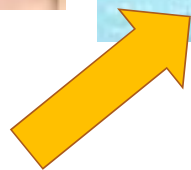
Actividad 1

Actividad 1

Por favor, señale el sombrero azul en la imagen que le voy a presentar a continuación.



Actividad 1



Actividad 1

Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Actividad 1





VESTIDO

Actividad 1



Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Actividad 1





COCHE

Actividad 1



Actividad 1

Por favor, dígame **cuántos sombreros** aparecían en la imagen que le he presentado anteriormente.





3

Actividad 1

Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Actividad 1



AUTOBU S

Actividad 1



Actividad 1

Por favor, dígame **de qué color era el coche** que aparecía en la imagen que le he presentado anteriormente.



Actividad 1

ROJO



Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Actividad 1





MOTO

Actividad 1



Instrucciones

Por favor, dígame cuántas ruedas tiene la moto.



LA MOTO
TIENE
2
RUEDAS

Actividad 1



Instrucciones

A continuación le presentaré una imagen. Por favor, dígame que representa.

Actividad 1



TREN

Actividad 1



Actividad 1

Por favor, señale la imagen en la que aparece una bicicleta.



Por favor, señale la imagen en la que aparece una bicicleta.



Actividad 1

Por favor, dígame **de qué color es la moto** que le he presentado anteriormente.



AZUL

Actividad 1



Actividad 2

SESIÓN 5



Actividad 2

¿Qué hacen estos niños?



Actividad 2

¿Cuántas
canicas tengo?



Actividad 2

TENGO
3
CANICAS



Actividad 2

**¿Cuántas
canicas
tengo?**



Actividad 2

**TENGO
5
CANICAS**

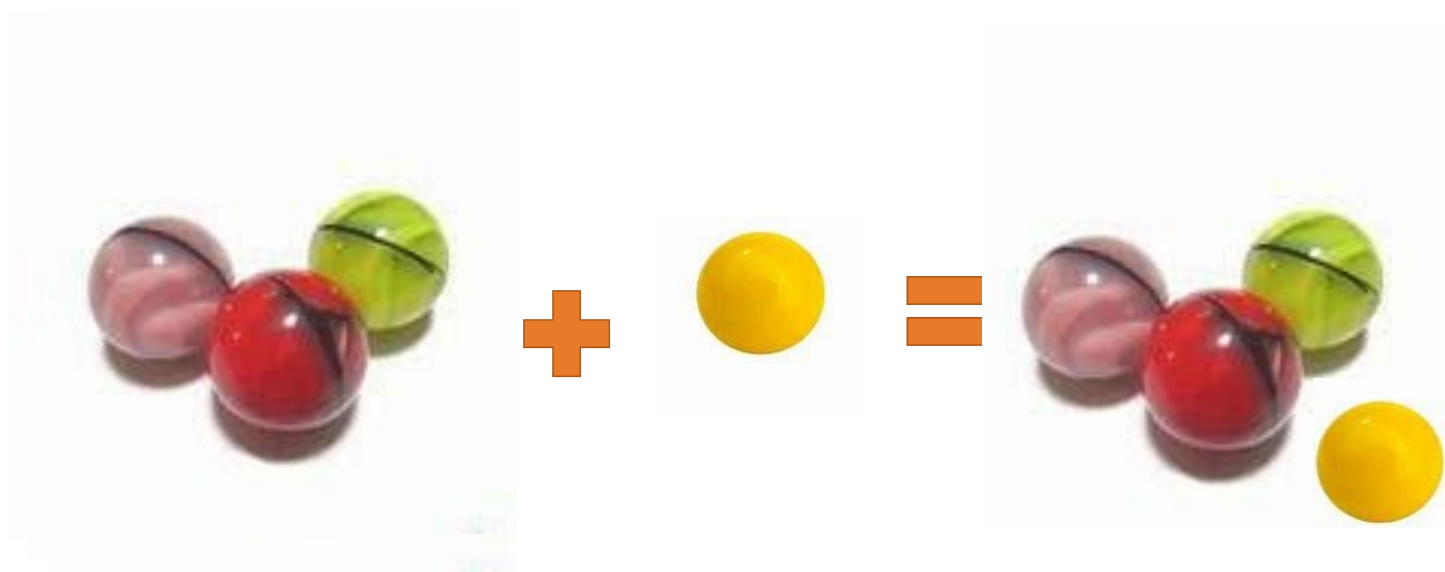


Actividad 2

**¿Cuántas
canicas
tengo en
total?**



Actividad 2



Actividad 2

TENGO
4
CANICAS



Actividad 2

**¿Cuántas
canicas
tengo en
total?**

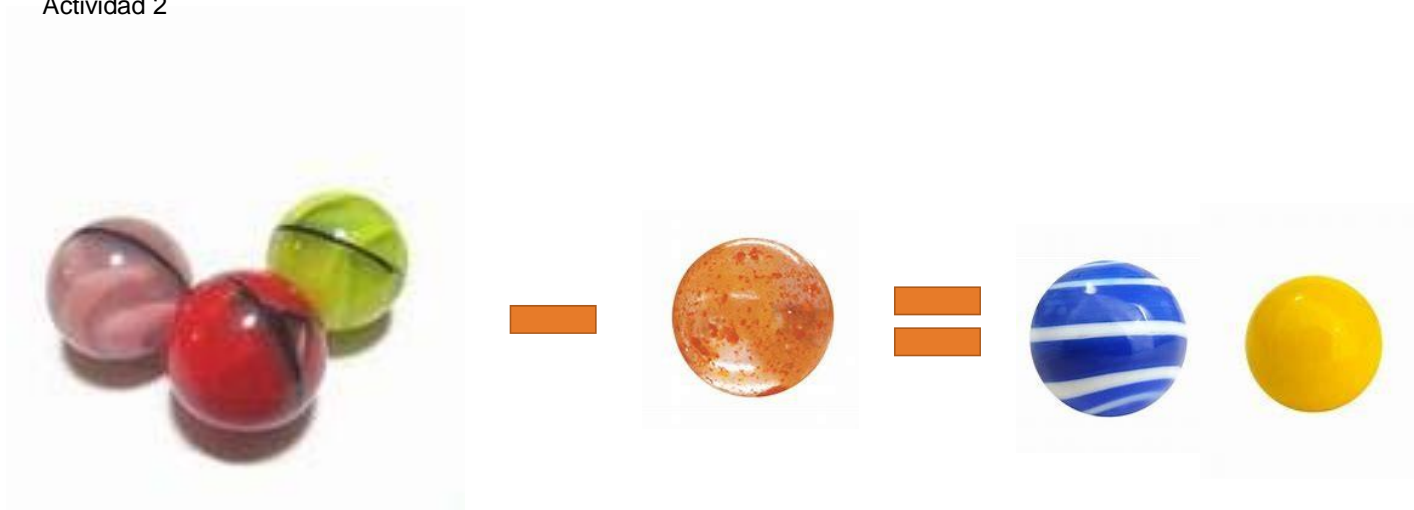


Actividad 2

**¿Cuántas
canicas
tengo en
total?**



Actividad 2



Actividad 2

TENGO
2
CANICAS

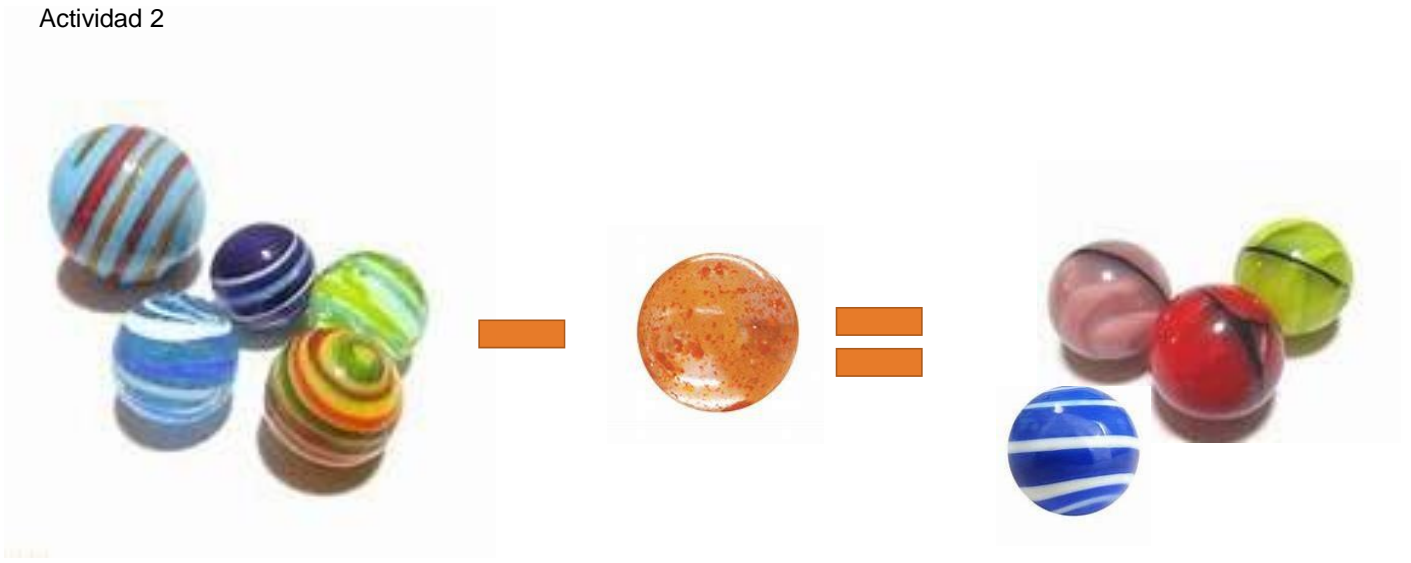


Actividad 2

¿Cuántas
canicas
tengo en
total?



Actividad 2



Actividad 2

TENGO
4
CANICAS



Actividad 2

**¿Cuántas
canicas
tengo en
total?**



Actividad 2



TENGO
1
CANICA



**¡¡ MUCHAS GRACIAS POR
SU ATENCIÓN !!**

