

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

INTRODUCCIÓN

Los cuidados especializados de la enfermedad de Alzheimer son varias las actividades que pueden producir en la persona que padece Alzheimer, un tratamiento rehabilitador, que mejore tanto la calidad de vida del paciente, como la **mejora de sus capacidades físicas** para conseguir una mayor autonomía y una menor distrofia muscular.

A lo largo de la presente unidad didáctica conoceremos **diferentes actividades y hábitos** de vida saludable que puede producir una mejora en lo que respecta a la calidad de vida del paciente, como la musicoterapia, mejoras en su nutrición, higiene personal, conocimiento de los trastornos que sufren, del deterioro de los sentidos, incontinencia, etc.

OBJETIVOS

- Conocer diferentes actividades, que producen una mejora física, anímica y rehabilitadora en el paciente que padece Alzheimer.
- Analizarlas ventajas que ofrece la fisioterapia y la terapia ocupacional en el paciente con Alzheimer.
- Conocerlos diferentes trastornos que pueden acontecer en el paciente, así como la prevención de las mismas.

Musicoterapia: ritmo y expresividad

La **musicoterapia** en la tercera edad ofrece a nuestros mayores la posibilidad de encontrarse con vivencias placenteras y gratificantes que comparten con los demás y los acercan a su propia cultura, a la expresión de ellos mismos y a un mejoramiento general tanto físico como psíquico.

La musicoterapia se refiere al uso de la música y sus elementos (ritmo, sonido, melodía...) por un **musicoterapeuta** con el fin de conseguir un efecto terapéutico en un paciente. Este efecto puede ser tanto con fin de desarrollo de potencial o con fines de rehabilitación de funciones perdidas con objetivo de conseguir en los pacientes la mejora más óptima posible e integrarlos socialmente. El uso de esta terapia tiene beneficios a nivel cognoscitivo, físico y socioemocional.

El trabajo se recomienda llevarlo a cabo en **grupo**, ya que ofrece un adecuado estímulo social y psicológico y por todas las ventajas que conlleva el tipo de dinámicas a realizar.

La selección de actividades siempre está supeditada a las posibilidades y limitaciones del grupo, de sus necesidades y motivaciones, estas deberán ser vínculo de creatividad y expresión y facilitar la vivencia de diversas experiencias para así inducir a cada participante a mantener un rol activo dentro del grupo.

Los **objetivos generales** que trabaja la musicoterapia con gente mayor son a nivel físico, psíquico- cognitivo y socio-afectivo. Se trata de una herramienta utilizada en el envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida y la situación de los ancianos. Se han realizado estudios en los que se pretende estudiar la influencia de la musicoterapia sobre los enfermos de Alzheimer.

Para hacer este tipo de estudios previamente se hacen una serie de valoraciones de los pacientes que participan, para ello se les aplica el **Mini examen del estado mental (MMSE)** con el que se permite valorar la memoria, orientación, atención y lenguaje de los afectados; el índice de Barthel

para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria; el NPI o inventario de síntomas

neuropsiquiátricos con el que se valoran la gravedad y frecuencia de 10 síntomas propias de enfermedades neuropsiquiátricas; escala de ansiedad y depresión (HAD) e incluso se pasaba a los pacientes un cuestionario sobre sus preferencias musicales para tenerlo en cuenta en el momento de aplicar la terapia musical.

Se observó que gracias a este tipo de terapia, se mejoró significativamente y de forma progresiva la orientación espacio-temporal, la memoria y el lenguajes de los pacientes, según la escala de ansiedad y depresión mejoró de forma significativa el estado de ansiedad que sufrían algunos ancianos, aunque en los casos de depresión no hay diferencias importantes.

Se han visto por tanto efectos muy positivos en la intervención con musicoterapia en este grupo de población, aunque se desconoce si una vez que finaliza la terapia los efectos conseguidos son capaces de **mantenerse en el tiempo**, si bien es cierto, que los efectos dependen del grado de severidad de la enfermedad, se han visto efectos más significativos en pacientes con Alzheimer leve o moderado, es necesario que se realicen más estudios para valorar los resultados en pacientes con demencia tipo Alzheimer en un estado más severo.

Existen muchas formas de utilización de la musicoterapia actualmente, entre ellas:

- **Musicoterapia pasiva:** La persona solamente escucha la música pero no realiza ningún movimiento, ni utiliza instrumentos.
- **Musicoterapia activa:** Permite mayor participación de la persona con respecto a la anterior, en este tipo de terapia el paciente realiza movimientos, emite sonidos...
- **Musicoterapia mixta:** Se trata de una mezcla de terapia pasiva y activa musical.
- **Musicoterapia receptiva:** Se basa fundamentalmente en la escucha musical en la que el paciente responde de forma silenciosa o verbal, se encuentra activa para la recepción de la música.
- **Musicoterapia creativa:** Permite la participación del paciente de forma que le permite crear ritmos, movimientos, a través de su voz o instrumentos musicales.

Se utiliza en muchos tipos de patologías, pero no solo para el enfermo sino también para los cuidadores y para crear un ambiente de relajación.

A nivel físico:

- Retardar el proceso de deterioro de sus facultades físicas.
- Dinamizar a la persona, aumentando la fuerza muscular, la movilidad y resistencia física de las extremidades superiores e inferiores.
- Promover el estado de relajación.

A nivel psíquico-cognitivo:

- Retardar el proceso de deterioro de sus facultades psíquicas.
- Dinamizar a la persona a nivel psíquico.
- La aparición de cuadros depresivos.
- El desarrollo de los procesos demenciales.
- Mejorar y mantener las habilidades verbales.
- Estimular la memoria inmediata, reciente y remota (hacer revivir las cosas que los mueven).
- Mejorar los niveles de atención en una tarea.
- Ayudar en la orientación a la realidad (día-hora, dónde estamos, estación del año, festividades, meteorología, etc.).

Para la depresión: ya que esta enfermedad supone un gran impacto emocional, la musicoterapia se utiliza para aliviar los síntomas.

Afasias: Aunque los enfermos de Alzheimer no puedan muchas veces hablar porque no son capaces de encontrar las palabras adecuada, sí que pueden llegar a cantar algunas palabras, con estos pacientes se trabaja normalmente con melodías y ritmos.

Autismo: Como consecuencia de las afasias que sufren los ancianos demenciales muchas veces llegan a situaciones de autismo en las que prefieren no relacionarse, gracias a la música se estimula su comunicación y formas de expresión, por lo que es una de las situaciones en las que más se usa y recomienda este tipo de terapia.

A nivel socio-afectivo:

- **Resocializar** a la persona mayor, a través del fomento de la relación interpersonal con el terapeuta y el resto de compañeros.
- Conseguir una **gratificación psicológica** y una **recuperación de la autoestima**, a través del descubrimiento de habilidades desconocidas o la recuperación de actividades abandonadas, actividades donde se sientan útiles, hasta donde les permitan sus limitaciones (se ha de facilitar la aceptación de sus propias limitaciones).
- **Fomentar la comunicación** y la relación con el entorno a través de diversos canales, evitando el aislamiento o la inseguridad.
- Potenciar la **capacidad de decisión**.
- **Ofrecer un espacio** en el que se puedan expresar las dificultades emocionales propias de la senectud (pérdidas, duelo, soledad, etc.) en un contexto no verbal y verbal.
- **Fomentar el trabajo en grupo** junto con las personas de su misma edad, compartiendo su tiempo de ocio con actividades satisfactorias, así como enseñar a la persona a convivir y aceptar a las demás personas que conviven en la misma residencia.
- **Mejorar la calidad de vida**.

La **danzaterapia**, además de tener los beneficios de la música, representa la forma más común de la función expresiva que tiene el movimiento. Expresa simbolismos para dar a conocer emociones, sentimientos, deseos. Las grandes posibilidades comunicativas, creativas y sociales que derivan del tratamiento de la expresión corporal, dan justificación a la relevancia que supone en el marco de la

E.F. el trabajo realizado a través de la danza.

En primer lugar, cabe destacar qué es la danza. Muchos desconocen que la misma se trata de una de las formas de arte y de expresión más antigua de la humanidad, diversificada en numerosas variantes. **Danzar** es expresar emociones e ideas moviendo el cuerpo en el espacio ya que, los movimientos del cuerpo son palabras que no se escuchan pero que transmiten con la misma fuerza.

En cuanto a las **dimensiones** que podemos encontrar dentro de la danza, cabe señalar las siguientes:

- Dimensión artística.
- Dimensión terapéutica.
- Dimensión educativa.
- Dimensión ocio.

Es destacable que la danza puede considerarse una **actividad transversal**, pues se trata del empleo del cuerpo para comunicar gracias al movimiento. Dentro del ámbito de la actividad física, la Danza se asimila al deporte, si bien, la motricidad es un rasgo común en ambas.

Tratamiento rehabilitador: nivel físico

El **tratamiento rehabilitador** en la enfermedad de Alzheimer se centra en la **fisioterapia** del paciente, debido a los problemas musculares y de rigidez que presenta. La fisioterapia es un método curativo de muchas enfermedades y lesiones, mediante la aplicación de agentes físicos tanto naturales como artificiales, como la luz, la actividad física, frío, calor, radiaciones luminosas, rayos X... Con la aplicación de esta terapia la calidad de vida y percepción de salud del paciente implicado debe alcanzar su óptimo potencial.

Este tipo de terapia debe desarrollarse por profesionales cualificados, los **fisioterapeutas**, los cuales habrán llevado a cabo una formación académica de tipo universitaria en la cual se les proporcionarán los conocimientos necesarios para proporcionar fisioterapia a todos aquellos pacientes que lo requieran. En la mayoría de los casos la fisioterapia es utilizada por deportistas que sufren lesiones corporales, sin embargo a medida que pasan

los años, y la población envejece va perdiendo funciones corporales que también pueden mejorar mediante la aplicación de esta herramienta.

Dentro de las fases de la evolución clínica de la enfermedad, el plan fisioterapéutico se centra en el uso de:

- **Cinesiterapia.** Uso de técnicas para mejorar la salud o recuperación de una lesión o disfunción, son movimientos que realiza el terapeuta en los que el paciente debe permanecer inmóvil.
- **Hidroterapia.** Este tipo de terapia se basa en el uso del agua para tratar enfermedades o lesiones. Consiste en introducir al paciente en una masa de agua que le proporcionará efectos positivos a nivel cardiovascular, de contracturas musculares, inflamación de tendones, así como relajación, alivio de la ansiedad o trastornos depresivos...
- **Estimulación psicomotriz.** Es una forma de terapia que persigue la estimulación de las habilidades motoras del paciente, desarrollo de reflejos y movimientos.
- **Termoterapia y crioterapia.** Uso del calor como agente terapéutico y Uso del frío como agente terapéutico respectivamente.
- **Fisioterapia con ultrasonido.** Se usa para tratar tendinitis, lesiones o incluso cicatrices.
Consiste en la transmisión de ondas mecánicas a través de un gel que permite que se propague la energía.
- **Fisioterapia respiratoria.** Son técnicas empleadas para prevenir o tratar las funciones o alteraciones respiratorias.

Como vemos existen muchas formas de aplicación de la fisioterapia, cada una de ellas enfocada a distintas partes del cuerpo, lesiones o alteraciones, en función de las necesidades del paciente se aplicarán unas u otras.

El tratamiento de fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer presenta los siguientes **objetivos a alcanzar** tras la intervención:

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Retrasar lo máximo posible la evolución de la enfermedad.
- Mejora de sus capacidades físicas, para conseguir una mayor autonomía y una menor distrofia muscular.
- Mejorar la coordinación y el equilibrio.
- Mantener el mayor tiempo posible su independencia.

- Orientar a los familiares o cuidadores sobre algunos aspectos del cuidado del paciente.
- Mejorar o prevenir en la medida de lo posible las enfermedades que puedan presentarse.
- Prevenir cualquier tipo de complicación que pueda desarrollarse en las etapas de la enfermedad, sobretodo en la fase en la que el paciente necesite reposo en cama, por ejemplo úlceras por presión.

El tratamiento rehabilitador en la fase I de la enfermedad.

En esta fase el objetivo es retrasar el mayor tiempo posible la pérdida de capacidades **físicas y funcionales**. Los objetivos en esta fase son los siguientes:

- Prevenir las complicaciones en cuanto a movimiento, desplazamiento y orientación que aparecerán a medida que avanza la enfermedad.
- Mantenimiento de la independencia y autonomía todo lo posible.
- Fortalecimiento muscular. Estiramientos.
- Tratar los déficits que aparezcan y evitar que sean muy limitantes.
- Prevenir otras complicaciones asociadas al curso de la enfermedad.

El tratamiento consistirán en:

- **Relajación del paciente**, en esta fase empieza a ser consciente de los efectos de la enfermedad y a menudo sienten agobio, frustración, por lo necesitarán relajarse para liberar la ansiedad producida,
- Se usará la técnica de **cinesiterapia** para realizar contracciones musculares.
- Aplicación de **masajes** con efecto sedante para evitar la depresión de los enfermos,
- Aplicación de **musicoterapia**.
- Se usará **hidroterapia** para relajar al paciente y para prevenir las alteraciones del equilibrio y la coordinación que empiezan a aparecer en esta fase, permite además mejorar la función de brazos y piernas.
- Se debe también potenciar la **bipedestación** y la **marcha**, a ser posible en lugares tranquilos en los que el paciente se sienta cómodo.
- **Fisioterapia respiratoria**, para mantener las funciones respiratorias y prevenir complicaciones, uso de espirómetro.

El tratamiento rehabilitador en la fase II de la enfermedad. En esta fase, debido al deterioro cognitivo, existe la necesidad de ayuda externa para

la realización de la mayoría de las actividades diarias, al mismo tiempo que queda mermada la capacidad para dar respuesta a los diferentes estímulos. Por ello el objetivo del tratamiento en esta fase es intensificar los mecanismos de seguridad con el fin de prevenir caídas o accidentes. Los objetivos específicos de esta fase serán:

- Mantener las capacidades de movilización y desplazamiento al máximo posible que el paciente pueda alcanzar.
- Prevenir complicaciones del sistema cardíaco y circulatorio.
- Prevenir complicaciones respiratorias.

Algunas de las **prácticas rehabilitadoras** incluyen las de la **fase I** y las siguientes:

- Tratamientos posturales, se buscará que el paciente sea capaz de adoptar las posturas más adecuadas y que los familiares las conozcan para vigilarlo.
- Deambulación, ya que es fundamental para poder mantener la postura y marcha corporal.
Entrenamientos en escaleras, pasillos, enseñanza de uso de bastones, andadores... Ejercicios en columna vertebral para minimizar la rigidez de la misma y permitir la Buena respiración.
- Estiramientos.
- Movilidad de todas las articulaciones.
- Reconocimiento de su propio cuerpo.
- Realización de ejercicio para prevenir dolores.
- Fisioterapia respiratoria en mayor profundidad: Ejercicios de tos dirigida, drenajes posturales, práctica de espiración abdominal con el uso de presión sobre el abdomen, prácticas de respiración con diafragma...

El tratamiento rehabilitador en la fase III de la enfermedad. En esta fase el deterioro cognitivo del paciente está muy agravado, por lo que es muy difícil conseguir la colaboración y participación en la realización de los ejercicios por parte del paciente, y aunque el pronóstico de la enfermedad ya es muy negativo, el uso de técnicas de fisioterapia pueden mejorar la calidad de vida de los afectados.

En esta fase se intenta retrasar lo máximo posible la **inmovilidad absoluta** en cama del paciente,

ya que las complicaciones que ello conlleva son bastante problemáticas como la aparición de escaras o atrofia muscular y suponen una degeneración muy rápida de los sistemas corporales.

Cuando la necesidad de encamar al paciente aparece y no es reversible, las distintas acciones a realizar están indicadas para el control de complicaciones como aparición de úlceras por presión o entumecimiento muscular.

Los **objetivos** específicos de esta fase serán por tanto: la prevención o el tratamiento de las complicaciones en caso de que ya hayan aparecido y el mantenimiento del tono muscular del paciente y de la poca movilidad articular que le quede.

El tratamiento consistirá en:

- **Cambios posturales.**
- **Ozonoterapia.**
- **Masajes** en la piel sobre todo en zonas donde haya prominencias óseas o de apoyo, para evitar las lesiones epiteliales, cinesiterapia de forma pasiva y muy suave para evitar dañar aún más al paciente.
- **Fisioterapia respiratoria** en la que se incluye el clapping para ayudar al paciente a expulsar la mucosidad, espiración asistida.

Terapia de psicoestimulación cognitiva, orientación en la realidad

«La **estimulación cognitiva** en pacientes con enfermedad de Alzheimer agrupa un conjunto de intervenciones que actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social de esta enfermedad. En sentido amplio, la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad» [J Olazarán, R Muñiz. Estimulación cognitiva posible y recomendable. En Alzheimer 2004: la pragmática necesaria. JM Martínez Lage, T del Ser (eds). Aula Médica, Madrid 2004].

La estimulación cognitiva se puede definir como el **conjunto de técnicas y estrategias** utilizadas para potenciar la eficacia de las distintas capacidades cognitivas. Esta potenciación de capacidades se lleva a cabo a

través de la realización de determinadas actividades y situaciones, denominados programas de estimulación. Son programas que estimulan y mantienen activas las capacidades cognitivas con el fin de mejorar la calidad de vida del ser humano en todas sus vertientes.

La estimulación cognitiva consiste en trabajar las **diferentes áreas cognitivas** que se encuentran afectadas para por la enfermedad y aquellas que aún no están afectadas todavía para poder ralentizar el deterioro. Esto es posible mediante la realización de diferentes ejercicios que se adecuan a las características del sujeto y su patología, y que son realizadas de forma continuada.

Cada vez son **mayores las evidencias** que la ciencia ofrece sobre las terapias que no implica el uso exclusivo de medicación como es la estimulación, junto con el uso de fármacos que dan lugar a una mejora y a una mayor estabilidad en las demencias y patologías de deterioro cognitivo, por ello es hoy día indispensable que los afectados de estas enfermedades reciban una buena estimulación por parte de los profesionales en el área.

Cualquier **capacidad humana** se caracteriza por ser susceptible de mejora a través de la práctica y la experiencia.

El conjunto de técnicas y estrategias que optimizan la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas mediante una serie de **situaciones y actividades** concretas sería la estimulación cognitiva, y la estructura de estas y su organización dan lugar a los “programas de estimulación cognitiva”.

Los objetivos de la estimulación cognitiva son:

- Desarrollar las capacidades mentales.
- Mejorar y optimizar su funcionamiento.

El uso de este tipo de **actividades y estimulación** en general, no debe ser restringido a personas con patologías exclusivamente, sino que pueden ser empleados para cualquier persona, ya que es un entrenamiento que aportan beneficios a cualquier edad.

Por tanto en cualquier tipo de individuo lo que se pretende es activar, **estimular y entrenar** determinadas capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma correcta y ordenada, para transformarlas en una habilidad, hábito y/o destreza.

El **objeto terapéutico** es aquel que se centra en personas con algún tipo de retraso, alteración, déficit o deterioro cognitivo importante, significativo.

Dichos síntomas se consideran en determinadas ocasiones como **fundamentales y definatorios** en cuanto al diagnóstico de una discapacidad o patología.

En estos casos los **objetivos principales** de la estimulación cognitiva serían:

- Mejorar el funcionamiento de las funciones cognitivas que presentan algún tipo de retraso.
- Rehabilitar y recuperar las funciones y capacidades que han sufrido algún déficit.
- Enlentecer el deterioro de ciertas funciones producido por algún tipo de proceso neurodegenerativo.

La **estimulación cognitiva** tiene como objetivo principalmente conservar la capacidad intelectual e instruir estrategias que admitan enlentecer y compensar los diferentes cambios en el procesamiento mental que suponen la discapacidad mental, además de beneficiar la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de las personas con discapacidad en las actividades que llevan a cabo normalmente o en otras nuevas que deseen adquirir de manera que mejoren positivamente su calidad de vida.

Dentro de las **ventajas** que reporta la estimulación cognitiva, cabe destacar que:

- Los programas pueden ser orientados a las **características y necesidades** particulares de las personas a las que se dirigen, lo que permite una intervención altamente personalizada.
- Las habilidades que se ejercitan mantienen los niveles alcanzados después de su intervención.
De hecho, habilidades entrenadas en pocos meses se mantienen al menos por dos años.
- Al ser una instancia de estimulación guiada por un profesional, las habilidades no sólo se pueden preservar (como ocurre al ejercitarlas a través de la lectura o resolviendo juegos de ingenio o crucigramas), sino que se pueden aumentar y compensar.

- Las habilidades que se ejercitan son empleadas en actividades cotidianas, lo que produce una mejora en la autonomía y seguridad de las personas.
- Actúa como un factor protector frente al **declive cognitivo** propio de la edad y al resultante de patologías como el Deterioro Cognitivo Leve y la Enfermedad de Alzheimer.
- El impacto que tienen en la protección de las funciones cognitivas supera los que se derivan de una mayor edad, un menor nivel educacional o una ocupación laboral sin grandes exigencias intelectuales.
- Disminuyen el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y de llegar a las etapas de mayor gravedad, posiblemente por retrasar sus manifestaciones clínicas.

A modo de conclusión, podemos decir que la **Estimulación Cognitiva** tiene como objetivo de intervención lo que, genéricamente hablando, se conoce con el nombre de capacidades cognitivas. Para ello, cuenta con una serie de técnicas o intervenciones que, de una forma más o menos estructurada, de una forma más directa o indirecta, inciden en la mejora y rehabilitación de dichas capacidades (Acuña y Risiga, 1997; Nevado, 2003).

Peña-Casanova (1999), por ejemplo, establece la siguiente **clasificación** a la hora de jerarquizar el tipo de intervenciones que se desarrollan en el ámbito de la Estimulación Cognitiva:

- Intervenciones estructuradas, esto es, actividades organizadas y escogidas específicamente con objetivos determinados.
- Intervenciones informales tales como las recreativas, actividades ocupacionales, de la vida diaria, etc.; en definitiva, actuaciones que en mayor o menor medida implican un entrenamiento cognitivo, aun no siendo éste su objetivo fundamental.
- Intervenciones mixtas, que, como su propio nombre indica, implican una combinación de las intervenciones descritas con anterioridad.

Según expone **Julia García Sevilla**, en su libro “Estimulación Cognitiva”, el objetivo de este tema es describir buena parte de ese conjunto de intervenciones que pueden ayudar a la estimulación y/o rehabilitación de las capacidades cognitivas.

El **objetivo principal**, perseguido por el entrenamiento en habilidades cognitivas, es la mejora de la conducta inteligente, mejora de las

capacidades intelectuales. Intenta optimizar las capacidades cognitivas, para favorecer el aprendizaje de las personas con discapacidad, favoreciendo así a su autonomía ya autodeterminación.

Se fundamenta en la premisa de que las **capacidades cognitivas o neuropsicológicas**, responden de manera positiva al entrenamiento o ejercicio constante, fomentado la práctica repetida de cada una de ellas, al igual que las capacidades o habilidades motoras.

Se fundamenta en la premisa de que las capacidades cognitivas o neuropsicológicas, responden de manera positiva al entrenamiento o ejercicio constante, fomentado la práctica repetida de cada una de ellas, al igual que las capacidades o habilidades motoras.

Mejorar las capacidades o habilidades cognitivas supone:

- Procesar la información rápidamente.
- Realizar mejores decisiones por unidades de tiempo.
- Realizar múltiples tareas simultáneamente (multi-tasking).
- Recuperar información antigua más rápidamente.
- Aprender información nueva más fácilmente.
- Concentrarse en presencia de distractores.

Los **objetivos principales** de la intervención en capacidades cognitivas son:

- Mantener las habilidades cognitivas.
- Enriquecer el entorno social y personal del individuo.
- Fortalecer las relaciones personales y con el entorno.
- Fomentar su autonomía.

Para el mantenimiento de las **distintas habilidades cognitivas**, se suelen utilizar las mismas pruebas que se han utilizado en el entrenamiento y estimulación, ya que el mantenimiento consiste en mantener activas dichas funciones, realizando una práctica regular de las mismas.

El incremento de las capacidades cognitivas está directamente relacionado con mejor desempeño personal en la vida diaria.

Por ello no sólo es necesario **intervenir a nivel de estimulación** de las capacidades cognitivas, es imprescindible mantener ese nivel de funcionamiento alcanzado con el entrenamiento y estimulación.

Existen distintas terapias psicológicas dirigidas al mantenimiento e incremento de las **funciones cognitivas**, dentro de estas encontramos los programas de psicoestimulación cognitiva.

Estos **programas** se basan en la idea de que el mantenimiento de una persona estimulada, que ha alcanzado un desarrollo óptimo de las capacidades cognitivas a través del entrenamiento y estimulación, consigue ralentizar su declive cognitivo y funcional.

Cada uno de estos programas debe ser adaptado al tipo de discapacidad, edad de la persona, deterioro cognitivo y estado funcional.

La **intervención cognitiva** engloba un conjunto de métodos y estrategias que optimizan el rendimiento del paciente y, de este modo, se reduce el índice de dependencia, evitando que éste aumente, mejorando así su calidad de vida, y aumentando su autoestima.

Existen diversos tipos de **estrategias psicosociales** propuestas para el tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo, como es el caso de la persona con Alzheimer. Así, por ejemplo, para las personas con demencia, se proporcionan actividades que se encuentran enfocadas al entrenamiento de las funciones dañadas; y otras dirigidas a tratar diferentes problemáticas conductivas.

El **equipo interdisciplinar** suele llevar a cabo un programa individual de entrenamiento cognitivo que se encuentra enfocado a obtener mayores niveles de autonomía personal. De este modo, pacientes con daño cerebral, y bajo la premisa teórica de que es posible reactivar zonas del cerebro no dañadas por la enfermedad, se lleva a cabo un programa personal para que el paciente pueda subsanar el déficit, disminuyendo el nivel de discapacidad.

El paso anterior al diseño de las técnicas para el entrenamiento es la **valoración funcional y cognitiva** del paciente; para ello se lleva a cabo una evaluación integral de las capacidades, la cual abarca diferentes aspectos:

- Estado de su salud física y cognitiva.
- Funcionamiento corporal.
- Capacidad sensorial.
- Capacidad de tomar decisiones.

- Habilidades de comunicación y de la historia de su vida, la cual se incluye en un referente social y cultural.

El amplio abanico de ámbitos y áreas a evaluar hacen esencial que esta valoración sea realizada por **diferentes miembros del equipo** interdisciplinar (médico geriatra, enfermero, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc.).

Además de esta valoración inicial, el equipo técnico realiza **evaluaciones continuas y específicas**.

El deterioro en la mayoría de los pacientes dependientes es progresivo, por lo que la evaluación de la capacidad funcional para la realización de las actividades cotidianas de cada usuario y su adaptación al medio residencial debe ser continua mientras permanezca en la institución social.

Evaluación funcional desde un **enfoque interdisciplinar**:

- Área clínica.
- Área cognitiva.
- Área de psicomotricidad.
- Área de autocuidados.
- Área personal y doméstica.
- Área de autocontrol.
- Área social.
- Área de ocio y tiempo libre.
- Área de integración comunitaria.

Hay distintas terapias aplicables para el mantenimiento y mejora de las **capacidades cognitivas**. Dentro de las no farmacológicas, se encuentran los programas de psicoestimulación cognitiva. Estas intervenciones se basan en la creencia de que manteniendo a la persona estimulada, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, se conseguirá disminuir o ralentizar su declive cognitivo y funcional.

Por ello, las técnicas están dirigidas a estimular las **áreas intelectuales** que se encuentran resguardadas, evitando la nulidad que puede venir derivado de la falta de competencia en otras funciones.

En todos los casos, el programa de estimulación deberá de ser **adaptado** a las características personales de cada paciente, en base a los siguientes factores:

- Tipo de demencia.
- Estado cognitivo.
- Duración de la enfermedad.
- Nivel de gravedad de la misma (grado de alteración cognitiva, necesidad de supervisión y asistencia).
- Estado funcional (capacidad para manejarse con tareas simples y cuidar de sí mismo).

De todas las técnicas terapéuticas empleadas en el contexto de la estimulación cognitiva, se presentan tres tipos de programas, los cuales están indicados especialmente para los pacientes que se encuentran en fases **leves y moderadas** de una enfermedad y que conlleva un deterioro cognitivo importante, como, por ejemplo, la demencia.

A. Terapia de orientación a la realidad (T.O.R.)

Para la estimulación cognitiva de la habilidad de **orientación y razonamiento espacial**, se utiliza el programa de “Terapia de Orientación a la Realidad” (TOR).

La **Terapia de Orientación a la Realidad** fue descrita por primera vez por Folsom en el año 1958 como una técnica para mejorar la calidad de vida de las personas ancianas con estados de confusión, aunque sus orígenes se remontan a los intentos por rehabilitar a veteranos de guerra y no al ámbito del trabajo clínico.

Según Folsom, esta teoría opera a través de la representación de información relacionada con **orientación temporal, espacial y orientación sobre la propia persona**. Lo que se desprende, que esta teoría, ofrece a la persona un mayor nivel de comprensión de todo el entorno que le rodea, aumentando la sensación de control y autoestima.

La **TOR**, se aplicará en un orden previamente establecido.

En primer lugar, se comienza con la **orientación a la persona**, ya que es conveniente favorecer la individualidad de cada persona, para que se

reconozca como individuo único. Se estimula con actividades personales como llamar al sujeto siempre por su nombre, recordarle su edad o su cumpleaños.

En segundo lugar, se sigue con las técnicas de **orientación espacial**, favoreciendo que el usuario tome conciencia de todos los aspectos que le rodean, situándose en el momento y en su persona. Es esta fase se suelen utilizar actividades de reconocimiento de lugares conocidos, manejo de mapas o fotografías de lugares

En tercer lugar, y último, se realiza la **orientación temporal**, evitando preguntas directas como ¿qué día es hoy?, para evitar que se frustre cuando no sepa contestar. Se estimula con decirle al paciente el año en el que se encuentra, el mes, el día, la hora y la estación en la que nos encontramos.

Esta terapia se ha aplicado de **diversas formas**, algunas de ellas son:

- En sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración, donde se trabaja en pequeños grupos de pacientes, generalmente varias veces a la semana. Las sesiones están enfocadas al desarrollo cognitivo, comenzando normalmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes.
- Otra forma es la orientación de 24 horas, en la que la reorientación está presente todo el día y se practica a través de diferentes referencias ambientales.

También existen una serie de **programas de estimulación cognitiva** cuya aplicación se realiza a través de las nuevas tecnologías, estos programas se pueden dividir en dos grandes bloques:

- Los programas dirigidos a la rehabilitación de procesos cognitivos específicos y al entrenamiento en habilidades concretas.
- Los programas dirigidos al entrenamiento de los sujetos en las funciones cognitivas principales, utilizando programas de mayor complejidad.

En España Franco, Orihuela, Bueno y Cid (2002), han desarrollado el **programa Grador**.

Este programa consiste en un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica **por ordenador**, que permite la realización

de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas, en personas con deterioro cognitivo.

B. Terapia de reminiscencia

La Terapia de Reminiscencia (TR) proviene de los primeros trabajos de Butler (1963) acerca de la “**Revisión de la vida**”. Es una técnica usada específicamente en grupos de personas mayores, y se define como el “proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se trae a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver”.

La terapia de reminiscencia es un espacio terapéutico en el que se estimula a los participantes a que hablen acerca de **eventos pasados** de su propia vida, lo que se convierte en una oportunidad para organizar sus recuerdos personales y les ayuda a revisar lo que han sido en el pasado y también a definir lo que desearían que ocurriera en los años venideros.

Se trabaja en sesiones de grupo, una vez a la semana y con la ayuda de materiales como fotografías, música, objetos y vídeos del pasado. Generalmente, se estimula al paciente para que cuente cosas de su pasado –la historia de su vida– y hable de todo lo que recuerde. Así, se proponen actividades que facilitan que recuperen experiencias personales con la intención positiva de poder llegar a dar un sentido a su existencia.

Esta técnica se aplica en un **ambiente lúdico y atractivo**. Para su puesta en práctica, el usuario debe contar con unos niveles aceptables de capacidad de memoria remota (que, afortunadamente, es la que más tarda en deteriorarse en las demencias).

La **terapia de reminiscencia** resulta efectiva en personas que no se encuentran en una fase muy avanzada de la enfermedad y, como resultados positivos, también mejora la autoestima del paciente.

Generalmente se realiza en reuniones de grupo en las que se **estimula a los participantes** a que hablen sobre los episodios del pasado. Sus objetivos son:

- Estimular los recuerdos personales y sociales (memoria autobiográfica, episódica y semántica).
- Facilitar la orientación estableciendo datos externos como recordatorios: orientación y ubicación temporal.
- Propiciar el aumento de la autoestima.

Desde un punto de vista cognitivo, esta terapia es una forma de activar o actualizar sobre todo la **memoria biográfica** del paciente; además, se favorece un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) de estímulos familiares que conecta con toda la red de recuerdos relacionados con dichos estímulos (memoria episódica y semántica). Ahora bien, queremos resaltar la idea de que la Reminiscencia no es considerada estrictamente una técnica destinada a potenciar los aspectos cognitivos.

Sus **objetivos fundamentales** son: propiciar la interacción, generar interés por el acto de recordar y aumentar la autoestima y la confianza. No se estimula la evaluación de los recuerdos, ni tampoco se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes.

Algunas de **las actividades** que desencadenan recuerdos del pasado son:

- **Practicar antiguas habilidades** como, por ejemplo, amasar pan, escribir a máquina, machacar con el almirez, beber de una bota de vino, utilizar herramientas de trabajo antiguas, etc.
- **Utilizar objetos caseros típicos** de ciertas épocas de la vida del sujeto: una radio antigua, un teléfono de la época, un molinillo de café, cartas o postales, etc. Estos objetos suelen recibir el nombre de objetos reminiscentes.
- Presentar al paciente fotografías de distintas épocas de su vida.
- **Utilizar películas, lecturas o periódicos de la época.**
- Acudir a ciertos lugares como única manera de activar ciertos recuerdos: salidas a la escuela, cines, café, trabajo, iglesia, calles, monumentos, museos, parques, mercadillo, tiendas significativas; o asistir a fiestas, locales, viajes a la montaña o al mar, baile, verbena.

Algunos **aspectos importantes** a la hora de desarrollar la TR son:

- Se puede realizar con la frecuencia que se desee y, además, no hace falta un ambiente específico para realizarla, puede ser desarrollada en cualquier lugar (al tener una conversación espontánea, al ir de paseo...).
- Es mejor utilizar objetos reales para realizar la estimulación, porque tiene un mayor componente afectivo y pueden evocar recuerdos de mayor componente emotivo. Es más, deben ser lo más personales posibles: sus canciones, sus fotos, su hogar, etc.

- Es importante conocer la vida del sujeto para evitar tocar algunos temas del pasado que puedan serle conflictivos.

C. Terapia comportamental

La terapia comportamental o terapia de modificación de conducta afirma que pueden producirse cambios en el **comportamiento desadaptativo** de un paciente a través de la modificación de los hechos precedentes o de las consecuencias de una conducta concreta que éste presenta. Es decir, podremos conseguir que un comportamiento concreto se mantenga, aumente o disminuya modificando los hechos precedentes al mismo o sus consecuencias inmediatas. Para ello, se podrán en práctica las teorías del reforzamiento (positivo y negativo), con las que se intentará:

- Que el paciente mantenga o aumente conductas que ya realiza y que se adaptan al context residencial.
- Que el paciente adquiera (aprenda) conductas nuevas adecuadas a este entorno.
- Que se reduzcan o eliminen los comportamientos no deseados o que no favorecen la convivencia o la salud de los residentes.

La **terapia comportamental** resulta efectiva en el abordaje de los trastornos de conducta más frecuentes en los pacientes con Alzheimer; concretamente, nos referimos a:

- Agitación motora - Enfados y pérdidas de control.
- Deambulación continua - Reacciones agresivas (físicas o verbales).
- Alucinaciones e ideas delirantes - Manifestaciones sexuales inapropiadas.
- Alteraciones ciclos del sueño (dormir/despertar) - Otras, como gritos, llanto, etc.

Terapia Ocupacional: actividades de la vida diaria

La **Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales** (WFOT) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas

tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

El término “**terapia ocupacional**”, puede confundirse con el mero hecho de mantener a la persona entretenida u ocupada, por lo que es importante aclarar que el objetivo final de esta disciplina es conseguir que el paciente, con alguna limitación, alcance la máxima funcionalidad, a través de la realización de actividades y talleres, que persiguen unos objetivos terapéuticos fijos.

Los profesionales de esta disciplina, tienen una **formación socio-sanitaria**, enfocada a la rehabilitación, física y psíquica, del paciente, se centran en trabajar las funciones cognitivas y las capacidades físicas, de movilidad y coordinación, para que puedan mantener y/o aumentar su autonomía en la realización de sus actividades cotidianas.

Para **concretar y especificar** un poco más el ámbito de actuación de los profesionales dedicados a la T. O, escogemos, como ejemplo concreto, la descripción que ofrece la Guía de ocupaciones, material de orientación profesional, publicada por la Junta de Andalucía.

Según lo especificado en esta guía, la función general de este tipo de profesionales es dirigir la respuesta del paciente/cliente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, según las **necesidades del enfermo**, discapacitado o marginado y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con la mínima dependencia posible para lograr una correcta adaptación al medio.

Este profesional se dedica a **planificar, diseñar y desarrollar** programas de actividades que mejoren las condiciones de los pacientes con alguna patología o limitación, física o mental, para que consigan una mejor reinserción y adaptación en los aspectos de su vida, laboral, personal, social...

Según expone el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CRE Alzheimer), la **intervención a nivel funcional** es uno de los pilares en el tratamiento no farmacológico de la EA y otras demencias, ya que está ligado al grado de dependencia y la necesidad de apoyo de otras personas o equipos adaptados.

Estos últimos aspectos influyen de manera directa en la calidad de vida de la persona y la familia, y por tanto es el área primordial de intervención del terapeuta ocupacional. Las **Actividades de la Vida Diaria (AVD)**, son todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización genera en mayor o menor medida un grado de dependencia. Esta necesidad conlleva un gran impacto para la persona, a nivel socio-familiar y económico, debido a que la persona debe recibir asistencia de calidad ya sea en el hogar o en la institución.

Las **actividades de la vida diaria (AVD)** son las acciones que normalmente se realizan a lo largo del día y son las mismas para todas las personas, aunque se diferencian por el contexto cultural, los hábitos y los roles adquiridos. Estas actividades se clasifican de la siguiente manera:

- **Actividades básicas AVDB (dirigidas al autocuidado y la movilidad):**
 - Alimentación.
 - Vestido.
 - Aseo personal.
 - Movilidad: manejo de silla de ruedas, cambios posturales, equilibrio y control del tronco.

- **Actividades instrumentales AVDI (dirigidas a que la persona se desenvuelva de manera autónoma y segura en su entorno):**
 - Cuidado de la casa.
 - Medicación.
 - Uso de transporte público y/o privado.
 - Ocio.
 - Trabajo y estudio (adaptación y accesibilidad).

El profesional valora al paciente teniendo en cuenta todas las facetas de su vida, sus intereses y sus prioridades vitales mediante técnicas de evaluación estandarizadas (escalas de independencia funcional, escalas de Barthel, etc.) y técnicas semiestructuradas (observación y entrevista).

Con los datos obtenidos tras la evaluación, se elabora el diagnóstico y se establecen unas **pautas concretas a seguir** para el tratamiento, el cual se aborda desde tres enfoques diferentes:

- Teniendo en cuenta los **componentes de ejecución** que son necesarios para realizar una actividad concreta, como por ejemplo la afectación del tono muscular, la limitación de la movilidad articular, la alteración de la sensibilidad, etc. El tratamiento, en este caso, se centra en el desarrollo de las capacidades residuales por medio de ejercicios pasivos y/o activos, en función de la situación funcional.
- Teniendo en cuenta las **áreas de ejecución**, se entrenan las actividades de la vida diaria con la ayuda de los productos de apoyo necesarios.
- Teniendo en cuenta los **contextos de ejecución**, el terapeuta asesora sobre adaptaciones necesarias en el hogar y/o en el baño y orienta a los cuidadores en las labores de asistencia.

Para **evaluar o valorar** el estado funcional del paciente se utilizan diversos instrumentos.