

**Programa de Estimulación Cognitiva en Memoria Mediante Técnicas de Reminiscencia
Aplicadas en Casa por el Cuidador Primario de Pacientes con Enfermedad de Alzheimer**

Carolina Posada Ortiz

Facultad de Psicología, Universidad CES

Maestría en Neuropsicología Clínica

Mariana Sierra

31 de mayo de 2022

Resumen

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es uno de los problemas de salud pública de mayor impacto y relevancia actualmente, debido a su prevalencia a nivel mundial, al incremento de pacientes que se estiman cada año con dicha condición, y al costo que representa el abordaje de esta (Sánchez, Nariño y Muñoz. 2010).

Se han realizado múltiples investigaciones frente a posibles tratamientos de la enfermedad, tanto farmacológicos como no farmacológicos (Lopez, 2015). Dentro de los tratamientos no farmacológicos, se encuentra la estimulación cognitiva.

Unas de las técnicas más empleadas en la estimulación cognitiva de la EA son las terapias de reminiscencia. Esta terapia se caracteriza por hacer uso de un recuerdo del paciente, relacionado con su historia personal, y que tenga un significado emocional elevado para el paciente (Mestre, 2010), con el objetivo de mejorar su memoria y favorecer la capacidad de permanecer conectado a su entorno.

Este programa de intervención neuropsicológica busca crear una triada mediante técnicas de estimulación cognitiva enseñadas por el profesional a cargo, la réplica en el hogar con el apoyo del cuidador, y la participación del mismo paciente.

El programa está dirigido a tres líneas de impacto; Línea 1: Profesionales de Salud Mental, que intervengan en el proceso de pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Línea 2: Cuidadores primarios que recibirán capacitación en técnicas de reminiscencia para aportar a la estimulación cognitiva desde el hogar. Línea 3: Pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

La metodología se realizaría a partir de cartillas formativas que le permitan al profesional de salud mental a cargo del paciente, realizar la psicoeducación frente a la Enfermedad de Alzheimer al cuidador, y las técnicas de reminiscencia que el cuidador replicará en casa explicadas tipo guía de trabajo.

Planteamiento del Problema

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es uno de los problemas de salud pública de mayor impacto y relevancia actualmente, debido a su prevalencia a nivel mundial, al incremento de pacientes que se estiman cada año con dicha condición, y al costo que representa el abordaje de esta (Sánchez, Nariño y Muñoz. 2010). En ese sentido, es de gran importancia aportar a las estrategias que ayuden a mitigar la progresión rápida de los síntomas asociados a la EA, procurando que estas herramientas aporten al paciente, y a su entorno en general; familia y cuidadores.

Hasta ahora, no existe una cura como tal para la EA, pero si se han realizado múltiples investigaciones frente a posibles tratamientos de la enfermedad, tanto farmacológicos como no farmacológicos (Lopez, 2015). Los farmacológicos tienen como objetivo intervenir en la sustancia amiloide y la proteína TAU, para tener fines parcialmente curativos sobre la patología. Sánchez et al. (2010) refieren que esta patología no solo influye en el estado de salud del paciente; también afecta a su grupo familiar, ya que se incrementan costos del hogar, cambia la dinámica familiar y sus roles, se altera la funcionalidad e independencia del paciente, lo que genera dependencia respecto a sus cuidadores primarios, y disminuye su calidad de vida.

Dentro de los tratamientos no farmacológicos se encuentra la estimulación cognitiva, la cual consiste en mantener y/o potencializar las actividades de la vida diaria del paciente a partir de estrategias de refuerzo, repetición y activación de las funciones cognitivas, principalmente, de la memoria (Mestre, 2010).

Unas de las técnicas más empleadas en la estimulación cognitiva de la EA son las terapias de reminiscencia. Esta terapia se caracteriza por hacer uso de un recuerdo del paciente, relacionado con su historia personal, y que tenga un significado emocional elevado para el paciente (Mestre, 2010), con el objetivo de mejorar su memoria y favorecer la capacidad de permanecer conectado a su entorno.

Las técnicas de reminiscencia son efectivas, no solo por los beneficios directos que genera en el paciente; también impacta de forma indirecta su entorno familiar, su ámbito social, en aspectos económicos, entre otros. Mestre (2010) refiere que este tipo de terapias favorece al paciente de una forma integral; estimula funciones cognitivas que se ven afectadas en el transcurso de la enfermedad, aumenta el sentimiento de identidad personal, y favorece el manejo de emociones del paciente y la socialización, factores que influyen directamente en la calidad de vida del mismo.

Si bien, tradicionalmente las técnicas de reminiscencia son usadas en la consulta neuropsicológica individual y en los planes de intervención cognitiva de los centros día y hogares residenciales del adulto mayor (Martinez et al. 2007), el beneficio terapéutico podría incrementarse si estas estrategias las aplicaran los familiares o cuidadores primarios del paciente, lo que permitiría que la familia se involucre en el estado actual que este presenta; en conocer más sobre la EA, en los cambios que el paciente comenzará a vivir, y, sobre todo, en

cómo lo pueden abordar desde la casa, día a día mediante ejercicios cotidianos (Martinez et al. 2007). Por tal razón, el objetivo de este programa de intervención neuropsicológica capacitar a los cuidadores primarios de pacientes con EA, que son quienes interactúan con ellos en su cotidianidad y de quienes, en gran parte, el paciente comienza a depender según la fase en la que se encuentre la patología, en técnicas de reminiscencia que favorezcan la calidad de vida, tanto del paciente, como del cuidador, y demostrar que esta patología aun tiene diversas formas de abordarse, y tiene varias alternativas para mitigar los efectos negativos que puede desarrollar con el transcurso de la misma.

Antecedentes

Quayhagen y Quayhagen (1989), citado en Gomez et al (2003), hacen un aporte importante a la investigación actual, a partir de un estudio que realizaron para examinar los efectos de la estimulación cognitiva aplicada en el hogar por los cuidadores primarios del paciente con EA. Refieren que, dentro de dicho estudio, se capacitó a la familia para aplicar ejercicios de estimulación cognitiva durante 8 meses al paciente, enfocados en memoria, resolución de problemas, planificación, categorización y conceptualización. Lo que pretendían era mejorar la funcionalidad del paciente, y mejorar su calidad de vida, y a su vez, empoderar a los cuidadores frente a la condición actual del paciente, generando en ellos la capacidad de actuar y de sumar positivamente al paciente, beneficiándose ellos también con satisfacción y compromiso. Dentro de los resultados obtenidos, refieren que se encontraron beneficios tanto para los pacientes, como para la familia, pero que, sin embargo, todavía quedaban aspectos por resolver.

En el artículo *Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva*, de Zamarron, Tárraga, y Fernandez (2008), se ha buscado investigar los cambios en plasticidad cognitiva tras entrenamientos de psicoestimulación en enfermos de Alzheimer en fase leve. Dentro de los resultados más significativos de dicho estudio, se llega a la conclusión de que no hay una mejoría global entre los 26 pacientes evaluados, pero si hay mejoría en algunas funciones cognitivas. Los autores refieren que si se logra evidenciar una mejoría en su capacidad de aprendizaje referente al recuerdo verbal inmediato y diferido. De igual forma, se evidenciaron resultados positivos en el potencial de aprendizaje de fluidez verbal comparado con el grupo de control (Zamarron, Tárraga y Fernandez. 2008).

Para esta técnica, es clave utilizar objetos que logren evocar la identidad del paciente, y de este modo, permitir la reactivación de su pasado. Tal como lo refieren Valerazo et al. (2015), en el artículo sobre la *Influencia de la terapia de reminiscencia en la memoria del adulto mayor en Malacatos*, cuando estos objetos contienen aspectos emocionales y significativos para el paciente, logran conectarlo con sus propias vivencias, activando así, su memoria. Los autores plantean que, a partir de los intentos por generar una evocación de situaciones pasadas del paciente, sea desde su juventud, adolescencia, infancia, entre otros, se puede generar el funcionamiento y la reminiscencia de la memoria remota, y en ese momento, puede surgir información con contenido emocional importante, que logre activar un recuerdo. Refieren que estos recuerdos pueden ser históricos, pero tienen la característica de que son personales y significativos para el sujeto, y puede generarse por medio de sensaciones, olores, objetos, entre otros (Valerazo et al. 2015. pg.60).

Un estudio realizado por Duru y Kapucu (2016), refiere la importancia de incluir los ejercicios basados en la terapia de reminiscencia, en las actividades de rutina de los pacientes con EA. El estudio se realizó en Julio del 2013, hasta diciembre de 2014; Se realizaron sesiones con grupos de 4-5 pacientes, una vez a la semana, en las cuales se aplicaron pruebas como el Mini Mental Test, y el Geriatric Depression Scale, y se encontró que en el grupo control que recibió intervención con terapias de reminiscencia tuvo una mejoría significativa comparada con el otro grupo que solo asistía a las sesiones evaluativas. Se demostró en el estudio que estas terapias mejoraron sus habilidades cognitivas y disminuyeron los síntomas depresivos asociados significativamente. Los autores mencionan que dichas estrategias no solo generan una mejoría notable en los pacientes en sus funciones cognitivas; también impactan de manera positiva los síntomas depresivos que pueden manifestarse, y en la calidad de vida, siempre y cuando, la persona reciba estimulación constante y se sienta acompañado en su proceso.

Intiaz, et al. (2018), mencionan en su estudio sobre la aplicación de la terapia de reminiscencia como posible reductor de síntomas psicológicos y comportamentales en pacientes con EA se consideró exitosa, puesto que, a través de esta, los pacientes lograron acceder a recuerdos de su pasado por medio de la música y fotografías en sesiones apoyadas por amigos y familiares del paciente. Esto permite pensar en la posibilidad de sumar día a día a los pacientes con EA desde el hogar, con técnicas de aplicación simple como las mencionadas previamente, que no requiere mayores inversiones económicas, o disponibilidad de tiempo, o movilizar al paciente de un lugar a otro; solo requiere interés por parte del cuidador de conocer la condición del paciente, su historia y aquellos recuerdos de valor que tratará de evocar en los ejercicios de

reminiscencia, con el objetivo de que el paciente active su memoria, se mantenga conectado a su vida, a su identidad y autonomía el mayor tiempo posible.

Justificación

Respecto a la prevalencia de la demencia a nivel mundial, los autores Sánchez et al. (2010) refieren que los países con mayor número de personas con demencia son China, Unión Europea, Estados Unidos, India, Japón, Rusia e Indonesia. Refieren que se espera un crecimiento mayor en países como Asia, Sur América, y Norteamérica con un 89%, 77% y 63% respectivamente (Sánchez, Nariño y Muñoz. 2010).

En Colombia se ha determinado una prevalencia de la demencia del 1.8% y 3.4% en grupos de pacientes entre 65 y 75 años respectivamente. Respecto a la edad, la prevalencia de los cuadros demenciales corresponde al 1.3% en pacientes mayores de 50 años, y de 3.0% en mayores de 70 años. Entre las regiones de mayor prevalencia se encuentra la región suroccidental, con un 2.2% y la oriental con el 1.9%. En la Clínica de la Memoria de HUSI-PUJ de Bogotá, se han evaluado 2018 pacientes en los últimos 13 años, y el 49% con diagnóstico de EA, con una edad promedio de 71.5 ± 11.4 años (Sánchez, Nariño y Muñoz. 2010).

En la ciudad de Medellín, se realizó un estudio en la unidad de Neuropsicología de la IPS CES Sabaneta durante los años 2008-2010, donde se identificó que el 12.4% de la población que asistía a consulta en la sede, tenía un funcionamiento cognitivo normal, el 54% presentaban deterioro cognitivo leve, y un 14.8% presentaban diagnóstico de demencia (Escobar, et al. 2021).

Según el Boletín de Salud Mental emitido por el Ministerio de Salud, en Colombia, en los años 2009 y 2015, se atendieron 252.577 personas con demencia, de las cuales un 34.29% tenían

un diagnóstico de demencia no especificada, y fue considerada el diagnóstico en segundo lugar de mayor prevalencia. Adicionalmente, refieren que la demencia más común es la EA; una demencia neurodegenerativa que ocasiona pérdida de memoria y otros procesos neuropsicológicos (Escobar, et al. 2021).

Escobar, et al. (2021), refieren que es de gran importancia que tiene la neuropsicología para el abordaje de estas demencias consideradas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), puesto que esta disciplina se encarga de el diagnóstico oportuno, y la implementación de protocolos de rehabilitación de los dominios cognitivos, comportamentales, emocionales y sociales que se ven afectados en el paciente cuando padece estas condiciones neurodegenerativas.

Estas cifras son inferiores respecto a diferentes zonas de Latinoamérica; Perú, 6.7%, Venezuela, 8%, Argentina, 11.3% y Brasil, 5.3%. Según los datos de este estudio epidemiológico, se estima dentro de los cálculos proyectados 2020 y 2040 que la prevalencia en mayores de 60 años sea de 4.1% y 9.1% respectivamente (Sánchez, Nariño y Muñoz. 2010). Según estas cifras, vemos que cada vez hay mayor incremento de la enfermedad de EA, y tal como lo refieren los autores mencionados, se espera que dicho incremento sea mayor en países desarrollados, puesto que dicho desarrollo tiende al aumento poblacional.

Referente a los costos de la EA, las cifras tienden a aumentar cada vez más. Sánchez et al. (2010) hablan de variables directas e indirectas (Gastos de pacientes que requieren manejo a través de instituciones, gastos en medicamentos, gastos para cubrir los servicios de cuidadores, entre otros aspectos que puedan presentarse). Un informe mundial sobre los costos de la EA a

nivel mundial, estima que cubrir el tratamiento de forma global, incluyendo las variables ya mencionadas, pueden costar aproximadamente 215 mil millones de euros al año.

Sánchez et al. (2010) mencionan que otro factor importante tener en cuenta es el nivel de sobrecarga que genera la EA en el entorno familiar, y en los cuidadores primarios. Un estudio realizado en 2003 menciona que el 11.2% corresponde al porcentaje de sobrecarga por el cuidado a pacientes mayores de 60 años. Este porcentaje es mayor que la sobrecarga que genera cuidar pacientes que han sufrido un ACV, alguna condición muscular, enfermedades cardiovasculares o pacientes con cáncer.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente a partir de lo que refieren los autores, el abordaje oportuno de la EA, podría generar múltiples beneficios; respecto al paciente, un diagnóstico a tiempo permitiría una intervención temprana, lo que favorecería su condición puesto que a partir de la integración de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, como la estimulación cognitiva mediante la terapia de reminiscencia, se mitigaría la progresión rápida de los síntomas que van afectando la funcionalidad, autonomía e identidad del paciente; factores que influyen en su calidad de vida.

Esto a su vez, generaría beneficios importantes a nivel familiar, puesto que permitiría un ahorro en la exploración de la condición, pagando diversos profesionales y estudios, y un mejor manejo de la condición del paciente; tendrían herramientas para estimular a su paciente en casa, generando en ellos la sensación de compromiso, dedicación y responsabilidad frente al proceso, y a su vez, lograrían una comprensión mayor respecto a lo que ocurre con el paciente.

Con este programa se busca crear una triada que permita mejores resultados en la intervención de estos pacientes desde el abordaje profesional, el apoyo del cuidador, y la participación activa y adherencia del mismo paciente al programa.

Lo que busca esta intervención es favorecer la calidad de vida del paciente, a través del trabajo en equipo del profesional a cargo, el cuidador primario y el paciente, para un mejor acompañamiento desde todos los ámbitos pertinentes; desde su hogar, para que pueda estar recibiendo estimulación cognitiva constante, y desde las sesiones de consulta con el profesional. De esta forma, la estimulación que reciba el paciente en ambos espacios pretenderá indirectamente, sumar calidad de vida al cuidador, puesto que este tendrá herramientas para conocer la enfermedad, comprender las técnicas, y replicarlas, y así, este logrará aportar directamente a la calidad de vida del paciente con EA.

Objetivos

General

Estimular el proceso cognitivo de memoria de pacientes con EA, mediante técnicas de Reminiscencia aplicadas en casa por el cuidador primario.

Específicos

Favorecer la psicoeducación del cuidador primario del paciente con EA respecto a las características de la demencia, su evolución y posibles tratamientos.

Proporcionar herramientas prácticas al cuidador primario para el fortalecimiento de la memoria de su paciente con EA, mediante actividades en el hogar.

Validar el efecto que tiene la intervención en términos de resultados a nivel cognitivo, específicamente en la memoria del paciente mediante la evaluación inicial y la reevaluación al finalizar el proceso.

Marco Teórico

Qué es la Enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que provoca apoptosis neuronal (Fidel et al. 2007).

El síntoma característico de esta enfermedad es la amnesia episódica anterógrada, donde la persona comienza a olvidar sucesos recientes de forma recurrente. Suele pasar que estos síntomas se atribuyen a condiciones de la edad o vejez, o se confunden con olvidos “típicos” de una etapa del desarrollo vital, o por otros factores asociados; estrés laboral, familiar, entre otras cosas que ocupen la atención del paciente, pero a medida que los síntomas avanzan, el cuadro clínico empeora y los signos del Alzheimer se hacen más visibles. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas (Fidel et al. 2007).

Tal cómo lo mencionan Fidel et al (2007), el Alzheimer tiene varias fases, y estas son progresivas. Mientras más avanza la enfermedad, más signos clínicos aparecen, y más afectada se ve la persona.

En la fase inicial, suele aparecer una sintomatología leve. Esto quiere decir que el paciente todavía es autónomo, pero puede requerir apoyo en tareas más complejas. En la fase

intermedia, el paciente empieza a experimentar síntomas de gravedad moderada, lo que implica que tenga constante asistencia en sus tareas cotidianas. Finalmente, en la fase aguda, el paciente ya tiene un deterioro elevado, donde ya es completamente dependiente de un cuidador y los síntomas ya son severos.

Los síntomas más comunes son; alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas (Fidel et al. 2007). La memoria es el más afectado, y puede llegar al punto de no reconocer a su familia, seres cercanos, y hasta él mismo. A su vez, se le olvidan habilidades que solía dominar, presenta también cambios conductuales, irritabilidad, agresividad. Puede llegar al punto de comprometer su movilidad y el control de esfínteres, dejando al paciente completamente dependiente de su cuidador.

Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es una de las demencias más prevalentes, y, además, presenta síntomas más heterogéneos que otras patologías, según su proceso evolutivo (L. Tárraga y M. Boada. s. f). Para conocer el grado de deterioro que presenta el paciente con Alzheimer, se usa la escala clínica Global Deterioration Scale (GDS).

Tabla 1

Escala clínica Global Deterioration Scale (GDS).

GDS	Síntomas y Signos
GDS 1 Sin deterioro cognitivo/Normalidad	No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria. No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica.
GDS 2 Deterioro cognitivo muy leve/Olvido benigno senil	Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas: a) Olvidos del lugar donde ha dejado objetos familiares. b) Olvido de nombres familiares. • No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica. • No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales. • Actitud apropiada respecto a su sintomatología.
GDS 3 Deterioro cognitivo leve/Compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente	• Primeros déficits claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas: a) Se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos. b) Se evidencia su bajo rendimiento laboral. c) Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres. d) Retiene relativamente poco material cuando lee un párrafo de un libro. e) Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.

f) Pierde o extravía objetos de valor.

g) En la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.

- Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva.
- Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social.
- Empieza a negar los déficit.
- Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.

Nota: si sólo se demuestra alteración de memoria: alteración amnésica atribuida a la edad (AMAE). Si presenta otras funciones alteradas pero estables: deterioro cognitivo atribuido a la edad (DECAE). Si los déficits son progresivos: demencia inicial.

GDS 4

Deterioro cognitivo

moderado/Demencia

leve

- Déficit evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica.

Los déficits son manifiestos en las siguientes áreas:

- a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.
- b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.

c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.

d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc.

- No suele haber déficit en las siguientes áreas:

a) Orientación en tiempo y persona.

b) Reconocimiento de personas y caras familiares.

c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.

- Incapacidad para realizar tareas complejas.

- La negación es el principal mecanismo de defensa.

- La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.

GDS 5

Deterioro cognitivo

moderadamente

grave/Demencia

moderada

- El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.

- El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años, los nombres de parientes cercanos (p. ej., sus nietos), de su escuela, colegio, instituto o universidad en que se graduó.

- A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación...) o de lugar.

- Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.
 - Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás.
 - Invariablemente saben su propio nombre y el de su esposa e hijos.
 - No requiere ayuda para el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en elegir qué ropa ponerse.
- GDS 6
- Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave
- Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo.
 - No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.
 - Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.
 - Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.
 - Tiene dificultad en contar de 10 hacia atrás y, a veces, hacia delante.
 - Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos.
 - Frecuente alteración del ritmo diurno.

- Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.
- Casi siempre recuerda su propio nombre.
- Aparecen cambios emocionales y de personalidad. Éstos son bastante variables e incluyen:
 - a) Conductas delirantes, como, por ejemplo, los pacientes acusan a su esposo/a de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno, o con su propio reflejo en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos, como, por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta que no existía hasta entonces.
 - d) Abulia cognitiva, como, por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.

GDS 7

Deterioro cognitivo

muy severo/Demencia

grave

- En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje, sólo gruñidos.
 - Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.
 - A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo, la capacidad para andar.
-

- El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Fuente: Reisberg B y cols. (1982). Modificada por Tárraga L. (1999).

Tabla 2

Correlación clínica concordante con el Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)

Nivel	Concentración	Memoria de fijación	Memoria de evocación	Orientación
1	No se evidencian déficit subjetivos ni objetivos.	No se evidencian déficit subjetivos ni objetivos.	No se evidencian déficit subjetivos ni objetivos.	No existe déficit de memoria temporoespacial y auto y alopsíquica.
2	Defectos subjetivos, se distrae con facilidad.	Se evidencia un deterioro subjetivo.	Solo existe un deterioro subjetivo (ej. Recuerda 2 o más nombres de sus maestros de infancia.	Existe solo un empeoramiento subjetivo (sabe aproximadamente la hora actual, la situación, entre otros).

3	Pequeños defectos. (ej. En series de 7 a partir de 100).	Defecto para recordar detalles específicos. No hay déficit para recordar lo importante de hechos recientes.	Aparecen algunos lapsus en relación con detalles (ej. Recuerda un maestro y/o nombre de un amigo de infancia).	Confusión en dos o más horas, en uno o más días, respecto al momento actual y en tres o más días en relación con el día del mes.
4	Déficit moderado (ej. Marcada dificultad en las series de 7; frecuente en las series de 4, a partir de 40).	No puede recordar hechos importantes ocurridos en la semana o fin de semana anterior (pobreza en detalles).	Déficits claros. Existen también confusiones en la localización cronológica de sucesos pasados (ej. No recuerda el nombre del profesor, pero si la escuela).	Confusión de 10 o más días, y de uno o más meses con respecto a la fecha actual.
5	Marcadas deficiencias (ej. Dificultad diciendo los	Inseguridad en la orientación temporoespacial.	Incapacidad para recordar sucesos importantes de su pasado (ej. No	Duda del mes, año o estación actual, y duda sobre el lugar

	meses hacía atrás o series de 2 desde 20).		sabe a qué escuela asistió).	donde se encuentra.
6	Olvida la consigna (ej. Cuenta de 1 a 10 cuando se le indica que lo haga al revés).	Ocasionalmente recuerdo algunos hechos recientes. Desorientación temporoespacial absoluta o grave.	Quedan algunos restos de recuerdos (ej. País de origen, en qué trabajaba, nombre de sus padres).	Desconoce la fecha, identifica a su pareja pero no recuerda su nombre, aunque sí recuerda su propio nombre.
7	Marcada dificultad al contar de 1 en 1 hasta 10.	Desconocimiento de hechos recientes.	Pérdida total.	No puede reconocer a su pareja y puede dudar de su propio nombre.

Fuente: Reisberg B y cols. (1983). Modificada por Tárraga L (1999).

Modelo involutivo en la Enfermedad de Alzheimer

Los autores Tárraga y Boada (s.f), refieren el modelo involutivo de la EA, como una forma de involución del desarrollo intelectual, como lo refieren algunos autores como Piaget, Ajuriaguerra y Reisberg. Dichos autores refieren que el proceso de involución iría desde el adulto consciente, controlado, con habilidades cognitivas y diversas destrezas de desempeño

óptimo, hasta convertirse en un feto, con reflejos básicos, desconectados y arcaicos. Es decir, es como si el desarrollo pudiera llegar hasta un punto máximo, y posterior a eso, comenzar a devolverse en sus fases de desarrollo hasta regresar al punto de partida, que, en este caso, cerraría con la muerte.

Piaget, citado en (L. Tárraga y M. Boada. s.f), habla sobre las diferentes etapas de la ontogénesis conductual. Estas etapas ocurren de forma progresiva, hasta alcanzar el desarrollo de la inteligencia del niño, y de igual forma en la involución, sucede la desintegración de las funciones cognitivas superiores. Según Tárraga y Boada (s.f), En la EA se presenta así:

Tabla 3

Etapas de la ontogénesis conductual

Etapas	Características
Período de desintegración de las operaciones formales.	En esta etapa el sujeto pierde la capacidad para el pensamiento maduro, adulto. No puede tratar con el caso general con lo hipotético, no puede inducir ni ir más allá de la información dada. Pierde las estructuras simbólicas.
	Este período corresponde al estadio 3 y primera mitad del 4, según la Global Deterioration Scale (GDS) y la Functional Assessment Staging (FAST) de Reisberg y col.
Período de desintegración de las operaciones concretas.	El pensamiento representativo de la conceptualización y dimensionamiento del mundo real se va perdiendo paulatinamente y se simplifica. La pérdida de las operaciones concretas es seguida por la pérdida paulatina de los procesos preoperatorios. Es en este período cuando se van manifestando

las cuatro A: Amnesia, Afasia, Apraxia y Agnosia. Va desde la segunda mitad del estadio 4, todo el estadio 5 y casi la totalidad del 6.

Período de desintegración de la inteligencia sensoriomotora.	Perdidas totalmente las operaciones concretas, el sujeto entra en la fase de la inteligencia sensoriomotora. Afectividad, ritmo y capacidad de imitación son valores residuales de esta fase hasta que la desintegración de la inteligencia sensoriomotora lo sumerge en una fase cuasi vegetativa, fetal. Va desde el estadio 6 hasta el 7.
--	--

Los pacientes con EA padecen una desintegración secuencial de todos sus dominios cognitivos, los cuales fueron desarrollando a lo largo de su vida mediante vivencias, experiencias y aprendizajes (L. Tárraga y M. Boada. s.f).

Tener las clasificaciones de deterioro cognitivo mencionadas anteriormente es fundamental, puesto que nos permite identificar en qué fase se encuentra el paciente con EA, y así, poder saber si el paciente es apto para el programa de estimulación en casa mediante técnicas de reminiscencia, o si ya el deterioro es tan grave, que no podría participar puesto que podría tener un efecto contraproducente al que se pretende lograr. La intención es que el paciente se sienta conectado a sí mismo, y a su entorno más cercano, y logre conservarse lo más autónomo posible, pero si este paciente se encuentra en una fase avanzada de la demencia, no se avanzará en las metas planteadas, y se podría generar frustración, agobio, angustia y demás emociones que afectarían la calidad de vida del paciente, y su familia o cuidadores.

Tratamientos farmacológicos

Se han realizado múltiples investigaciones para encontrar la cura a la EA, sin embargo, aún no se tiene un tratamiento definitivo para esta patología. Aun así, Serrano (2010) refiere que existe el tratamiento farmacológico, y lo que se busca es que estos medicamentos interfieran en el depósito de productos proteicos (amiloide, degeneraciones neurofibrilares), el estrés oxidativo, la inflamación, y otros. A su vez, el tratamiento farmacológico busca tratar los factores de riesgo que se asocian con la EA, dentro de estos, la pérdida cognitiva en general (Serrano, 2010).

En la EA, ocurre una lesión en el núcleo de Meynert, que se relaciona con el sistema colinérgico de proyección cortical, el cual influye en la memoria, y en las demás capacidades cognitivas. Esta lesión provoca una degeneración que hace que la acetilcolina disminuya, y se afecte la sinapsis cortical, generando fallos en la neurotransmisión colinérgica (Serrano, 2010). El autor refiere ensayos clínicos realizados con IACE, en los que han demostrado beneficios relevantes en el abordaje de la enfermedad; los más destacados son Donepezilo y la Rivastigmina.

El Donepezilo tiende a tener buena tolerancia. Impide que se presenten cambios en la inhibición de la acetilcolinesterasa periférica, y en dosis de 5 y 10 mg al día, se logran beneficios importantes; se encontró mejoría en la conducta general del paciente, la funcionalidad y algunas funciones cognitivas. Se considera una buena opción puesto que no tiende a tener efectos negativos de gran impacto, y en caso de que se llegara a necesitar, se puede retirar sin que aparezcan síntomas de privación. El autor refiere que este medicamento fue efectivo en fases iniciales y en la progresión de moderada a severa de la EA (Serrano, 2010).

La Rivastigmina busca la inhibición de la acetilcolinesterasa y tiene acción sobre la cognición. Según Serrano (2010), cuando el medicamento tiene una dosis de 6 a 12 mg por día,

logra una mejoría en la capacidad funcional del paciente, disminuye la velocidad de la pérdida cognitiva y potencia significativamente la memoria. Cuando este medicamento se usa con dosis más elevadas, logra beneficiar al paciente globalmente, puesto que conserva en gran parte, su funcionalidad para actividades básicas cotidianas.

En general, se evidenció que los IACE se consideran buenas alternativas para el tratamiento de la EA, pero siempre se deben valorar 3 pilares fundamentales para determinar su eficiencia; I) nivel cognitivo (valorar si el paciente sigue una conversación, logra comprender instrucciones, logra usar elementos tecnológicos, recuerda nombres de familiares cercanos, recuerda cosas que realizó en la semana anterior, entre otros), II) nivel funcional (logra utilizar dinero, preparaciones de comida básicas, se baña y se viste de manera independiente, logra hacer algunas tareas del hogar), III) nivel conductual (esta menos irritable, se integra a las actividades, verificar si aparecen síntomas psicóticos, verificar si hay fluctuaciones en el nivel de consciencia). Estos pilares permiten generar un rastro para identificar qué áreas se potencian, y cuales siguen presentando dificultades o alteraciones más severas (Serrano, 2010).

Tratamientos no farmacológicos

Los tratamientos no farmacológicos son de gran importancia para el abordaje de la EA, puesto que esta enfermedad, no solo presenta alteraciones en la parte cognitiva del paciente; también influye en aspectos conductuales y del estado de ánimo que influyen directamente en la calidad de vida de la persona (Mestre, 2010).

Mestre (2010) menciona que estos tratamientos no farmacológicos tienen como objetivo general, favorecer la calidad de vida del paciente mediante el retraso del deterioro cognitivo a

partir de la estimulación constante, mejorar el estado funcional de la persona a través de actividades cotidianas del hogar, y mejorar los síntomas cognitivos y emocionales a partir de estrategias de motivación que busquen conservar la autonomía e identidad del paciente.

Los modelos psicosociales se conocen como intervención blanda, o terapia blanda, y su enfoque es intervenir en los aspectos biopsicosociales de los pacientes con EA. Estos modelos pretenden retomar los aspectos que no pertenecen al ámbito netamente sanitario de la enfermedad, sino aquellos que hacen parte de las consecuencias psicosociales que viven estos pacientes en el transcurso de la patología. La *American Psychiatric Association*, citada en (Mestre, 2010), refieren que hay diferentes tipos de intervenciones psicosociales; terapia de enfoque emocional, terapia de enfoque conductual, terapias de aproximación cognitiva, terapias de estimulación y terapias orientadas a cuidadores.

Las terapias de enfoque emocional tienen como objetivo fortalecer el estado de ánimo del paciente. En pacientes con EA, una de las más efectivas es la terapia de reminiscencia, la cual pretende estimular la memoria y el estado de ánimo del paciente, a partir de sus recuerdos, de su propia historia. Esto ha generado en el paciente beneficios importantes en la memoria, conducta y cognición (Mestre, 2010).

Las terapias de enfoque conductual tienen como objetivo intervenir directamente en la conducta problemática que presente el paciente, mediante la identificación de las causas que generan las dificultades comportamentales. El objetivo es intervenir el entorno del paciente, reduciendo las “conductas problema” que afectan el día a día del paciente, y el manejo de este por parte de los cuidadores. Son muy efectivas para reestructuración conductual en general (Mestre, 2010).

Mestre (2010) refiere que las terapias de aproximación cognitiva son importantes puesto que aportan mejoría en dominios cognitivos que se ven afectas en los pacientes con EA, y se complementan con las terapias de estimulación, las cuales influyen en la mejoría a nivel cognitivo, funcional y estado de ánimo del paciente, mediante estrategias lúdicas, artísticas, o recreativas (arteterapia, musicoterapia, danzoterapia, entre otras).

Finalmente, Mestre (2010), hace referencia sobre la importancia de incluir a los cuidadores primarios de los pacientes con EA en terapias orientadas para ellos, puesto que hacen parte de las cotidianidades de sus pacientes, y necesitan herramientas para un mejor abordaje. Lo que presenten estas terapias es lograr que el cuidador conozca más sobre la patología que asiste, en este caso, la EA, y a su vez, logre optimizar su intervención con el paciente disminuyendo la sobrecarga, y mejorando la calidad de vida de ambos.

Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva pretende ejercitar y mantener las habilidades mentales del paciente en el mejor estado posible, a nivel global; atención, memoria, lenguaje, gnosias, praxias, funciones ejecutivas (Gómez, Estévez y García. 2003).

Gomez et al (2003), refieren que cuando se usa la estimulación cognitiva como herramienta, no solo se interviene en las funciones mentales de los pacientes en las que presentan dificultades o alteraciones, sino también, en aquellas que se encuentran conservadas. Esto se debe a que el objetivo central de la estimulación cognitiva es mantener y aminorar la progresión de los déficits presentados por el paciente. A su vez, los autores mencionan la relevancia que tiene tener en cuenta el estado actual de la patología, puesto que a partir de ahí se asignarían los

ejercicios a desempeñar. En ese sentido, las tareas aplicadas se ajustan al grado de deterioro del paciente para que las pueda ejecutar.

Por lo general, los programas de estimulación cognitiva se centran en el entrenamiento de la memoria, lo que favorece a los pacientes que presentan alteraciones mnésicas, o demencias como la Enfermedad de Alzheimer en fases leves o moderadas. Sin embargo, los autores refieren que estos programas deberían trabajar sobre las diferentes funciones mentales de forma global Gomez et al (2003).

En pacientes con EA se ha evidenciado que cuando se realiza estimulación cognitiva, estos se benefician de las claves que brinda el examinador. Cuando estos pacientes están en etapa avanzada y el deterioro cognitivo es mayor, se evidencia beneficio solo en claves motoras Gomez et al (2003). Esto es relevante puesto que plantea dos posibilidades; en fases iniciales, se pueden utilizar claves de cualquier tipo para favorecer estimulación de las funciones mentales que se han ido alterando en el transcurso de la enfermedad, pero, por otro lado, plantea la posibilidad de intervenir aquellos pacientes donde su condición ya es más severa o avanzada, no tanto a partir de claves semánticas, sino motoras ya que la codificación motora está más preservada en pacientes con EA.

La estimulación cognitiva favorece la calidad de vida, tanto del paciente, como de sus familiares o cuidadores primarios, pero no se logra una mejoría global, sino un mantenimiento o un debilitamiento del curso de la enfermedad. Esto es valioso, puesto que, si bien no hay una cura, durante el tiempo en que el paciente logre estar en constante estimulación, preservará dentro de lo posible, sus funciones mentales, permitiéndole así, conservar cierta autonomía.

Neuroplasticidad

Cuando relacionamos el concepto de rehabilitación, con la enfermedad de Alzheimer, aparecen muchas inquietudes; ¿Tiene tratamiento?, ¿Tiene cura definitiva?, ¿Qué se puede hacer en estos casos?, entre muchas otras preguntas que surgen a partir de que la persona, o el cuidador comienza a notar síntomas significativos, y finalmente, aparece el diagnóstico de la enfermedad.

En estudios realizados en pacientes con EA, intervenidos con estimulación cognitiva se ha demostrado la utilidad y posibilidades para intervenir la enfermedad desde un ámbito clínico, a quienes tienen este diagnóstico. Si bien no hablan de una cura, se habla de una estimulación cognitiva que favorezca la mejoría en ciertas habilidades cognitivas previamente afectadas en el paciente, sumando así, a su calidad de vida (Zamarron, Tárraga y Fernandez. 2008). Esto nos permite considerar que si bien, los pacientes no logran resolver todas sus alteraciones cognitivas de manera general, si logran mejorar su capacidad de aprendizaje y a su vez puesto que logran reaprender conceptos previos.

Esto brinda una luz para pensar en estrategias de intervención, enfocadas en la estimulación cognitiva y no en la rehabilitación total de la enfermedad de Alzheimer. Los autores refieren que, gracias al entrenamiento cognitivo, se puede generar en los pacientes la habilidad de reaprender, lo que va a favorecer notablemente su calidad de vida y la de sus cuidadores, puesto que, en ese sentido, se podrá conservar cierta parte de su autonomía.

Hasta ahora, no hay una cura oficial para el Alzheimer, pero si se han hecho múltiples estudios donde se ha demostrado mejoría en los pacientes que padecen enfermedad de Alzheimer, en fases iniciales o intermedias, a través de ejercicios de estimulación cognitiva, favoreciendo la calidad de vida del paciente, y generando un retraso positivo frente al avance de

síntomas. Para comenzar a hablar sobre esto, es importante primero dejar claro el concepto de *Neuroplasticidad y Neurorehabilitación*.

La *Neuroplasticidad* es la potencialidad del sistema nervioso de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a la información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño (Garcés, Suárez. 2014), es decir, que, gracias a este proceso, las conexiones neuronales pueden reorganizarse para favorecer la adaptación, o el aprendizaje de nuevas habilidades.

El concepto de *neuroplasticidad* es clave para pensar en la posibilidad de intervenir las redes neuronales en las que se han presentado daños o lesiones, y así, favorecer la adaptación de nuestro cerebro, a nuevas funciones. Este concepto abre paso al concepto de *Neurorehabilitación*.

En el artículo *Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos* de Garcés, M. y Suárez, J. (2014), refieren que la neuroplasticidad permite la elaboración de nuevos circuitos inducidos por el aprendizaje y mantenimiento de las redes neuronales, tanto en el adulto como en el anciano de manera natural.

Sin embargo, es de gran importancia que posterior a lesiones periféricas o centrales del sistema nervioso, el paciente comience con un proceso de rehabilitación neuronal, donde se pueda llevar a cabo una remodelación o un cambio que busque la pronta recuperación clínica parcial o completa. Esto dependerá en gran parte de la plasticidad cerebral del paciente.

Según Garcés y Suárez (2014), la plasticidad del sistema nervioso central incluye la neuro-génesis, la apoptosis, los brotes dendríticos y axónicos, la potenciación a largo término de la transmisión sináptica, entre otros aspectos bioquímicos del organismo. Eso quiere decir que, si

bien la plasticidad es un recurso natural del ser humano, dependerá del correcto funcionamiento del sistema nervioso y en gran parte, de aspectos biológicos que permitan los recursos adaptativos a nivel cerebral.

Modelo de Squire de la memoria

El modelo de Squire (2004) habla de la memoria a largo plazo, dividida en dos componentes importantes; la memoria declarativa y la no declarativa. La no declarativa, se puede subdividir en la memoria implícita, la cual, se asocia con las habilidades y hábitos, el aprendizaje perceptivo, las respuestas emocionales o reflejas y el aprendizaje asociativo. Sin embargo, la memoria declarativa que es el enfoque de esta propuesta de intervención es la memoria episódica, la cual, se compone por hechos, eventos, y recuerdos asociados a la historia de la persona y sus vivencias o experiencias.

Es necesario hablar sobre la forma como opera la memoria humana para poder generar un almacenamiento de la información, y luego poder hacer uso de esta. Para ello se toma como referencia el Sistema de Procesamiento General Abstracto (GAPS), fue planteado por Tulving (1972), el cual define como sistema puesto que tiene componentes que interactúan entre sí para su adecuado funcionamiento. Es un procesamiento puesto que tiene un orden en relación con una estructura de funcionamiento, y tiene naturaleza abstracta puesto que el acto de recordar puede surgir desde un hecho percibido por el sujeto, que podría llevarlo a una experiencia de recuerdo (Tulving, 1972).

El GAPS propuesto por Tulving (1972) refiere un tipo de información específica; la memoria episódica tiene información episódica, es decir, datos autobiográficos, hechos

personales, vivencias, experiencias, y esta información episódica puede dividirse en central o contextual, la central se enfoca más en el sujeto, y la contextual puede ser espacial y temporal. Este será el enfoque de la intervención del protocolo en casa.

Sin embargo, este modelo también reconoce la memoria semántica como acontextual y no biográfica, que abarca conocimientos, hechos o sucesos más genéricos, y a su vez, reconoce la información que se codifica como declarativa (episódica o semántica) o procedimental (habilidades perceptivas, motoras, cognitivas) como tipos de procesamiento de la información diferente, pero complementarios (Tulving, 1983).

Para comprender entonces cual es el proceso que realiza la información que percibimos, para que esta posteriormente pueda ser utilizada, se plantea el modelo de codificación, almacenamiento y reconocimiento o evocación de Tulving (1983).

Codificación

Es el proceso en el que se forman huellas de memoria a partir de la información central y contextual. Puede ser episódica o semántica, y dependerá en las operaciones para codificar lo que se percibe, para poder almacenar. A esto se le llama el principio de codificación específica propuesto por Tulving y Thomson (1973).

Almacenamiento

Esta fase hace referencia a lo que ocurre con la información previamente codificada y si será posible o no, recuperar esa información posteriormente. En este proceso hay recodificaciones que le dan un sentido o un significado a esa información que será almacenada para poder acceder a ella con mayor facilidad (Manzanero, A. 2006).

Para Tulving (1983), el proceso de recodificación es indispensable en el almacenamiento de la información y para que esto ocurra, es necesario que la información nueva tenga alguna relación o similitud con la previamente representada. En ese sentido, se plantean dos formas de acceso de la información; la relacionada y la no relacionada. En la primera, cuando una información se repite, puede generar una huella de memoria o una fijación, y un efecto de familiaridad. En la segunda, puede haber interferencias, generando dificultades frente al acceso a la información y a la evocación, o puede haber una integración de la información nueva y antigua, generando un nuevo aprendizaje y un efecto de almacenamiento en anclaje (Manzanero, A. 2006).

Evocación

Para que este proceso ocurra, hay unas condiciones previas necesarias que se logran mediante tareas o procesos que intervienen en la recuperación de la información (Manzanero, A. 2006). Tulving y Thomson (1973) refieren que según el principio de codificación específica “solo se puede recuperar la información que previamente fue almacenada, y la forma de recuperarla dependerá de la forma cómo se almacenó”, es decir, que esta manera como guardamos información que es relevante para nosotros en nuestra memoria, necesita unas claves o pistas para poder acceder a dicha información posteriormente. Tulving (1983) refiere que hay tres tipos de tareas que permiten la evocación de la información; reconocimiento, recuerdo libre y recuerdo con indicios.

En el reconocimiento, se presenta información previamente estudiada, y la persona deberá validar si la información si estaba o no, dentro del material previo disponible. En el recuerdo libre, no se proporciona un indicio o clave, y la persona debe acceder por sí misma a la

información que desea utilizar, y en el recuerdo con indicios, se le brindan claves contextuales o conceptuales de la información a la que se desea acceder para facilitar su evocación (Tulving, 1983).

Para pensar en la rehabilitación de la memoria, es importante comprender que existen unas etapas para que la memoria se lleve a cabo, donde inicialmente se codifica o se registra una información, luego se almacena por un periodo de tiempo, y posteriormente se evoca esa huella de memoria.

Esto es importante tenerlo presente porque a partir de las etapas de memoria en las que se desee intervenir, se pueden plantear las diferentes técnicas de rehabilitación, las cuales Tate (1997) clasifica como; restauración, reorganización o compensación conductual.

Las técnicas de restauración incluyen aprendizaje, repetición y práctica, y a pesar de que tienen un alcance limitado, influyen en las actividades importantes de la vida diaria del paciente (Tate, 1997; Carlesimo, 1999). La reorganización tiene como objetivo sustituir la habilidad alterada por una menos afectada, y así poder compensar o mejorar los problemas de memoria (Tate, 1997). Las técnicas de compensación conductual se categorizan en ambientales personales, las cuales incluyen objetos cercanos a la persona; las ambientales próximas que refieren a apoyos externos para recordar algo como libretas, calendarios, agendas, entre otros; las ambientales distantes que se relacionan con cambios en el hogar como etiquetar, usar colores llamativos, mover las cosas de lugar, entre otros (Wilson, 1995).

Es de gran importancia mencionar la relevancia que tiene el proceso cognitivo de la atención respecto a la memoria, puesto que la atención podría asumirse como la llave que abre la puerta o que permite el reconocimiento o identificación de una información que podría ser

almacenada. Por eso, este trabajo toma en cuenta el modelo atencional de Sohlberg y Mateer (1987-1989) y se enfocará en los niveles atencionales focal, sostenida y selectiva para plantear la propuesta de intervención en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Modelo Clínico de la Atención de Sohlberg y Mateer

El modelo clínico de la atención de Sohlberg y Mateer (1987 – 1989), Habla sobre los 5 niveles atencionales; focal, sostenida, selectiva, alternante y dividida. La atención focal la definen como la capacidad para enfocarse en un estímulo visual, auditivo o táctil, sin que exista un límite de tiempo en esa focalización. La atención sostenida es la capacidad de mantener la atención hacia el estímulo por un tiempo prolongado y tiene dos componentes importantes; la vigilancia que es cuando la tarea requiere detección y concentración, y el control mental, que hace referencia al uso de la información y al mantenimiento de esta. La atención selectiva es la capacidad para escoger entre varias posibilidades, aquello que es relevante, inhibiendo la información o estímulos adicionales. La alternante es la capacidad para cambiar el foco atencional entre diferentes tareas que usen recursos cognitivos diferentes. Finalmente, la atención dividida es la capacidad de atender dos estímulos al mismo tiempo.

El proceso atencional es fundamental, y en el envejecimiento es uno de los primeros que se afectan por curso natural. Las personas mayores necesitan mayor esfuerzo para focalizar su atención en los diferentes estímulos del día a día, generando inconvenientes a la hora de reconocer información, y posteriormente aprender o consolidar (Villalba, S. y Espert, R. 2014).

Según Kandel (2011) citado en Jáuregui y Razumiejczyk (2011), el proceso de aprendizaje consiste en registrar información nueva, mientras que la memoria es la capacidad de acceder a esa información previamente registrada. En ese sentido, si no hay atención, se afectaría

directamente la memoria, al menos en el proceso de registrar o codificar información nueva, para posteriormente almacenarla y evocarla.

En ese sentido, incluir espacios de estimulación cognitiva centrados en el proceso atencional, con pacientes con EA, es fundamental para poder favorecer que aprendan información nueva, y que discriminen o filtren esa información relevante para que esta pueda ser procesada.

Influencia de la Terapia de Reminiscencia en la Memoria del Adulto Mayor

La terapia de reminiscencia hace parte de los programas de estimulación cognitiva en EA y toma en cuenta los conceptos de neuroplasticidad en el adulto con condiciones patológicas de tipo neurodegenerativo (González, 2015).

Hasta ahora, no hay ningún tratamiento que cure la Enfermedad de Alzheimer, por lo tanto, cuando se habla de generar algún tipo de mejoría a los pacientes que padecen esta enfermedad, se enfatiza que no es una cura definitiva que acabe con el Alzheimer o detenga su progresión, o rehabilite las funciones que el paciente pierde en el transcurso de la enfermedad, sino que lo que se busca en la intervención es la estimulación cognitiva del paciente que le permita tener una mayor calidad de vida.

Existen múltiples estrategias que buscan la estimulación cognitiva efectiva en los pacientes con Alzheimer, y una de ellas es la terapia mediante técnicas de reminiscencia. Esta técnica se centra en potencializar la memoria del paciente a partir de estímulos pasados que le permiten acceder a la recuperación de recuerdos propios, logrando que se vincule con el presente, que mejore sus habilidades de comunicación, que se sienta mejor con sí mismo, y que potencie su memoria (Valerazo, Sanchez y Vega .2015. pg.60). Esto quiere decir que, a través de

esos sucesos del pasado de la propia vivencia del paciente, este no solo logrará estimular su memoria, sino que se mantendrá conectado con su propia identidad y conservará cierta autonomía.

Según Valerazo et al. (2015), la terapia de reminiscencia es una técnica que se centra en estimular principalmente la memoria episódica del adulto mayor, pero a su vez, incluye otros procesos cognitivos; la memoria semántica y gnosis, el lenguaje en la comprensión y expresión, la atención en la capacidad de focalizarse en la tarea a ejecutar y la orientación del paciente en tiempo, persona y espacio. Sin embargo, es importante mencionar que esta técnica no es viable en cualquier nivel de la demencia; el autor plantea que este tipo de terapias pueden ser efectivas desde que se aplique en pacientes con demencia leve y moderada (Valerazo et al. 2015. pg.60).

Como se mencionó anteriormente, el objetivo no es curativo. Los autores Valerazo et al (2015), refieren que el objetivo es favorecer la relación pasado-presente del paciente mediante ejercicios de introspección y pensamiento, para así, activar la memoria. Algunos recursos utilizados para este fin son fotografías, música, grabaciones, periódicos o reseñas pasadas, objetos del hogar como ropa, o cuadros, o algún objeto que tenga valor emocional para el paciente, conversaciones informales, entre otros, que logren evocar en el paciente una situación, una vivencia, y así, el recuerdo aparezca y logre conservar su identidad.

Laborda (2002) citado en (Valerazo, A. et al. 2015. pg.62) menciona que esta técnica de reminiscencia puede ser efectiva, puesto que incluye estimulación, comunicación, socialización y entretenimiento. En ese sentido, se puede considerar que dichos aspectos favorecen el estado de ánimo del paciente, la motivación, y a su vez, aportan a su calidad de vida.

Es de gran beneficio para los pacientes con Alzheimer en fases iniciales, puesto que los vincula contantemente con el pasado y el presente, permitiéndoles encontrar una articulación con sentido de lo que perciben diariamente respecto a su vida. Valerazo et al (2015), refieren que es una técnica que favorece la aceptación y asimilación de información significativa y con gran contenido emocional para el paciente. En ese sentido, les permite que logren aceptar eventos dolorosos, aprendizajes del pasado, recuerdos que los conecten a su entorno familiar, a su entorno social, y a su vez, a ellos mismos.

Sin embargo, es de gran importancia introducir el concepto de *hipermnesia*, el cual se diferencia de la *reminiscencia*.

Como lo menciona Cuevas, L. (2010), en su artículo de *Hipermnesia y reminiscencia: dos fenómenos de recuperación incremental de información de la memoria*, la *hipermnesia* se define como el aumento progresivo en la recuperación de información de la memoria a partir de varios ensayos de recuerdo, es decir, mediante la repetición, y a su vez, mediante una sola fase de aprendizaje. Por otro lado, la *reminiscencia* se define por la recuperación de información de la memoria, de forma individual, pero esto se logra sin ensayos previos de recuerdo, es decir, la recuperación de la información a partir de la evocación de un recuerdo, debido a un proceso de asociación anterior.

En ese sentido, la intención es crear estrategias de reminiscencia para que el cuidador de pacientes con Alzheimer pueda aplicar constantemente en el hogar, para favorecer la activación de su memoria, no por repetir y aprender sin un sentido, sino, a través de la asociación de objetos, olores o sensaciones con vivencias pasadas, y actuales. Que el paciente logre recordar, no porque se le repita, sino porque el estímulo lo lleve a ese momento, y pueda evocar.

Modulación de la Memoria Emocional a través de la Música

Otra de las estrategias clave para la consolidación de la memoria, es a través de la música. Los autores Justel, O Connor y Rubinstein (2015), en el estudio que realizaron de la Modulación de la memoria emocional a través de la música en adultos mayores, refieren que hay eventos emocionales que fortalecen o deterioran los recuerdos, y que la exposición a la música puede modular la memoria, bien sea para aumentar su capacidad o disminuirla. En ese sentido, refieren que la música logra modular el proceso de consolidación de la memoria a partir del contenido emocional, lo que la hace una herramienta útil para la estimulación de la memoria en pacientes con dificultades mnésicas.

Memoria Emocional en Edultos Mayores: Evaluación del Recuerdo de Estímulos Negativos

Los autores Justel y Ruetti (2014), en su estudio *Memoria emocional en adultos mayores: Evaluación del recuerdo de estímulos negativos*, plantean la relevancia de estos estímulos a la hora de recordar y evocar algún suceso. Refieren que existen múltiples investigaciones que indican que la información con contenido emocional, suelen tener mayor acceso en el recuerdo, que los que contienen información neutra. Esto quiere decir que, si logramos que los recuerdos se asocien a alguna emoción previamente experimentada, y logramos recrear esa emoción con las técnicas de reminiscencia, podemos facilitar en gran medida que el paciente acceda a ese recuerdo y logre evocarlo.

En ese sentido, es de gran importancia enfocar este programa de estimulación cognitiva mediante técnicas de reminiscencia, al contenido emocional de las vivencias de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, y para ello, se le deben brindar herramientas al cuidador, para que logre comprender el sentido de cada ejercicio, y logre realizar las tareas de forma adecuada,

favoreciendo que el paciente en cada sesión conserve parte de su identidad, y se mantenga conectado a él, y al entorno.

Sobrecarga en Cuidadores de Pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, representan una gran responsabilidad para sus cuidadores puesto que, en el transcurso de la enfermedad, estos pacientes comienzan a ser, cada vez más dependientes en sus actividades cotidianas y van perdiendo la autonomía. En ese sentido, es el cuidador primario quien se dedica a brindar la mayor calidad de vida posible a su paciente (Cerquera, Granados, Buitrago. 2012).

En el estudio de Cerquera et al (2012) *Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer*, se evidenció que el 17.3% de las personas que se evaluaron, presentaron sobrecarga leve, y otro 17.3% de personas presentaron sobrecarga intensa, frente a un 65.4% que no presentaron sobrecarga. Si bien no es la mayoría quien presenta sobrecarga, si se denota que existe un porcentaje de cuidadores que si perciben el agotamiento y el malestar significativo a la hora de intervenir en labores de cuidado de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Cerquera et al (2012) menciona que la dependencia es a doble vía; el enfermo depende del cuidador, pero el cuidador, de cierta forma, también desarrolla cierta dependencia a las tareas que su paciente necesita, y en ese sentido, debe realizar grandes cambios en su vida respecto a espacio personal, tiempo de descanso, hobbies, espacio social, y hasta cambios en su proyecto de vida. Es como si el cuidador tuviera que realizar una pausa en su cotidianidad, para dedicarse al paciente y sus necesidades diarias.

En el estudio mencionado anteriormente, surgen múltiples variables; relación del cuidador con el paciente, edad del cuidador, estado de la enfermedad en el paciente, situación económica actual del cuidador, asesoramiento médico, entre otras, y lo que lograron demostrar los autores es que los niveles de sobrecarga del cuidador, se relacionan directamente con el estado de la enfermedad y la situación socioeconómica del paciente Cerquera et al (2012). Esto quiere decir que una de las razones fundamentales de la sobrecarga se debe al nivel de deterioro del paciente a raíz de la enfermedad puesto que esto determinaría el grado de dependencia del paciente al cuidador, y a su vez, su situación económica influye en el nivel de sobrecarga puesto que esto determina el acceso a los recursos que se pueden tener para enfrentar la situación.

Otra variable relevante del estudio es que se evidenció que cuando los cuidadores tienen asesoría médica durante el proceso de cuidado, logran ser más conscientes de la situación actual del paciente, y asumir su rol con responsabilidad, respecto a los cuidados que deben tener. Tal como lo refieren Cerquera et al (2012), el hecho de que los cuidadores reciban asesoría por parte del médico o profesional tratante, no solo exige una preocupación por el cuidado, sino también, ser conscientes del grado y el impacto que tiene la enfermedad en el paciente.

El rol del cuidador es de gran importancia para garantizar los cuidados adecuados con los pacientes que tienen Enfermedad de Alzheimer, y a su vez, lograr que dichos cuidados sumen a la calidad de vida del mismo, pero para ello, es necesario que el cuidador reciba capacitaciones sobre las responsabilidades a asumir, de manera que pueda tener un panorama amplio de lo que significa su labor y las consecuencias que tiene para él, y para el paciente como lo mencionan Rivera, Dávila y Gonzales (2011) citado en Cerquera et al (2012), ser cuidador genera dualidades emocionales que pueden llegar a ser conflictivos, puesto que el cuidador debe considerar que sus

intereses, sus dolencias y sus necesidades en general, pasan a un segundo plano para poder dedicar su atención y recursos, al cuidado de otra persona, y esto supone un reto grande, ya que es claro que la vida personal, no se puede dejar de lado. En ese sentido, el cuidador debe desarrollar la capacidad de ponerle atención a quien está cuidando, sin perder la atención la salud y el bienestar de sí mismo.

Tomando en cuenta lo anterior, es de gran importancia que el cuidador sepa qué significan las labores que desempeña para él, y para el paciente a cargo, y se prepare adecuadamente para cumplir su rol. Es necesario entonces que no solo sepa cuidar, sino qué tipo de persona es la que va a cuidar y en qué condiciones. Que comprenda qué significa tener Alzheimer, y qué puede sumarles a estos pacientes. Que comprenda que sus acciones no son curativas, pero que, si pueden aportar al bienestar de su paciente y a mantenerlo conectado a su entorno, permitiéndole así, al menos en fases iniciales de su enfermedad, conservar cierta autonomía.

Población

Directa

Programa dirigido a cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Indirecta

Línea 1

Pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fases iniciales (leve o moderada) que se beneficien de la estimulación cognitiva aplicada en casa, a través de técnicas de reminiscencia

Línea 2

Profesionales de Salud Mental, que intervengan en el proceso de estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Propuesta de intervención

Para pensar en la rehabilitación de la memoria, es importante comprender que existen unas etapas para que la memoria se lleve a cabo, donde inicialmente se codifica o se registra una información, luego se almacena por un periodo de tiempo, y posteriormente se evoca esa huella de memoria.

Esto es importante tenerlo presente porque a partir de las etapas de memoria en las que se desee intervenir, se pueden plantear las diferentes técnicas de rehabilitación, las cuales Tate (1997) clasifica como; restauración, reorganización o compensación conductual.

Las técnicas de restauración incluyen aprendizaje, repetición y práctica, y a pesar de que tienen un alcance limitado, influyen en las actividades importantes de la vida diaria del paciente (Tate, 1997; Carlesimo, 1999). La reorganización tiene como objetivo sustituir la habilidad alterada por una menos afectada, y así poder compensar o mejorar los problemas de memoria (Tate, 1997). Las técnicas de compensación conductual se categorizan en ambientales personales, las cuales incluyen objetos cercanos a la persona; las ambientales próximas que refieren a apoyos externos para recordar algo como libretas, calendarios, agendas, entre otros; las ambientales distantes que se relacionan con cambios en el hogar como etiquetar, usar colores llamativos, mover las cosas de lugar, entre otros (Wilson, 1995).

Población

Los individuos a quienes irá dirigida esta intervención, son los cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer en fase inicial o leve. Dicho estado

corresponde al GDS 3 (Deterioro cognitivo leve/Compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente) y principios del GDS 4 (Deterioro cognitivo moderado/Demencia leve), de la escala clínica Global Deterioration Scale (GDS), citada por los autores Tárraga y Boada, (s.f).

Dentro de los criterios de *exclusión*, está la población sana, o perteneciente al nivel GDS 1, y la población que se encuentre dentro de la clasificación de GDS 5, 6 y 7.

Procedimiento

El objetivo de esta intervención es impactar dos públicos diferentes; un público directo, que es el cuidador que recibe herramientas para poder estimular a su paciente con Alzheimer desde el hogar, y un público indirecto que es el paciente en sí, ya que, a partir de esta intervención de estimulación cognitiva en atención y memoria en casa mediante técnicas de reminiscencia, el paciente logrará tener grandes beneficios respecto a su condición.

La propuesta de intervención plantea 5 módulos; *Conóceme, ¿Sabías qué?, Entrenando mi mente, Juntos es mejor, ¿Cómo vamos?*, y cada módulo está compuesto por un número de sesiones con objetivos específicos que van desde recopilar la información del paciente y conocer su condición actual, identificar las necesidades que presenta, realizar ejercicios de estimulación cognitiva centrados en la memoria y atención, para favorecer su autonomía y calidad de vida, vincular a la familia y hacer el seguimiento constante a su desempeño.

Para que las sesiones de cada módulo sean efectivas, el cuidador deberá orientarse primero frente a la condición del paciente a quien cuida, y posteriormente, deberá seguir las instrucciones paso a paso para cumplir las metas que se plantean cada sesión.

Tipo de intervención

Esta intervención se centrará en la memoria episódica que hace parte de la memoria a largo plazo, la cual, implica un almacenamiento de información por un periodo de tiempo que

puede ser desde minutos, a décadas, puede tener almacenamiento ilimitado, y por lo general, su codificación está más asociada a componentes significativos para la persona (Baddeley, 1966; Gillund, 1984; Shiffrin y Atkison, 1969; citados en Ostrosky, F & Lozano, A. S.f). Dentro de la memoria de largo plazo, encontramos la memoria semántica, de conocimientos más generales, y la memoria episódica, de carácter autobiográfico, en la cual se basa la intervención (Tulving & Squire, 1992).

Adicionalmente, se centrará en los niveles atencionales para fortalecer su capacidad de aprender y registrar información, y que esta sea conservada el mayor tiempo posible. El modelo clínico de la atención de Sohlberg y Mateer (1987 – 1989), Habla sobre los 5 niveles atencionales; focal, sostenida, selectiva, alternante y dividida. La atención *focal* la definen como la capacidad para enfocarse en un estímulo visual, auditivo o táctil, sin que exista un límite de tiempo en esa focalización. La atención *sostenida* es la capacidad de mantener la atención hacia el estímulo por tu tiempo prologado y tiene dos componentes importantes; la vigilancia que es cuando la tarea requiere detección y concentración, y el control mental, que hace referencia al uso de la información y al mantenimiento de esta. La atención *selectiva* es la capacidad para escoger entre varias posibilidades, aquello que es relevante, inhibiendo la información o estímulos adicionales. La *alternante* es la capacidad para cambiar el foco atencional entre diferentes tareas que usen recursos cognitivos diferentes. Finalmente, la atención *dividida* es la capacidad de atender dos estímulos al mismo tiempo. En esta intervención se estimularán los niveles atencionales; focal, sostenida y selectiva principalmente para favorecer los procesos de memoria mencionados anteriormente.

Tabla 4*Cronograma de intervención*

Día	Cita cuidador/ paciente; historia clínica.	Psicoeducaci ón cuidador y entrega de material.	Psicoeduca ción paciente.	Estimulac ión cognitiva	Sesión familia r	Evaluació n y seguimien to.
1	X					
8		X				
15			X			
16				X		
17				X		
18				X		
19				X		
20				X		
21				X		
22				X		
23				X		
24				X		
25				X		
26					X	
35						X

Fuente: Elaboración propia.

Este programa estará dividido, en cinco módulos; *Conóceme (1)*, *¿Sabías qué? (2)*, *Entrenando mi mente (10)*, *Juntos es mejor (1)*, *¿Cómo vamos? (1)*. Al inicio del programa los pacientes deberán contar con una evaluación neuropsicológica y se aplicarán algunas subpruebas y escalas;

- **Memoria:** Lista de palabras CERAD, QF/QP.
- **Cuestionario ecológico:** percepción previa y posterior a la intervención.

La lista de palabras CERAD se escoge puesto que tiene validez para la población colombiana hispanohablante mayor a 50 años, tiene gran nivel de reproductividad en el tiempo de aplicación, tiene validez transcultural, y evalúa el dominio de memoria (Aguirre, D., Gómez, R., Moreno, S., Henao, E., Motta, M., Muñoz, C., Arana, A., Pineda, DA., y Lopera, F. 2007).

El autor Larrumbe, R. (1997), describe las tres modalidades que evalúa la prueba; *recuerdo inmediato, el recuerdo diferido y el reconocimiento*. En el *recuerdo inmediato*, se le muestra al paciente una lista de 10 palabras independientes por escrito y el debe leerlas en voz alta. En caso de no poder leer, el evaluador las lee. Posteriormente, se le pide al paciente que indique qué palabras recuerda sin importar el orden. Luego, se repite el ejercicio 2 veces consecutivas, pero en el segundo ensayo, la lista cambia de orden según lo establecido por la prueba, y en el tercer ensayo también cambia de orden. Se debe tener en cuenta cuántas palabras recuerda, si tiene intrusiones, y se puntúa el número total de palabras recordadas en los tres ensayos. Allí se puede evidenciar si el paciente logra codificar la información.

En el *recuerdo diferido*, una vez transcurran 5 – 10 minutos, se le indica al paciente que mencione las palabras que recuerde de la lista, sin importar el orden. Allí se puede evidenciar si el paciente logra almacenar o presenta dificultades. De igual forma, se registra el número de palabras que indique y los errores si los presenta (Larrumbe, R. 1997).

Finalmente, Larrumbe, R. (1997), habla sobre el test de *reconocimiento*, que es el momento final de la prueba. En este caso, el evaluador le muestra una lista de 20 palabras independientes al paciente. En esta lista se encuentran las 10 palabras de la lista anterior, y 10 palabras distractoras. El paciente debe identificar cuáles estaban en los ensayos anteriores refiriéndose a ellas con un “sí” y cuales no pertenecen, refiriéndose a ellas con un “no”. Se puntúa el número de palabras que reconoce, y cuáles no, para poder identificar si el paciente logra evocar o si presenta dificultades.

Adicionalmente se tomará en cuenta para la valoración inicial y la reevaluación respecto a la memoria del paciente, la Escala de trastornos de memoria avalada por el grupo de Neurociencias de Antioquia en 1999, ya que es un instrumento que permite evaluar de manera cuantificable la percepción que tiene el paciente sobre el funcionamiento de su memoria en la cotidianidad (Romero, S. 2010).

Romero (2010), refiere que la escala se debe aplicar al paciente y al cuidador, ya que se busca tener la percepción de ambos. QF sería la encuesta para el cuidador, y QP para el paciente. Son 15 ítems, cada uno con opciones de respuesta; nunca (0), rara vez (1), a veces (2), casi siempre (3), de manera que tanto el paciente como el cuidador, establezcan la frecuencia de lo que se pregunta en cada ítem. El punto de corte es el 17, y la puntuación máxima es 45 (Grupo de Neurociencias de Antioquia, 1999, citado en Romero, S. 2010).

Al finalizar la intervención se volverán a realizar las subpruebas y escalas mencionadas para determinar el impacto de la intervención en términos de resultados; es decir, que adicional al efecto que tenga a nivel cognitivo, es evidenciar desde la percepción del cuidador y el paciente, si tuvo alguna mejoría en su desempeño cotidiano.

Tabla 5

Módulo 1; Conóceme

Sesión 1	Descripción	Objetivo	Duración
<i>Día 1</i>			
Cuidadores/ familia	En este módulo se realizará la entrevista inicial con el paciente y familiares/cuidadores	Diligenciar la historia clínica del paciente con el fin de conocer su condición actual a nivel neuropsicológico.	60 minutos.
Paciente	donde se identifica qué sucede, cronología de síntomas, desempeño premórbido y actual, entre otros. Evaluación inicial de neuropsicología para determinar quejas de memoria, o quejas atencionales que influyan en sus actividades de la vida diaria.		60 minutos.

Tabla 6*Módulo 2; ¿Sabías qué?*

Sesión 2 y 3	Descripción	Objetivo	Duración
<i>Día 8 y 15</i>			
Cuidadores/ familia Paciente	En este módulo se explicará la Enfermedad de Alzheimer; diagnóstico y pronóstico, qué sucede con el paciente, características o aspectos importantes a tener presente, signos de alerta, impacto en la calidad de vida paciente/familia/cuidadores, dudas y preguntas relacionadas, entre otros. Adicionalmente se capacitará al cuidador/familiar sobre el material que utilizará para realizar la estimulación en casa, y se entregará el material para su uso en el hogar según los lineamientos establecidos.	Brindar estrategias psicoeducativas para el paciente y cuidadores, favorecer la comprensión de cambios respecto a su desempeño cognitivo a nivel de memoria y atención, entrenar al cuidador sobre el uso de la cartilla para estimulación en casa.	60 minutos. 60 minutos.

Tabla 7*Módulo 3; Entrenando mi mente*

Sesiones 4-13	Descripción	Objetivo	Duración
<i>Días 16-25</i>			
Paciente	Las sesiones de estimulación cognitiva se dirigen al paciente específicamente, y de acuerdo con el ejercicio, puede requerir apoyo del cuidador primario. Cada sesión está conformada por; actividad de orientación (1), actividades de atención (2), actividades de memoria (2).	Favorecer la estimulación cognitiva en orientación, atención y memoria del paciente mediante actividades aplicadas en casa por el cuidador primario.	45-60 minutos por sesión.

Tabla 8*Módulo 4; Juntos es mejor*

Sesión 14	Descripción	Objetivo	Duración
<i>Día 26</i>			
Cuidadores/ familia	Sesión grupal paciente/familia para favorecer adherencia,	Vincular a la familia/cuidadores al	60 minutos.

Paciente	participación y apoyo o soporte emocional durante el proceso.	proceso del paciente para favorecer la adherencia y motivación de este en su proceso.
----------	---	---

Tabla 9

Módulo 5; ¿Cómo vamos?

Sesión 15	Descripción	Objetivo	Duración
<i>Día 35</i>			
Cuidadores/ familia Paciente	Espacio de seguimiento y reevaluación neuropsicológica a través de las subpruebas y encuestas establecidas para determinar el impacto de la intervención en la vida y desempeño del paciente.	Reevaluar y determinar el impacto de la intervención en la vida y desempeño del paciente.	60 minutos.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de las sesiones de estimulación cognitiva

Todas las sesiones cuentan con una misma estructura, en la cual se inicia con el ejercicio de orientación, luego con los de atención, y posteriormente con los de memoria, y cada sesión va aumentando su nivel de dificultad progresivamente. En cada sesión se especifica el objetivo específico de las actividades propuestas y los materiales que el cuidador va a necesitar para una

buena ejecución. Es importante recordar que el paciente no debe ser forzado a realizar los ejercicios, con el fin de que este se motive y sea adherente al proceso.

Sesión 4, día 16

Tabla 10

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocerse a sí mismo mediante la memoria episódica.	<p>¿Quién soy?</p> <p>El paciente debe responder preguntas simples relacionadas con su identidad; Nombre, edad, fecha de nacimiento, dónde nació, dónde vive, a qué se dedica, estado civil, si tiene o no hijos, y en caso de ser afirmativo, cuántos hijos tiene.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Lápiz.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada.	Buscando sonrisas	Cartilla. Lápiz.
		El paciente debe poner atención a un grupo de símbolos que se le presentan, y cuando encuentre una sonrisa, debe tacharla con una X.	
		Buscando el arcoíris	Cartilla. Lápiz. Colores.
		Se le muestra la imagen del arcoíris de referencia, y se le pide al paciente que encuentre 2 objetos de cada color del arcoíris dentro del hogar. Una vez los encuentre, debe anotarlos.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12*Memoria*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Sustitución.	Fortalecer la capacidad de organizar información que se desea recordar, a través del proceso de codificación de la memoria, mediante estrategias de filtro y repetición.	Escribir qué debe realizar en la semana en un planeador. Cada día, realizará la lectura en voz alta de las tareas que debe realizar en el día. Cuando haga una actividad, debe darse un mensaje de felicitaciones en voz alta; “Hoy recordé lavarme los dientes, Hoy recordé ir a misa”.	Cartilla. Lápiz.
Restauración.	Favorecer la motivación y la memoria episódica del paciente para aprender, y almacenar mediante las modalidades sensoriales visuales.	El paciente debe formar parejas de nombre, foto o característica de personas familiares y cercanas a él. *El vínculo emocional puede motivar al paciente a intentar recordar.	Fotos familiares. Fichas bibliográficas con los nombres y características.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13*Orientación*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocerse a sí mismo mediante la memoria episódica.	Buscando respuestas El paciente debe emparejar preguntas y respuestas simples relacionadas con su identidad; Nombre, edad, fecha de nacimiento, dónde nació, dónde vive, a qué se dedica, estado civil, si tiene o no hijos, y en caso de ser afirmativo, cuántos hijos tiene.	Fichas bibliográficas para las preguntas y respuestas. Lápiz.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada y selectiva.	Símbolo diferente El paciente debe poner atención a un grupo de símbolos que se le presentan, y encontrar cuál es el símbolo que no corresponde al grupo.	Cartilla. Lápiz.

Buscando diferencias – Nivel 1

Cartilla.

Lápiz.

El paciente debe buscar las diferencias entre un dibujo y otro. En el primer nivel, solo buscará 5 diferencias, y las deberá marcar, cada una con un color.

Colores.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15*Memoria*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Sustitución.	Favorecer la capacidad de codificar, almacenar y evocar del paciente mediante el filtro de información relevante para sí mismo en su día a día.	Lista de temas familiares Filtrar desde el inicio qué temas quiere recordar según afinidades. *El escoge qué desea recordar, y así presta mayor atención y motivación.	Hojas (1 o 2) Lápiz.
Compensación.	Estimular la memoria episódica del paciente para generar conexión mental en la	Identificar datos que desea recordar y asociar un dato de valor emocional.	Cartilla. Lápiz.

información de su historia personal, con nuevos aprendizajes de la vida diaria, mediante tareas de asociación a través de claves ambientales personales.	Ej. Tengo que tomarme 2 pastillas. Se que son 2 porque tengo 2 hijos. Ej. Tengo cita médica en mayo 05. Se que es mayo porque cumple años mi hermano.
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 6, día 18

Tabla 16

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocerse a sí mismo mediante la	Adivina quién soy Se ponen fotos de personas, dentro de ellas, el paciente. Se le brindan claves que lo describan, no solo físicas, sino también, de su identidad; Nombre, edad, fecha de nacimiento, dónde nació, dónde vive, a qué se dedica, entre otros.	Fotos de personas (9) y foto del paciente del rostro (1).

memoria episódica.	Él deberá buscar su foto a partir de las claves.
-----------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17

Atención

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada.	Ruta de escape El paciente deberá ayudar al ratón del laberinto, a llegar al queso y luego, a salir del laberinto.	Cartilla. Lápiz.
Sustitución.	Estimular la atención selectiva mediante estrategias de asociación visual.	Focus now – Concéntrese Basado en su rutina diaria, debe buscar: - Tarea/ imagen. Ej. Lavarse los dientes (Busca imagen y las aparea).	Cartilla. Lápiz. Colores.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Compensación	Fortalecer la identidad del paciente, la memoria episódica y el proceso de evocación de la información mediante la conexión de datos autobiográficos que le permitan acceder a recuerdos del pasado.	Fichas de vida Se le presenta al paciente unas fichas con hechos de vida; él debe seleccionar los que correspondan a su vida, y filtrar los incorrectos.	Fichas bibliográficas. Lápiz.
Compensación	Fortalecer la identidad del paciente, autonomía, la memoria episódica y el proceso de evocación de la información mediante claves ambientales personales como objetos que lo refieran a su historia de vida.	El fotógrafo El paciente deberá tomar foto a los objetos de su hogar que le recuerden diferentes etapas de su vida. Ej. Le tomó foto a el comedor que compró con su primer sueldo de trabajo.	Caja (de cartón, plástica, la que le guste). Material para decorarla; pinturas, marcadores, entre otros. Fotos de objetos que le recuerden su historia personal.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 7, día 19

Tabla 19

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocer su entorno mediante ejercicios de orientación.	¿Dónde estoy? El paciente debe indicar a través de fotografías o imágenes, en qué lugar se encuentra; País, ciudad, casa o apartamento, y referir lugares característicos de ciudad; colegio, hospital, restaurante, supermercado, entre otros.	Cartilla. Lápiz.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20

Atención

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Restauración.	Estimular la atención focalizada.	<p>Veo, veo – Nivel 1</p> <p>Con apoyo del cuidador, escogerán un espacio del hogar, y permanecerán allí mientras desarrollan la actividad. El cuidador deberá decirle al paciente que ve un objeto, y le brindará pistas para que el paciente identifique lo que ve. Luego intercambian roles. Se le dice que esté muy atento a los objetos que ven juntos porque más adelante los preguntarán.</p>	<p>Espacios del hogar.</p> <p>Ej. La cocina.</p>
	Estimular la atención selectiva.	<p>El paseo</p> <p>Se le indica al paciente que se va de viaje, y debe empacar una maleta, pero no se le indica hacia dónde. Cuando el diga el objeto que quiere llevar, se le indica si el objeto va o no va, según el lugar que el cuidador conoce. La idea es que con lo que se le permita llevar, el identifique hacia donde va.</p> <p>Ej. PLAYA.</p>	<p>Cartilla.</p>

Tabla 21*Memoria*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Sustitución.	Fortalecer el proceso de codificación y almacenamiento a través de la capacidad de organizar información que se desea recordar, mediante estrategias visuales.	Rompecabezas de vida – nivel 1. Se le entrega al paciente 5 fotos de diferentes sucesos de su vida. El debe organizarlas en orden cronológico, e indicar a qué evento corresponde la fotografía.	Cartilla. Fotografías.
Sustitución.	Fortalecer el proceso de codificación y almacenamiento a través de la capacidad de	Rompecabezas de vida – nivel 2. Se le entrega al paciente 5 fotos de diferentes sucesos de la familia. Él debe organizarlas en orden cronológico, e indicar a qué evento	Cartilla. Fotos familiares.

organizar corresponde la fotografía y quiénes
 información aparecen en esos eventos.
 que se desea
 recordar,
 mediante
 estrategias
 visuales.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 8, día 20

Tabla 22

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la autonomía del paciente y la capacidad de identificar aspectos importantes para su vida.	Soy más de... Se le dan unas frases que inician; soy más de... soy menos de... Y al frente aparecen imágenes de actividades y gustos cotidianos; hacer ejercicio, leer, comer dulce o comida salada, estar en familia, viajar, entre otros. Él debe señalar lo que corresponda según sus gustos e intereses.	Cartilla. Lápiz.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada y selectiva.	Palabra secreta – Nivel 1	Cartilla.
		En la hoja aparecen unos símbolos, y bajo los símbolos, unas letras. Adicionalmente hay unos símbolos debajo, pero están los espacios para ubicar las letras correspondientes. El paciente debe asociar las letras con los símbolos y descubrir cual es la palabra secreta.	Lápiz.
		Buscando diferencias – Nivel 2.	Cartilla.
		El paciente debe buscar las diferencias entre un dibujo y otro. En el segundo nivel, solo buscará 10 diferencias, y las deberá marcar, cada una con un color.	Lápiz. Colores.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente para identificar y evocar mediante las modalidades sensoriales.	<p>Este olor me recuerda a...</p> <p>El cuidador escoge 4 olores que sepa que evocan recuerdos en el paciente, y él deberá oler con los ojos cerrados, y decir qué olor es y qué le recuerda.</p> <p>Ej. Perfume. Ese olor me recuerda al perfume que usaba mi pareja.</p> <p>Este sabor me recuerda a...</p> <p>El cuidador escoge 4 sabores que sepa que evocan recuerdos en el paciente, y él deberá probar con los ojos cerrados, y decir qué sabor es y qué le recuerda.</p> <p>Ej. Galleta con mantequilla. Me recuerda desayuno que me hacían de niño antes de ir al colegio.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Lápiz.</p> <p>4 olores escogidos por el cuidador.</p> <p>Cartilla.</p> <p>Lápiz.</p> <p>4 sabores escogidos por el cuidador.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 9, día 21

Tabla 25*Orientación*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la memoria episódica mediante la motivación del paciente para permanecer conectado con su entorno.	Orientación El paciente deberá responder preguntas de orientación en tiempo, persona y lugar; qué día es hoy, qué hora cree que es, dónde está (país, ciudad, lugar), en qué año está.	Cartilla. Lápiz.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Restauración.	Estimular la atención focalizada y selectiva.	Cálculo mental Aparecen los números 100, 97, 94, 91... Van restando de a 3. Esos se le dan de ejemplo, y ya el paciente debe continuar restando hasta lograr 3 restas consecutivas sin errores.	Cartilla.
		Símbolos y colores Aparecen unos símbolos y bajo los símbolos, unos colores. Abajo, aparece un grupo de 30 símbolos, y el paciente deberá encerrar en un círculo, cada símbolo con el color que corresponde.	Cartilla. Colores.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 27

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Sustitución.	Fortalecer la capacidad de evocar información con gran	Sopa de letras Aparece una sopa de letras con parentescos familiares. El paciente debe encontrar la palabra, pero adicional, debe mencionar a quién	Cartilla. Lápiz.

Compensación.	valor emocional, mediante estrategias visuales.	corresponde ese parentesco, con su familia. Ej. Hijo – Debe nombrar a su hijo.	
		Vision board Se le entrega una revista al paciente con varias fotos de diferentes escenarios; viajes, familias, comida, deporte, ambiente laboral, entre otros. La idea es que el paciente recorte las imágenes que considere que son acordes a su historia de vida, y las pegue en el espacio de la cartilla, y narre una descripción de las imágenes seleccionadas.	Cartilla. Revista. Tijeras. Colbón.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 10, día 22

Tabla 28

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Restauración.	Estimular la memoria semántica a partir de la motivación del paciente a aprender y reconocerse su entorno.	Sucesos actuales Se le presentan varios personajes icónicos de cultura general. Él elige de cuál personaje desea hablar, y deberá responder las preguntas que aparecen en la cartilla; quién era el personaje, qué hizo o qué aportó, aún vive o no.	Cartilla. Lápiz.
---------------	--	--	---------------------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29

Atención

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada y selectiva.	Buscando nombres El paciente debe poner atención al texto que aparece en la cartilla, leerlo y marcar con un color todos los nombres propios que encuentre en la lectura.	Cartilla. Colores.
		Buscando verbos	Cartilla. Colores.

El paciente debe poner atención al texto que aparece en la cartilla, leerlo y marcar con un color todos los verbos que encuentre en la lectura.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 30

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Sustitución.	Estimular la memoria episódica y los procesos de evocación del paciente para que logre acceder a recuerdos familiares.	El paciente debe formar parejas de nombre, foto o característica de personas familiares y cercanas a él. EJ. Mónica – Foto de una médica. Mónica es médica.	Fotos familiares. Fichas bibliográficas. Colores.
Compensación.	Generar una integración de la información de su historia personal, con nuevos	Identificar datos que desea recordar y asociar un dato de valor emocional.	Cartilla. Lápiz.

aprendizajes de la vida diaria mediante tareas de codificación y almacenamiento visual o auditivo, a través de claves ambientales personales.

Ej. Tengo cita médica en mayo 05. Se que es mayo porque cumple años mi hermano.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 11, día 23

Tabla 31

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocer su entorno.	¿Qué hora es? El paciente debe intentar identificar qué hora cree que es, y debe dibujar el reloj con su respuesta. El reloj debe tener números, contorno y agujas que indiquen la hora.	Cartilla. Lápiz.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 32*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada.	<p>Buscando diferencias – Nivel 3.</p> <p>El paciente debe buscar las diferencias entre un dibujo y otro. En el tercer nivel, buscará 15 diferencias, y las deberá marcar, cada una con un color diferente.</p> <p>Buscando diferencias – Nivel 4.</p> <p>El paciente debe buscar las diferencias entre un dibujo y otro. En el cuarto nivel, buscará 20 diferencias, y las deberá marcar, cada una con un color diferente.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Colores.</p> <p>Cartilla.</p> <p>Colores.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 33*Memoria*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Sustitución.	Fortalecer la capacidad de organizar y codificar la información que se desea recordar mediante estrategias de asociación.	Conectando mi historia Hay dos columnas; la columna A tiene fechas relacionadas a su historia de vida, y la B tiene los sucesos que ocurrieron en las fechas escogidas por el cuidador. El paciente debe conectar la fecha y el suceso.	Cartilla. Lápiz.
Compensación.	Estimular la capacidad de almacenamiento y evocación mediante la motivación del paciente para aprender y memorizar con modalidades sensoriales.	Sonidos con historia... El cuidador selecciona 4 canciones que considere que le evocaran recuerdos al paciente; la canción de su boda, la canción de la graduación, el himno del colegio, la canción de su grupo musical favorito, una canción icónica a su lugar de origen, entre otros. El paciente debe escuchar con los ojos cerrados, e indicar qué recuerda.	Cartilla. Parlante. 4 canciones.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 34*Orientación*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la memoria episódica a partir de la motivación del paciente a aprender y reconocer aspectos de su vida.	<p>¿Quién soy? – Nivel 2.</p> <p>El paciente debe responder preguntas simples relacionadas con su identidad; Nombre, edad, fecha de nacimiento, dónde nació, dónde vive, a qué se dedica, estado civil, si tiene o no hijos, y en caso de ser afirmativo, cuántos hijos tiene, 5 hechos importantes de su vida, 5 personas importantes para él.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Lápiz.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 35*Atención*

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada.	<p>Mensaje secreto – Nivel 2</p> <p>En la hoja aparecen unos símbolos, y bajo los símbolos, unas letras.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Lápiz.</p>

Adicionalmente hay unos símbolos debajo, pero están los espacios para ubicar las letras correspondientes. El paciente debe asociar las letras con los símbolos y descubrir cual es el mensaje secreto.

Veo, veo – Nivel 2

Con apoyo del cuidador, escogerán un espacio del hogar, y permanecerán allí mientras desarrollan la actividad. El cuidador deberá decirle al paciente que ponga atención a todo lo que ve en ese espacio. Luego, el paciente se debe cubrir los ojos, y el cuidador pondrá un objeto diferente en el espacio sin decir nada. El paciente deberá identificar el objeto diferente. Repetir 5 veces, cada vez con un objeto diferente.

5 objetos del hogar seleccionados por el cuidador.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 36

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Compensación.	Fortalecer las estrategias de asociación de recuerdos relacionados a su historia personal mediante técnicas de historia y claves ambientales personales.	<p>Línea de mi vida – Nivel 1</p> <p>El paciente debe hacer una línea de tiempo de su historia personal a través de 6 imágenes con una cronología específica, donde una se vaya hilando con la otra.</p> <p>Cuento de mi vida</p> <p>El paciente debe hacer una narración de su historia personal a través de imágenes con una cronología específica.</p>	<p>Cartilla.</p> <p>Fotos familiares.</p> <p>Lápiz.</p> <p>Cartilla.</p> <p>Fotos familiares.</p> <p>Lápiz.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 13, día 25

Tabla 37

Orientación

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
-------------------	-----------------	------------------	-------------------

Restauración.	Favorecer la motivación del paciente a aprender y reconocer su entorno.	Mi mapa El paciente debe realizar un mapa de su vivienda en el espacio de la cartilla donde incluya puerta, habitaciones, espacios del hogar, entre otros.	Cartilla. Lápiz. Colores.
---------------	---	--	---------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 38

Atención

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Restauración.	Estimular la atención focalizada.	Buscando objetos escondidos El paciente debe poner atención una imagen que tiene 6 objetos escondidos. El debe buscarlos según indica la cartilla y debe señalar cada uno con un color diferente.	Cartilla. Colores.
Sustitución.	Estimular la atención selectiva.	Planifico mi día El paciente debe llenar el Check list de tareas en la plantilla de la cartilla, y debe darse la auto instrucción de enfocarse solo en las tareas del día, y	Cartilla. Lápiz.

filtrar pendientes de otros momentos
para poder ejecutar las tareas con éxito.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 39

Memoria

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Compensación.	Estimular el proceso de evocación y la memoria episódica, a partir de estrategias de asociación de recuerdos relacionados a su historia personal mediante técnicas de historia y claves ambientales personales.	Línea de mi vida – Nivel 2 El paciente debe hacer una línea de tiempo de su historia personal a través de 15 imágenes con una cronología específica, donde una se vaya hilando con la otra.	Cartilla. Fotos familiares. Lápiz.
Compensación.	Favorecer el acceso y la evocación a información personal o de su entorno mediante mnemotécnicas.	Ensalada de recuerdos y categorías. El paciente debe identificar qué quiere recordar y	Cartilla. Lápiz. Colores.

asignar categorías y claves
visuales o verbales.

Ej. Lo que está en rojo, es
de la familia. Azul, del
trabajo. Verde, pendientes.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 14, día 26

Tabla 40

Sesión familiar: Juntos es mejor.

Estrategia	Objetivo	Actividad	Materiales
Compensación.	Favorecer la integración, y el almacenamiento de información por parte del paciente con su entorno familiar o social	Reportero del día El paciente debe escoger 2 personas cercanas a él, y debe hacer un registro de acontecimientos del día de esas personas. Luego deberá narrarlos para contar lo sucedido filtrando qué paso, cómo pasó y a quién le pasó.	Cartilla. Lápiz.

<p>cercano, mediante claves ambientales próximas.</p>	<p>Ej. Hoy mi hermana me hizo un almuerzo delicioso. Comimos arroz con pollo y hablamos de su trabajo.</p>	<p>Construyendo nuestra historia</p> <p>Para esta actividad deben participar mínimo 3 personas. Deben hablar sobre un suceso familiar que todos los participantes conozcan, y deben recrearlo juntos. Primero empieza el participante 1, luego el 2, y luego el paciente, y así sucesivamente hasta que lo narren completo.</p> <p>Repetir 3 veces con diferente suceso cada vez.</p>	<p>Espacio grupal de conversación.</p> <p>No requiere material, solo el espacio donde puedan estar todos los participantes cómodos.</p>
---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Ciclo Terminado

Una vez el paciente termine el ciclo completo, y posterior a la reevaluación por neuropsicología, se pueden establecer nuevos objetivos, o continuar con los planteados al inicio del programa. El cuidador podrá iniciar nuevamente con los ciclos a partir del módulo 3; entrenando mi mente, y según se establezca en la sesión de reevaluación y seguimiento, se le podrá conservar o aumentar el grado de dificultad de las actividades.

Paso a Paso Para Implementar las Sesiones de Estimulación Cognitiva en Casa

1. El cuidador recibirá orientación general sobre Alzheimer a través de una cartilla corta en la cual se explica qué es el Alzheimer, cuáles son los signos para tener en cuenta, y cuáles son las fases y cómo identificarlas. Adicionalmente se explica en esa cartilla qué son las técnicas de reminiscencia y para qué sirven, y cómo benefician a los pacientes con Alzheimer en una fase inicial. Esta es una sesión previa a los encuentros, es decir, en la sesión de psicoeducación cuidador, donde además de que se brinda toda la información necesaria al cuidador para que comprenda el contexto de la enfermedad de Alzheimer, se resuelven dudas que pueda presentar, antes de comenzar con las sesiones de estimulación.

2. El cuidador inicia con la sesión 4 en el día 16, con las actividades de estimulación cognitiva de atención. Deberá continuar todos los días de forma continua con cada actividad planteada en el orden establecido por el orientador.

3. Una vez el paciente termine cada sesión, el cuidador revisará si los objetivos planteados para ese encuentro se cumplieron de manera que pueda realizar seguimiento oportuno a las intervenciones que se realizan.

4. Si el paciente no logra los objetivos planteados de la sesión, no podrá avanzar de nivel. En ese sentido, podrá tener un día de descanso, y deberá retomar nuevamente la sesión que no fue superada anteriormente.

5. Antes de comenzar cada sesión, el cuidador deberá tener todos los elementos que necesita disponibles en el momento, de manera que la actividad se dé continuamente, sin interrupciones o distracciones que puedan alterar o dificultar el proceso del paciente.

6. Una vez finalice todas las sesiones de estimulación, debe notificar al neuropsicólogo tratante para programar la sesión familiar.

7. Finalmente, se socializan los resultados y se evalúan los objetivos propuestos para determinar qué se alcanzó y qué quedó pendiente o generó mayor esfuerzo o incomodidad para el paciente, y se programa la sesión de reevaluación, seguimiento y recomendaciones a seguir.

Involucramiento de la familia

La participación de la familia es fundamental, puesto que estos pacientes requieren apoyo constante de sus personas cercanas para favorecer la adherencia al proceso. Sin embargo, es de gran importancia dejar claro con la familia/cuidadores que esta intervención no tiene como finalidad curar el Alzheimer, sino favorecer la calidad de vida, tanto del paciente, como de quienes lo asisten en el día a día.

Evaluación del proceso de intervención

Se propone realizar una evaluación neuropsicológica con unas subpruebas específicas para atención y memoria, y unas escalas seleccionadas previamente al inicio y al final de la intervención para verificar el estado inicial del paciente y las necesidades específicas enfocados en quejas de memoria principalmente, y posteriormente validar el impacto de la intervención realizada en el hogar.

En esta evaluación no solo será importante ver si hay o no una mejoría a nivel cognitivo a partir de los resultados que arroje la valoración neuropsicológica inicial, y la secundaria, sino también evaluar en términos de resultados a nivel de percepción del paciente y de la familia frente a su desempeño en la vida diaria. En ese sentido, es de gran importancia anexar preguntas enfocadas en la satisfacción del cuidador y del paciente con la intervención, para conocer realmente cómo se sintieron, y si fue beneficioso, aplicable, o no, en la cotidianidad del hogar.

Para esto, se propone una encuesta tipo Likert, donde el cuidador podrá responder con las siguientes opciones de respuesta; deficiente, insuficiente, aceptable, sobresaliente, excelente.

Tabla 41

Encuesta de satisfacción cuidadores

Preguntas	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente	Excelente
¿Qué tan fácil fue aplicar el programa en casa?					
¿Qué tan viable fue conseguir el material requerido para las actividades de estimulación cognitiva solicitadas en la guía de abordaje?					
¿Qué tan oportuno fue el horario de intervención propuesto en el hogar?					
¿Cómo considera al entorno donde se desarrollaron las actividades en términos					

de distracciones o interferencias?

¿Cómo considera que el programa aporta en el desempeño del paciente en su vida cotidiana?

¿Cómo se sintió en términos de capacitación y comprensión de la condición del paciente, para aplicar el programa en casa?

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 42

Encuesta de satisfacción paciente

Preguntas	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente	Excelente
¿Qué tan fácil fue realizar las actividades del programa en casa?					
¿Considera que hubo mejoría respecto a su					

autopercepción inicial de su atención?

¿Considera que hubo mejoría respecto a su autopercepción inicial de su memoria?

¿Considera que hubo mejoría respecto a su autopercepción inicial de su desempeño en la vida cotidiana?

¿Qué tan oportuno fue el horario de intervención propuesto en el hogar?

¿Cómo considera al entorno donde se desarrollaron las actividades en términos de distracciones o interferencias?

¿Cómo se sintió realizando las actividades

planteadas en la guía de trabajo realizada en casa?

Fuente: Elaboración propia.

La intención no es tener un ítem cuantificable necesariamente, sino que, a partir de las respuestas obtenidas en esta encuesta de satisfacción, poder tener información valiosa para identificar si realmente está sirviendo la propuesta planteada, y realizar los ajustes pertinentes que se evidencien al momento de la aplicación, para ajustar la guía según las necesidades del paciente, de su contexto familiar, del cuidador y del entorno en sí en el que habita.

Material para el cuidador

Para que el programa sea llevado a cabo con éxito, a partir de la información recolectada en la primera cita de historia clínica, se identifican datos importantes para tener en cuenta en las sesiones de rehabilitación, que tengan valor emocional para el paciente, y una vez finalizada la sesión de psicoeducación y capacitación, se le entrega el material correspondiente al plan de acción que se va a ejecutar.

Tabla 43

Material para el cuidador

Material	Anexo
Cartilla con el material psicoeducativo respecto a la Enfermedad de Alzheimer y las sesiones de trabajo en casa con su respectiva descripción, objetivo y materiales requeridos.	Anexo 1.

Cronograma sesión por sesión para que se pueda llevar el seguimiento de todo el proceso y se pueda seguir tal cual se indica allí. Anexo 2.

Tablas explicativas de cada módulo con sus respectivos objetivos. Anexo 3.

Encuesta de evaluación de satisfacción del programa tanto para cuidador, como para paciente. Esta se entrega en la sesión de reevaluación y seguimiento. Anexo 4.

Informe del proceso, resultados, y recomendaciones para la continuidad del proceso en casa. Este se entrega al finalizar el ciclo completo. Anexo 5.

Proceso incompleto

Si se presenta deserción en cualquier etapa o módulo del proceso de intervención, es importante que, en caso de querer retomar, se realice una sesión de reencuadre, tanto con el paciente como con el cuidador, para determinar los factores que pudieron influir en la interrupción del programa inicialmente, para evitar que se repita. Es importante no forzar al paciente a tener estos espacios, se debe partir desde la disposición del paciente de participar para que realmente pueda ser beneficioso, y no un factor estresor o una carga.

Beneficios de la Estimulación Cognitiva en Casa

Iñiguez (2004) citado en Vega (2012), se refiere a la estimulación cognitiva como el conjunto de actividades y estrategias dirigidas a potenciar la neuroplasticidad, estimulando fundamentalmente las funciones, capacidades, destrezas y habilidades cognitivas aun preservadas. En ese sentido, la estimulación cognitiva en pacientes con EA se torna fundamental para conservar al paciente lo más autónomo posible, y conectado con su entorno.

Los autores Villalba y Espert (2014), refieren que la estimulación cognitiva busca potenciar las capacidades y habilidades cognitivas aún preservadas en el paciente, y a su vez, favorecer el enlentecimiento en el proceso de deterioro de este. En ese sentido, a mayor estimulación cognitiva, más conservado está el paciente, y si bien, los síntomas no se curan, el paciente se beneficia puesto que su deterioro respecto a su condición neurodegenerativa no avanza tan rápido afectando su calidad de vida.

Consideraciones Finales

Como consideración final, se podría hipotetizar que cuando el paciente va a citas por neuropsicología, cada 8 o 15 días según lo establezca su seguro médico o cobertura de salud, o según lo permita su condición económica en el caso de que tenga sesiones particulares, estas sesiones suelen ser espaciadas, y los resultados en este caso a nivel cognitivo, y a nivel motivacional, no suelen ser tan evidentes o efectivos.

Es por este motivo, que es importante preguntarse a partir de esta intervención, cuál es la diferencia de una intervención netamente desde el ámbito profesional, a través del personal de salud encargado del paciente, y el hecho de tener el programa adaptado para el hogar, puesto que, se podría hipotetizar que cuando el paciente recibe apoyo en su hogar, una hora diaria, no solo se engancha en su proceso y se mantiene conectado a si mismo y a su entorno, sino que vincula a su familia o cuidadores al proceso, y eso genera motivación, adherencia y resultados óptimos relacionados con su desempeño en la cotidianidad. Esto quedará como una continuidad de esta propuesta, para poder abordar esta condición neurodegenerativa de una manera óptima, y favorecer siempre la calidad de vida, tanto del paciente, como de sus cuidadores.

Referencias

Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C. y Torrea, I. (2015). Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria. Consorci Sanitari Integral.

Aguirre, D., Gómez, R., Moreno, S., Henao, E., Motta, M., Muñoz, C., Arana, A., Pineda, DA., y Lopera, F. (2007). El CERAD-Col es válido y fiable para la población colombiana. *Rev. Neurol*; 45: 655-660. <https://www.neurologia.com/noticia/599/el-cerad-col-es-valido-y-fiable-para-la-poblacion-colombiana>

Arango, J. (2006). Rehabilitación Neuropsicológica. El Manual Moderno.

Campabadal, A., Jodar, M., Lubrini, G., Muñoz, E., Periañez, J., Ríos, M., & Viejo, R. (s.f.). Neuropsicología de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Obtenido de Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya:
http://cv.uoc.edu/annotation/ae1ef3c834432d3e55a8279603e53f37/645605/PID_00241618/PID_00241618.html

Cerquera, A., Granados, F., Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología. Avances de la disciplina*, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 35-45. <https://www-redalyc-org.ces.idm.oclc.org/pdf/2972/297225770002.pdf>

Cuevas, L. (2010, diciembre). Hipermnesia y reminiscencia: dos fenómenos de recuperación incremental de información de la memoria. *Suma Psicológica*, Vol. 17. p. 135-150. <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n2/v17n2a03.pdf>

Duru, G & Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2016 Jan;29(1):31-7. doi: 10.1177/0891988715598233. Epub 2015 Aug 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30246408/>

Escobar, I., Cardona, M., Sanchez, D & Carvajal, J. (2021). Caracterización clínica de pacientes adultos atendidos en una unidad de neuropsicología de Medellín, Colombia. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, Vol. 4, No. 1: 44-57, enero-junio, 2021. <https://mk0neuropsycholw31up.kinstacdn.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol4/vol4-n1-4-18ene21.pdf>

Fidel, M., Nissen, M., Del Huerto, N., Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina.* N° 175. p.12. https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf

Garcés-Vieira MV, Suárez-Escudero JC. (S.f). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Rev. CES Med* 2014; 28(1): 119-132. http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a10.pdf?utm_source=tecnicatdcs&utm_medium=webelectrolisisterapeutica&utm_campaign=linkexterno1catttecnicatdcs20&utm_content=quesneuroplaticidadscielo

Gómez-Ruiz, A. Estévez -González, C. García-Sánchez. (2003). Estimulación cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: revisión de Técnicas y recursos disponibles. Departamento de Psiquiatría I, Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona. <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/communications/Gomez.html>

Gonzalez, K. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. www.viguera.com/sepg Psicogeriatría 2015; 5 (3): 101-111.

https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0101_0111.pdf

Imtiaz, D., Khan, A. & Seelye, A. (2018). A Mobile Multimedia Reminiscence Therapy Application to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms in Persons with Alzheimer's.

Journal of Healthcare Engineering Volume 2018, Article ID 1536316, 9 pages

<https://doi.org/10.1155/2018/1536316>

Jáuregui, M & Razumiejczyk, E. (2011). Memoria y aprendizaje: una revisión de los aportes cognitivos. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador M. 26, 20-44 ISSN 1515-1182.

Justel, n., O'Conor, j., Rubinstein, w. (2015). Modulación de la memoria emocional a través de la música en adultos mayores: un estudio preliminar. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. vol. 32, núm. pp. 247-259. <https://www-redalyc-org.ces.idm.oclc.org/pdf/180/18043528003.pdf>

Justel, N., Ruetti, E. (2014). Memoria emocional en adultos mayores: Evaluación del recuerdo de estímulos negativos. Cuadernos de Neuropsicología. vol. 8, núm. 1, mayo, 2014, pp. 107-119. <https://www-redalyc-org.ces.idm.oclc.org/pdf/4396/439643137007.pdf>

Tárraga, L & Boada, M. (s.f). Volver a empezar: *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Novartis, Barcelona. ISBN: 84-7429-067-8.

López, O. (2015). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Prensa Médica Latinoamericana. 2015 ISSN 0250-3816.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n2/v37n2a03.pdf>

Manzanero, A. L. (2006). Procesos Automáticos y Controlados de Memoria: Modelo Asociativo (HAM) vs. Sistema de Procesamiento General Abstracto. Revista de Psicología General y Aplicada, 373-412.

Martinez, M., Ramos, P., Hernandez, G., Campos, X., Linares, C., Yanguas, J. (2007). Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA). Colección Documentos Serie Documentos Técnicos N.º 21015.

<https://www.ceafa.es/files/2012/08/cdiaalzheimert21015-2.pdf>.

Mestre, L. T. (2010). Tratamiento no farmacológico de las demencias. En R. A. Serrano, & S. L. Pousa, Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, 4ta edición (pág. 621). Madrid: Editorial médica Panamericana.

Ochoa, A., Aragón, S., Caicedo, L., Tamayo, A. (2005). Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión. Acta Colombiana de Psicología, núm. 14. pp. 19-32.

<https://www-redalyc-org.ces.idm.oclc.org/pdf/798/79880203.pdf>

Romero, S. (2010). Alteraciones de la memoria episódica verbal en fases previas de la Enfermedad de Alzheimer familiar precoz. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de ciencias Sociales, psicología. Bucaramanga.

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/855/digital_19183.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, C., Nariño, D & Muñoz, J. (2010). Epidemiology and Burden of Alzheimer Disease. *Acta Neurol Colomb*; 26: Sup (3:1):87-9.

Serrano, R. A. (2010). Tratamiento farmacológico en la Enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca Serrano, & L. P. Secundino, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, 4ta edición (pág. 621). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Sohlberg, & Mateer. (1987 y 1989). *Modelo Clínico de la atención*.

Tulving, E. (1972): Episodic and semantic memory. En E. Tulving & W. Donaldson, *Organization of memory*. Academic Press

Tulving, E. (1987). Multiple memory systems and consciousness. *Human Neurobiology*, 6(2), 67-80

Tulving, E; & Thomson, D. M. (1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*, 80(5), 352–373. <https://doi.org/10.1037/h0020071>

Valerazo, A., Sanchez, F & Vega, Y. (2015, noviembre). Influencia de la terapia de reminiscencia en la memoria del adulto mayor en Malacatos, Loja. *Revista EAC*. N 5. p.59-67. <https://revistas.unl.edu.ec>

Zamarrón, M., Tárraga, L., Fernandez, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*. Vol. 20. p. 432-437.

Velikonja, D; Tate, R; Ponsford, J; McIntyre, A; Janzen, S; Bayley, M. (2014) recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part V: memory. *INCOG. J Head Trauma Rehabil*. 2014 Jul-Aug;29(4):369-86.

Vega, F. (2012). Estimulación cognitiva en adultos mayores con envejecimiento normal residentes en Bogotá. Universidad de San Buenaventura. Maestría en Neuropsicología Clínica, Línea de investigación en envejecimiento y demencia.

Villalba, S & Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Therapeía* 6 (Julio 2014). 73-93, ISSN: 1889-6111.

Wilson, B., Winegardner, J., & Van Heugten, C. (2019). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Ciudad de México: El Manual Moderno.