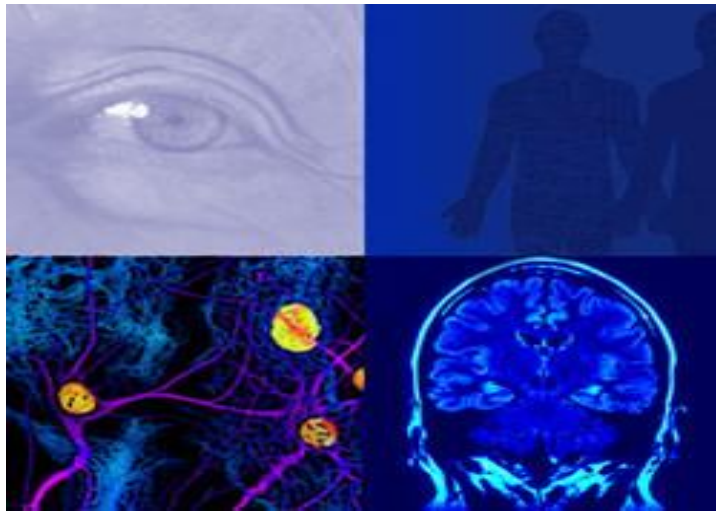


UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y PSICOLOGÍA

MEMORIA DE PRÁCTICAS REALIZADAS EN EL COMPLEJO

ALZHEIMER JOSÉ BUENO



**MÁSTER EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL
ÁMBITO CLÍNICO Y SOCIAL**

ITINERARIO NEUROPSICOLOGÍA APLICADA

TRABAJO FIN DE MÁSTER CONVOCATORIA DE JUNIO 2013

Susana Prado González

DIRECTORAS DEL TRABAJO:

DOLORES ÁLVAREZ CAZORLA

MARIA DEL CARMEN NOGUERA CUENCA

ÍNDICE

1. Introducción teórica general a los Centros de Día	4
1.1. Conceptos generales	4
1.1.1. Origen	4
1.1.2. Definición	4
1.1.3. Objetivos de los Centros de día	5
1.2. Los Centros de día para enfermos de Alzheimer	5
1.2.1. Funciones de estos centros	5
1.2.2. Objetivos	7
1.2.3. El papel de los Centros de día en la sociedad actual	9
1.2.4. Evaluación y rehabilitación neuropsicológica	10
1.2.4.1. Evaluación neuropsicológica	11
1.2.4.2. Rehabilitación neuropsicológica	14
2. Memoria de prácticas	19
2.1. Centro de día “Complejo Alzheimer José Bueno”	19
2.1.1. Descripción, servicios que ofrece y tipos de pacientes	19
2.1.2. Evaluación y programas de intervención neuropsicológica	23
2.2. Funciones realizadas durante el periodo de prácticas	25
2.2.1. Informes Neuropsicológicos de las evaluaciones realizadas	26
3. Reflexión	47
4. Anexos	51
5. Referencias	56

INTRODUCCIÓN
TEÓRICA
GENERAL A LOS
CENTROS DE DÍA

1. Introducción teórica general a los Centros de día

1.1. Conceptos generales

1.1.1. Origen

Los recursos de atención diurna a personas mayores surgieron en España a mediados de los años 80 a través de los servicios gestionados por el IMSERSO. Hasta entonces, la prestación de este tipo de servicios sociales era fundamentalmente de tipo residencial. Estas actuaciones, unidas a los programas de alojamiento temporal en residencias, constituyeron el comienzo del desarrollo de los llamados recursos intermedios, que se situaban a medio camino entre la atención domiciliaria y el alojamiento permanente en las residencias. En un principio se crearon como servicios de estancias diurnas, cuyo objetivo era el de proporcionar atención durante el día a los mayores que seguían viviendo en sus propias casas (o con sus familiares) y que presentaban un grado de dependencia leve o moderado, casi siempre con posibilidades de mejora, pero que no sufrieran alteraciones de la conducta que alteraran la convivencia dentro del centro. De este modo, quedaban excluidas del beneficio de estos servicios las personas que presentaban altos niveles de dependencia y las que padecían trastornos conductuales, en definitiva, todas aquellas que requerían una atención más concreta y especializada. Como consecuencia de estas limitaciones, el resultado era que las personas que precisamente generaban una carga mayor a los cuidadores en el entorno familiar no podían beneficiarse de este servicio. En ese momento algunas comunidades autónomas decidieron darles una orientación diferente y crear un nuevo conjunto de recursos que estuvieran destinados a futuros usuarios que necesitaran un mayor apoyo.

Se crearon entonces los centros de día destinados a personas que se encontraran en situación de dependencia y algunos especializados en la atención a personas mayores que padecían deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer.

1.1.2. Definición

Los centros de día son servicios que están destinados a proporcionar una atención integral, en régimen diurno, a personas que tienen más de 60 años que padecen problemas físicos o relacionales y, sin límite de edad, a pacientes enfermos de Alzheimer u otro tipo de demencias.

Estos centros cumplen una doble función: por un lado, profesionales formados atienden a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia, y a su vez, proporcionan apoyo y atención a las familias que cuidan de estas personas.

En la actualidad, según el perfil del usuario, podemos distinguir dos tipos de centros de día: unos para personas con problemas físicos, funcionales y/o sociales y los especializados en la atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias.

Los servicios que prestan tienen, por un lado, una función social de apoyo a los usuarios, sus familiares y cuidadores, y por otro lado terapéutica, que se dirige al cuidado especializado de la persona mayor por parte de un equipo de profesionales socio sanitarios que elabora de forma conjunta planes de atención personalizados.

1.1.3. Objetivos de los Centros de día

El objetivo general de estas instituciones es proporcionar la atención profesional más adecuada a las necesidades y características de los usuarios, con el fin de mejorar su calidad de vida y favorecer el mayor nivel de autonomía posible.

Se pretende a la vez el logro de los siguientes objetivos específicos:

1. Detener y prevenir la situación de dependencia a través de la estimulación y rehabilitación de las capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
2. Mantener la independencia y la autonomía personal y funcional.
3. Conservar y mejorar el estado de salud con acciones preventivas a través de programas sanitarios.
4. Favorecer la autoestima y los estados emocionales equilibrados.
5. Fomentar las relaciones sociales.
6. Proporcionar información, asesoramiento y apoyo a los familiares.

1.2. Los centros de día para enfermos de Alzheimer

1.2.1. Funciones de estos centros

Desde el año 1991, la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Salamanca comenzó a ofrecer servicios similares a los que se ofertan en los centros de día actualmente

para enfermos de Alzheimer. Desde entonces, este tipo de instituciones han experimentado un crecimiento muy importante respecto al número de unidades y de plazas ofertadas, así como en el volumen y la calidad de los servicios que prestan tanto a los usuarios como a sus familiares.

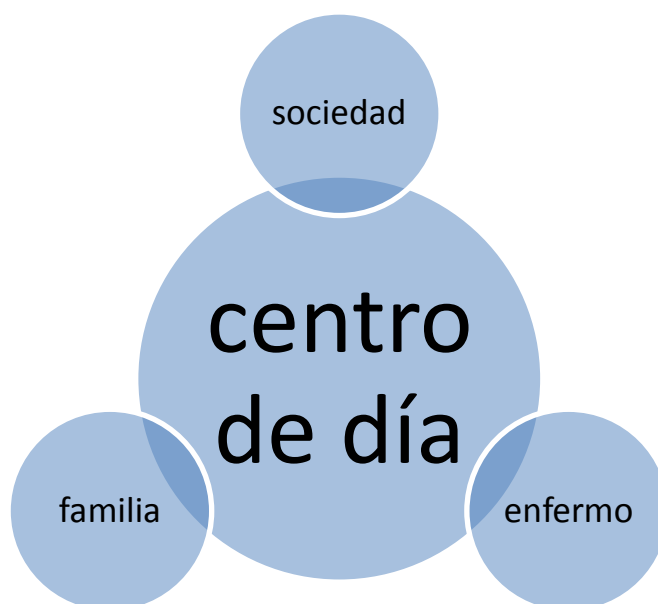
El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia considera a los centros de día como servicios intermedios y de respiro familiar, “por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas”, e incluye dentro de los mismos a los que están dedicados a las personas mayores dependientes, que se definen como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor dependiente (Rodríguez, 2004).

A su vez, la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) los incluye dentro de su catálogo de servicios, e incorpora dentro de este grupo a los que ofrecen atención especializada. La ley recoge, en su artículo 24, que “el servicio de centro de día o de noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores”. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. La tipología de centros incluirá: diurnos para menores y mayores de 65 años y de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen, así como unidades de estancia nocturna, adecuados a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

El centro de día para personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer se puede definir como un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece una atención diurna (aproximadamente ocho horas diarias), integral, especializada y terapéutica a pacientes con demencia, maximizando sus capacidades residuales y promoviendo el mantenimiento de éste en su entorno habitual, facilitando un tiempo de descanso al familiar, al compartir la atención requerida por el enfermo, evitando así la institucionalización precoz o definitiva.

Según esta definición, podemos situar a estas unidades en el centro de un esquema que tiene como ejes principales a la sociedad, entendida como entorno comunitario y como el conjunto de recursos sanitarios y sociales que se ofrecen, el enfermo, como persona que va a

recibir la atención del centro, y por último la familia cuidadora, que se considera como un segundo beneficiario.



1.2.2. Objetivos

A continuación se expondrá con más detalle una descripción de la finalidad de este tipo de centros, atendiendo a cada uno de los destinatarios de los servicios que ofrecen.

Objetivos con respecto a la sociedad

Se establecen dos objetivos generales: uno es el de mantener unos niveles aceptables de calidad de vida de las personas en situación de dependencia directa (enfermos de Alzheimer) e indirecta (familia cuidadora), definida según la OMS como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.” El otro sería el de mantener una continua y fluida relación con los demás recursos socio-sanitarios existentes que permita elaborar protocolos de complementariedad.

Los objetivos específicos que se plantean en el ámbito social son:

- Realizar campañas de concienciación acerca de los problemas sociales que conlleva la enfermedad de Alzheimer.
- Promover actos en los que se den a conocer los servicios que ofrecen los centros.
- Buscar el consenso nacional acerca de las herramientas de evaluación.

Objetivos con respecto al enfermo de Alzheimer

El centro de día debe estar preparado y disponer de los medios adecuados para poder ofrecer al enfermo una atención integral que esté siempre adaptada a las características y limitaciones que éste presente, siguiendo siempre el objetivo de la rehabilitación.

En relación al enfermo se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Ofrecer terapias de estimulación individualizadas que retrasen en lo posible el avance de la enfermedad.
- Mantener en el tiempo la autonomía personal a través de la práctica de las actividades de la vida diaria.
- Estimular y potenciar las capacidades físicas, funcionales y cognitivas de los enfermos.
- Realizar evaluaciones periódicas para actualizar y adecuar las terapias a las diferentes fases de la enfermedad.
- Evitar el aislamiento social.

Objetivos con respecto a las familias

Los centros de día prestan a las familias un servicio de apoyo asistencial y de descarga. Con esta finalidad, ofrecen programas que pretenden prevenir o bien paliar el conjunto de alteraciones psicósomáticas que conforman el llamado “síndrome del cuidador quemado”, a través de planes que persiguen los objetivos específicos que se detallan a continuación:

- La formación de los cuidadores en cuestiones relacionadas con todos los ámbitos de la enfermedad (descripción de la enfermedad, curso y fases de desarrollo, intervención y cuidados, etc.).
- Entrenamiento de las habilidades necesarias para el afrontamiento de los problemas derivados de la enfermedad, y el cuidado, tanto del enfermo como del

cuidador mismo (distribución racional de tiempo y organización de horarios, reparto de responsabilidades, higiene postural, dietética, adherencia a los tratamientos farmacológicos, etc.)

- Ofrecer apoyo psicológico a las familias, a través de intervenciones individualizadas y grupos de autoayuda.
- Asesoramiento sobre los servicios sociales que puedan ser de utilidad.
- Ofertar programas de respiro familiar, tiempo libre y descanso de los cuidadores.
- Facilitar la conciliación de la vida personal, laboral y social de los familiares con la prestación de cuidados al enfermo.
- Evitar situaciones de conflicto y enfrentamiento familiar para reducir el riesgo de la claudicación en los cuidados que se derivan de las situaciones de sobrecarga física y emocional de los cuidadores.

1.2.3. El papel de los Centros de día en la sociedad actual

El modelo tradicional de atención a las personas mayores en situación de dependencia centraba el cuidado de los mayores en el ámbito familiar y de forma secundaria esta responsabilidad recaía en los servicios públicos. El papel de cuidador principal lo asumía en la gran mayoría de los casos la mujer, y de forma más particular, las hijas.

Los cambios sociales que se han experimentado en España en las últimas décadas han tenido como consecuencia la insostenibilidad de este modelo. En concreto, podemos señalar varios factores desencadenantes del cambio demográfico en nuestro país:

- El envejecimiento de la población, causado por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.
- La incorporación de la mujer a la vida laboral, lo que le impide el poder dedicarse en exclusiva al cuidado de la familia.

La Organización Mundial de la Salud, en el informe “Demencia-Una prioridad de salud pública”, elaborado con la colaboración de la Asociación Internacional de Alzheimer y publicado en abril de 2012, alerta sobre el aumento en el número de casos de demencias en general y de la demencia tipo Alzheimer. A partir de los datos que se recogen en el informe, se estima que las cifras de afectados se tripliquen a partir de los 35.6 millones que se calculan en

la actualidad hasta los 115.4 millones en el año 2050. La información respecto al coste económico de estas enfermedades indica que se eleva a los 460 millones de euros al año. Igualmente hay que destacar el coste social y sanitario que supone el cuidado de los enfermos a los familiares que lo asumen, que se traduce en un alto riesgo de padecer trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad y otras patologías físicas. La OMS señala varias medidas importantes que los países deben comenzar a adoptar, entre las que destacan la detección temprana de la enfermedad en los casos de demencia, eliminar el estigma que las acompaña, realizar campañas de información sobre la enfermedad y concienciar a la sociedad, y por último proporcionar a los afectados y a sus familiares los recursos y atención necesarios. Propone, a la vez, que los países desarrollen planes de actuación que doten a los sistemas socio-sanitarios de las herramientas necesarias para hacer frente al avance de las demencias.

Los centros de día forman parte del conjunto de medios socio-sanitarios de los que disponen las administraciones para atender a los enfermos de Alzheimer y a sus familias, cumpliendo con los objetivos que antes se han señalado y llevando a cabo una función fundamental en el cuidado de enfermos y familiares a través de los servicios que ofertan, que resultan sumamente necesarios en el contexto social actual, tanto nacional como internacional, según señala en citado informe de la OMS.

1.2.4. Evaluación y rehabilitación neuropsicológica

Una de las funciones de los centros de día para personas enfermas de Alzheimer, es el de llevar a cabo evaluaciones neuropsicológicas a sus pacientes en el momento de su ingreso para determinar la fase de la enfermedad en la que se encuentra, y para incorporarlo al nivel que le corresponda dentro de los talleres de estimulación cognitiva que se apliquen en el centro. A lo largo de su estancia, la evaluación resulta fundamental para conocer el avance de la enfermedad y adecuar las intervenciones al curso de la misma.

Vamos, antes de continuar, a definir la enfermedad de Alzheimer y los procesos y métodos de evaluación que se siguen para realizar el diagnóstico y el diseño de las estrategias de rehabilitación o estimulación, que resultan fundamentales para, ya que no es posible detener la enfermedad, enlentecer o ralentizar el progreso de la misma.

La enfermedad de Alzheimer se define, según la clasificación topográfica y etiopatogénica de las demencias, como una demencia de tipo cortical y primaria, por lo que tiene una naturaleza degenerativa y de evolución lenta. A su vez, la propia definición de demencia

“implica la afectación de la memoria y al menos otra función cerebral, junto a la incapacidad para desarrollar normalmente las actividades cotidianas “(Alberca, 2010). A lo largo de la evolución de la enfermedad van apareciendo alteraciones que afectan al área cognitiva, conductual y neurológica del paciente entre las que se encuentran las siguientes:

- Alteración de la memoria, principalmente la episódica y de otras funciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia, desorientación, acalculia, alteración de la atención y las funciones ejecutivas y alteraciones de la personalidad.
- Depresión, delirios, alucinaciones, ansiedad, agitación, pérdida de la actividad, alteraciones del sueño, de la alimentación, sexuales y del control de esfínteres.
- Alteraciones de la marcha, rigidez, temblor, bradicinesia, discinesias, etc.

1.2.4.1 Evaluación neuropsicológica

“El eje central de la enfermedad de Alzheimer está compuesto por los trastornos neuropsicológicos, desde su inicio hasta sus fases más avanzadas” (Peña-Casanova, 2010). Éstos se asocian con trastornos psicológicos y con alteraciones de la conducta que conducen progresivamente a la pérdida de autonomía del paciente y a la incapacidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El objetivo fundamental de la evaluación neuropsicológica es el de determinar, con la utilización de diferentes herramientas y tareas, en primer lugar, si se cumplen los criterios diagnósticos de demencia (DSM IV), y, en segundo lugar, identificar cuáles son las funciones cognitivas que se encuentran afectadas y las que aún se conservan para de este modo poder crear un perfil clínico que concrete además la intensidad y la gravedad de las alteraciones que se hayan encontrado. Este perfil nos permitirá desarrollar las estrategias de intervención y rehabilitación más adecuadas para cada paciente.

Como se ha señalado anteriormente, el primer paso en la evaluación es comprobar que, efectivamente, el paciente padece una demencia. Para ello debemos contar desde el principio con el historial clínico del paciente, en el que se incluirán antecedentes médicos del paciente, resultados de pruebas de neuroimagen, medicación, etc.

La evaluación básica comienza con una entrevista semiestructurada al paciente y al familiar o cuidador principal, en la que se recojan datos acerca del inicio y evolución de los síntomas y del grado de afectación de las actividades de la vida diaria que presente el paciente. Para ello disponemos de varias escalas que, junto con los test de cribado que describiremos a

continuación, nos proporcionarán información acerca de si existe o no demencia, y en caso de que así sea, el estadio o la fase de la enfermedad en la que el paciente se encuentra. Se trata de cuestionarios que se administran al informador compuestos por unas baterías de preguntas estructuradas, entre las que destacamos las siguientes:

- Escala de demencia de Blessed.
- Test del informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly de Jorm)

Para evaluar la afectación del desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria se utilizan:

- El índice de Katz
- La escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- El índice de Barthel.

Las actividades instrumentales de la vida diaria se evalúan mediante:

- La escala de Lawton y Brody
- El cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (FAQ).

La evaluación de las actividades avanzadas se realiza con:

- La escala Bayer de actividades de la vida diaria.

Los breves test de cribado se componen de preguntas o pruebas sencillas con las se evalúan diferentes funciones cognitivas, como la orientación espacial y temporal, la memoria, el lenguaje, la lectura, el cálculo, la atención o las praxias (Carnero, 2010). A partir de ellos obtenemos una puntuación que representa un índice del estado cognitivo, que a partir de un punto de corte establecido nos indica la existencia o no de patología; en este caso, junto con la valoración del desarrollo de las actividades de la vida diaria, nos proporciona información acerca de si puede existir o no una demencia, y en el caso de que así sea, se ponen en relación los resultados obtenidos en el test de cribado, normalmente el Minimental, con los resultados de la escala de actividades de la vida diaria, que suele ser el índice de FAST o GDS de Reisberg, para determinar el estadio o fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente.

Se establecen de este modo tres fases diferenciadas de la Enfermedad de Alzheimer que se recogen en la siguiente tabla:

FASES DE LA ENFERMEDAD	PUNTUACION MMSE	INDICE FAST Y GDS	INDICE CDR
LEVE	>18/30	4	1
MODERADA	De 12 a 18/30	5	2
GRAVE	<12/30	6 y 7	3,4 y 5

Es necesario señalar que, en ningún caso, el resultado de un test de cribado puede ser utilizado para realizar un diagnóstico de demencia, sino que su utilidad se limita a la detección de problemas cognitivos que son indicativos de la misma. Los pacientes sobre los que se tenga la sospecha de que padecen una demencia, deben ser sometidos posteriormente a un examen neuropsicológico más exhaustivo.

A pesar de las limitaciones de este tipo de pruebas, problemas como la falta de tiempo, la ausencia de personal especializado y la carencia del material necesario para llevar a cabo evaluaciones neuropsicológicas, hacen que en muchas ocasiones sean la única herramienta utilizada en los procesos de diagnóstico y seguimiento de las demencias en los Centros de día.

Los test neuropsicológicos breves más utilizados son:

- Mini Mental State Examination (Mini Mental).
- Short Portable Mental Status Questionnaire o Test de Pfeiffer (SPMSQ).
- Test de fluidez verbal semántica
- Test del reloj
- Test de los siete minutos.
- Memory Impairment Screen.
- Prueba Cognitiva Leganés (PCL).
- Eurotest.
- Test de las fotos.

En el caso de que sean positivos a demencia, se iniciaría entonces una evaluación neuropsicológica más detallada, para la que se dispone de baterías intermedias (Peña-Casanova, 2010), que están diseñadas para el estudio de las demencias en general y algunas de la Enfermedad de Alzheimer, entre las que cabe señalar:

- La Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS).
- La Mattis Dementia Rating Scale (MDRS).
- La Extended Scale for Dementia (ESD).
- La Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly (CAMDEX).
- La batería del Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD).
- La Hierarchic Dementia Rating Scale (HRD).

En esta fase de la evaluación podemos incluir como otro instrumento fundamental, la versión abreviada del Test Barcelona-R del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN), que realiza una exploración del conjunto de las funciones cognitivas que, junto con los demás datos recogidos en la evaluación, nos guía, por una parte, en el establecimiento de líneas más concretas de evaluación, y por otra parte nos proporciona información para definir cuáles son las capacidades que se encuentran conservadas o alteradas y en qué nivel, que resulta fundamental, como ya hemos dicho, para profundizar en la evaluación y para comenzar a diseñar las estrategias de rehabilitación que guiarán la intervención individual con cada paciente adecuándose a su perfil.

1.2.4.2. Rehabilitación neuropsicológica

La rehabilitación neuropsicológica se incluye dentro del grupo de las terapias no farmacológicas que reciben los pacientes con demencia en los centros de día, y tienen como objetivo el mantenimiento de las funciones cognitivas y el enlentecimiento de su deterioro, dado que es imposible volver a recuperar las capacidades que se poseían antes del comienzo de la enfermedad.

Las actividades que se llevan a cabo en los programas de rehabilitación incluyen tareas que buscan potenciar y mantener las capacidades cognitivas a través de ejercicios que incluyen la estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación y el esquema corporal.

Los programas de intervención (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003), que conforman este tipo de terapias no farmacológicas son:

- Programas de estimulación y actividad
 - Terapia de orientación a la realidad
 - Terapia de la reminiscencia
 - Musicoterapia
 - Actividad física
 - Programa de psicoestimulación integral
- Reestructuración ambiental
- Técnicas de modificación de conducta
- Programas para familiares
- Entrenamiento en capacidades cognitivas específicas
- Nuevas intervenciones:
 - Programas interactivos con ordenadores
 - Programa intergeneracional (Metodología Montessori)

Uno de los programas de estimulación y actividad más utilizado en los centros de día, y que puede servir de ejemplo para el desarrollo de otros programas de rehabilitación neuropsicológica, es el Programa de Psicoestimulación Integral, creado por la Fundación ACE del Instituto Catalán de Neurociencias Aplicadas.

El Programa de Psicoestimulación Integral es una estrategia terapéutica que está basada en las teorías de la plasticidad neuronal, en la neuropsicología cognitiva, la terapia de modificación de conducta y en el estado bio-psicosocial del individuo, con el fin de mejorar y enlentecer el proceso clínico evolutivo, a corto y medio plazo, del enfermo con demencia (Tárraga,1998).

Se compone de un conjunto de talleres en los que se desarrollan diferentes actividades y entre los que se incluyen los siguientes:

- Taller de psicoestimulación cognitiva
- Taller de reminiscencia
- Talleres de cinesiterapia, psicoexpresión y musicoterapia
- Taller ocupacional
- Taller de mantenimiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Centrándonos en el taller de psicoestimulación cognitiva, hay que señalar que se compone de un conjunto de actividades que se desarrollan tanto de forma grupal como individual y que están adaptadas al grado de deterioro de cada paciente, que suelen estar agrupados de forma homogénea según sus capacidades. Su objetivo es el de estimular y potenciar las capacidades cognitivas que se encuentren preservadas y recuperar, en la medida de lo posible, las que ya se encuentran deterioradas. Se dividen en diferentes grados de dificultad, que se seleccionan en función de las características del paciente y se organizan en sesiones diarias de una hora y media de duración aproximadamente.

La rehabilitación neuropsicológica a través de los talleres de psicoestimulación se centran en las siguientes funciones cognitivas:

- Memoria
- Atención
- Orientación
- Lenguaje: verbal y escrito
- Cálculo y aritmética
- Praxias
- Gnosias
- Razonamiento

Los instrumentos que se utilizan para el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en los talleres de estimulación se basan principalmente en dos soportes: uno más convencional, pero no por ello menos eficaz, que consiste en fichas de papel y lápiz en las que se entrenan las distintas capacidades a través de diferentes tareas, y el otro consiste en la utilización de materiales muy variados, como puzles, rompecabezas, encajables, y otros recursos didácticos que se pueden adaptar para el entrenamiento de las diferentes áreas cognitivas que se quieran estimular.

Dentro de los programas interactivos con ordenadores disponemos en la actualidad del Programa Informático Grador (Franco, Orihuela, Bueno y Cid, 2000). Es un sistema multimedia que utiliza un ordenador con una pantalla táctil y que precisa de la utilización de unos auriculares a través de los cuales el paciente recibe las instrucciones de las tareas que debe realizar, que se presentan también escritas en la pantalla. El programa permite al terapeuta llevar a cabo tanto evaluaciones como tratamientos de rehabilitación neuropsicológica. De

esta manera, el programa nos da la posibilidad de diseñar sesiones de entrenamiento para la recuperación o la estimulación de las funciones cognitivas, entre las que se incluyen atención, memoria, percepción, cálculo, orientación y lenguaje, divididas cada una de ellas en sus diferentes modalidades. Dispone de una gran variedad de tareas diferentes que ofrecen a su vez múltiples niveles de dificultad en cada una de las áreas cognitivas que se pretenda evaluar o estimular, de modo que el terapeuta encargado del mismo puede modificar los parámetros adaptándolos a las características de cada usuario y de su evolución a lo largo del tratamiento.

MEMORIA DE PRÁCTICAS

2. Memoria de prácticas

2.1 Centro de día “Complejo Alzheimer José Bueno”

Mi periodo de prácticas se desarrolló en el “Complejo Alzheimer José Bueno” y en el siguiente apartado voy a realizar una descripción de las instalaciones del centro, una redacción de los servicios que allí se ofertan y por último voy a detallar qué tipos de usuarios se benefician de los mismos.

2.1.1. Descripción, servicios que ofrece y tipos de pacientes

El Complejo Alzheimer José Bueno es un centro de estancia diurna acreditado por la Junta de Andalucía. Está gestionado por la Asociación Amigos del Alzheimer de Almería, que pertenece a su vez a la Confederación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, CONFEEFA. En el año 2003 la Diputación de Almería cedió a la Asociación unas instalaciones que formaban parte de la Residencia Asistida de la Diputación, que tras un periodo de obras y acondicionamiento necesarios para los servicios que allí se iban a prestar fue finalmente inaugurado en el año 2004. Dichas instalaciones constan de las siguientes dependencias:

- Sala de recepción
- Despacho de la dirección
- Despacho de la presidencia de la asociación
- Vestuarios para el personal laboral
- Un aula de formación
- Una sala de reuniones de la asociación
- Aseos
- Cocina
- Sala de talleres de memoria
- 4 dormitorios con un total de 6 camas

-Cuatro salas en las que los pacientes desarrollan las tareas de terapia ocupacional y estimulación cognitiva que a su vez se usan como comedor.

-Un gran patio exterior, dotado con aparatos para la práctica del ejercicio físico, donde los usuarios salen a descansar y pasear, así como un invernadero en el que se desarrolla la jardinería, un taller en el que se aprende el cultivo y cuidado de las plantas.

Entre los profesionales que realizan su trabajo en el centro se encuentran:

-Una psicóloga

-Una terapeuta ocupacional

-Un enfermero

-Una trabajadora social

-Una monitora de estimulación

-Dos fisioterapeutas

-Ocho auxiliares de enfermería

-Una ayudante de cocina

-Tres conductores encargados del transporte

El centro dispone en la actualidad de un total de 52 plazas concertadas y 65 subvencionadas, además de 25 plazas que se destinan a los usuarios del “Programa de respiro fin de semana”.

Los servicios que oferta el centro son muy variados y cada usuario y/o familia puede hacer de ellos el uso que más se adapte a sus necesidades.

Uno de ellos es el servicio de transporte. El centro dispone de tres vehículos adaptados para el desplazamiento de los usuarios desde sus hogares hasta el centro por la mañana, en tres turnos organizados, y luego ya por la tarde el regreso desde el centro hasta casa.

El servicio de comedor del que dispone el centro corre a cargo de un servicio de catering que provee menús diseñados en sus componentes y texturas según las características de cada uno de los usuarios.

Otro de los servicios de los que los usuarios se benefician es el de fisioterapia, cuyas sesiones se realizan tanto de modo grupal como individual, adaptándose en este caso a la necesidad de cada usuario en particular. También practican todos los días clases de gerontogimnasia.

Los usuarios del centro participan a diario en los talleres de laborterapia, psicomotricidad y estimulación cognitiva que se desarrollan en el centro.

Los Talleres de Psicoestimulación Cognitiva son un componente fundamental de las actividades que ofrece el centro. Se imparten dos días a la semana, martes y jueves, en horario de mañana y tarde, y se ofrecen a usuarios externos que no ocupan plaza en la Unidad de Estancia Diurna. La psicóloga del centro es la encargada de planificar y diseñar las actividades que se realizan en los talleres, que después lleva a cabo con la ayuda de la monitora de estimulación.

Por último, otro de los servicios de los que las familias pueden hacer uso es el de "Respiro familiar fin de semana", gracias al cual los cuidadores de los usuarios disponen de jornadas de ocho horas los fines de semana y festivos, en los que el centro permanece abierto para atender a los usuarios cuyas familias lo requieran. Existe también la posibilidad de que el usuario pernocte en el centro; a pesar de que no se considera un centro residencial, sí dispone de camas que de forma ocasional pueden ser ocupadas por los usuarios que las precisen ya que disponen también de Unidad de Estancia Nocturna.

La mayoría de los usuarios del centro son pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, aunque también se incluyen usuarios con otros perfiles muy distintos, como por ejemplo, enfermos de esquizofrenia, depresión, Parkinson y pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares.

Los usuarios se agrupan según el grado de la enfermedad en el que se encuentren. De este modo resultan tres grandes grupos: leves, moderados y graves. A su vez, los dos primeros se dividen en dos subgrupos cada uno: leves 1 y 2, y moderados 1 y 2. Cada uno de los grupos dispone de una sala en la que practican las diferentes actividades que se realizan en el centro. El grupo de leves 1 es el más numeroso y está formado por 15 usuarios. El grupo de leves 2 es más reducido y solo cuenta con 8 pacientes. Los dos grupos de pacientes que integran el grupo

de moderados cuentan con ocho pacientes cada uno. En el grupo de graves el número de pacientes es de 12 aproximadamente. Estas cifras van cambiando ligeramente según se van produciendo nuevos ingresos o defunciones. También hay casos de pacientes que solo acuden al centro unos determinados meses al año y otros que no lo hacen de forma continuada sino esporádica, de manera que el total de los pacientes varía a lo largo de los meses.

El criterio fundamental que guía la inclusión de los pacientes en uno u otro grupo es la fase de la enfermedad en la que se encuentran.

El grupo leves 1 está formado por pacientes que presentan alteraciones propias de las fases iniciales de la enfermedad y que se corresponden con el estadio 4 de las escala de Reisberg. El grupo leves 2 integraría a los pacientes que ya alcanzan el estadio 5 de la misma escala que padecen un deterioro cognitivo más avanzado. En los grupos moderados 1 y 2 los pacientes han alcanzado los estadios 6 y 7 respectivamente. En el grupo de graves se incluyen a los pacientes que sufren un deterioro muy grave tanto cognitivo como físico y precisan básicamente de cuidados paliativos.

Cuando la familia del paciente acude con el mismo al centro por primera vez, se realiza una entrevista semiestructurada a los familiares para conocer cuál es el estado del paciente. En ella se incluyen cuestiones que se refieren a cómo se desenvuelve el paciente en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, a los problemas conductuales y psicológicos que presenta así como datos médicos referidos al diagnóstico que ya se le haya realizado y al tratamiento farmacológico al que está sometido. Posteriormente se le realiza al propio paciente a una breve evaluación neuropsicológica. Los instrumentos que se utilizan son test de screening para detectar demencias y determinar el estadio de la enfermedad en la que se encuentra. Concretamente, los test utilizados son el Test de los 7 minutos y el MMSE. Con los resultados arrojados por los test y los datos recopilados en la entrevista con los familiares se elabora un informe en el que se determina el estado del paciente, la fase de la enfermedad en la que se encuentra y se procede a la elaboración de una estrategia de intervención individualizada, en la que además de la rehabilitación neuropsicológica, se incluyen programas de fisioterapia y las pautas de medicación y atención en enfermería que el paciente vaya a necesitar.

Una vez que los pacientes han sido evaluados y asignados a un grupo determinado, a lo largo de la estancia de éstos en el centro las evaluaciones tienen un carácter periódico, y cada seis meses se redacta un informe que se entrega a las familias en el que se describe la evolución de los pacientes a nivel funcional, conductual, psicológico y físico. Según va

avanzando la enfermedad, es el equipo integrado por la psicóloga, la terapeuta ocupacional y la dirección del centro quienes determinan el momento en el que un paciente cambia de grupo.

En ocasiones la inclusión de un paciente a un grupo u otro responde a cuestiones de espacio o afinidad con los compañeros, de modo que los grupos llegan a ser muy heterogéneos y no se ajustan a la división según el grado de la enfermedad que en un principio se pretende.

2.1.2. Evaluación y programas de intervención neuropsicológica

Como ya se ha señalado con anterioridad, la evaluación neuropsicológica propiamente dicha y llevada a cabo con instrumentos estandarizados (7 minutos y Minimental) se realiza únicamente a la llegada del usuario al centro por primera vez. A lo largo de la estancia de éste en el centro, las evaluaciones periódicas que se realizan se basan únicamente en la observación directa del rendimiento de los pacientes en las tareas de rehabilitación neuropsicológica.

Respecto a las intervenciones de rehabilitación neuropsicológica que se aplican con los pacientes pertenecientes a los dos grupos denominados leves (1 y 2) diremos que se basan fundamentalmente en tareas de estimulación cognitiva en las que se emplean fichas de papel y lápiz y en la práctica de sesiones de rehabilitación del programa informático Grador. Es necesario añadir, que a primera hora de la mañana se realizan también actividades de orientación, pero debido a que el horario de llegada de los pacientes al centro es variado y depende del turno del transporte, no todos los pacientes participan en ella.

Para la descripción de las tareas de estimulación cognitiva de las que constan los programas de rehabilitación neuropsicológica, comenzaremos con las actividades de orientación, ya que son, siguiendo un orden cronológico, las que se practican en primer lugar, nada más llegar los pacientes al centro. En primer lugar la terapeuta informa del día de la semana, del mes del año y del propio año en el que nos encontramos y lo escribe en una cartulina que permanece colgada en la pared a la vista de todos los pacientes durante todo el día. A continuación se reparten entre los pacientes unas fichas de papel en las que la tarea consiste en buscar y rodear entre un grupo de palabras el día de la semana, el mes y la estación del año que corresponden al momento actual. En los casos de pacientes con mayor

deterioro, las tareas suelen consistir en repasar con un lápiz de color unas frases escritas con letras punteadas en las se indica la fecha o el lugar en el que se encuentran.

A continuación, los pacientes, según el orden de llegada al centro, se dirigen a la sala que está dotada con los ordenadores que disponen del programa informático Grador, para realizar las sesiones de rehabilitación que cada uno de ellos tiene programadas. El centro dispone de ocho ordenadores con pantallas táctiles que tienen instalado el programa Grador. La mayoría de los pacientes necesita ayuda para realizar las actividades que le propone el programa, así que se realizan siempre en presencia de la psicóloga del centro y en ocasiones de una auxiliar que presta su ayuda cuando es necesario.

Las sesiones de estimulación neuropsicológica se llevan a cabo a diario de forma grupal y tienen una duración de cuarenta minutos aproximadamente. La psicóloga del centro es la responsable de la programación de las sesiones y de la selección del material empleado, así como de la supervisión del desarrollo de las mismas, con la ayuda de alguna auxiliar.

En los grupos leves 1 y 2 cada día de la semana tiene asignado el trabajo en una función cognitiva concreta, de forma que el lunes se realizan actividades en las que se estimula el lenguaje, martes cálculo, miércoles gnosias y jueves praxias. Los viernes se dedican a la práctica de dinámicas grupales de tipo lúdico. El material que se utiliza consiste en fichas de papel en las que el paciente debe realizar alguna actividad concreta. Las fichas que recibe cada paciente están seleccionadas según las capacidades que cada uno posea, de manera que se eligen de forma individualizada atendiendo a las características y necesidades que cada uno de los pacientes presenta, adaptando así el nivel de dificultad a cada sujeto.

Los grupos de moderados 1 y 2 reciben una modalidad de intervención diferente a los grupos descritos anteriormente, pero son diferentes también entre sí. En primer lugar hay que decir, que la encargada de diseñar y planificar las tareas, y de la aplicación misma de las sesiones de estimulación cognitiva es una terapeuta ocupacional. En el caso del grupo de moderados 1, el material elegido para llevar a cabo las sesiones de estimulación son, al igual que en leves, fichas de papel y lápiz con las que se trabaja la estimulación de las funciones cognitivas.

Sin embargo, en el grupo de moderados 2, para las sesiones de estimulación cognitiva se realizan actividades que consisten en llevar a cabo tareas más manipulativas y en las que se emplean otro tipo de materiales, sobre todo objetos reales de uso cotidiano, como cubiertos, platos, paños que hay que doblar, macetas que hay que regar, etc., así como otro tipo de

material consistente en juguetes destinados al entrenamiento de la motricidad fina y gruesa, la discriminación de colores, formas y tamaños, la clasificación o el lenguaje. Muchas de estas actividades se basan en el método Montessori para personas con demencia.

Por último, en el grupo en el que se integran los pacientes que ya sufren un deterioro muy grave, tanto físico como cognitivo, conocido como “graves”, también se llevan a cabo actividades de estimulación cognitiva y de psicomotricidad. Las primeras consisten fundamentalmente en ejercicios de estimulación sensorial, ya que la mayoría de los pacientes de este grupo padece ya la pérdida de la capacidad del lenguaje, tanto de la expresión como de la comprensión, y los déficits de atención son tan severos que ninguno de ellos es capaz de centrarse en la ejecución de ninguna tarea por simple que ésta sea, así que reciben estimulación táctil y sonora a través de diferentes actividades, que son desarrolladas por parte de una auxiliar. La psicomotricidad es otra área importante que se trabaja en este grupo, y consiste en practicar ejercicios muy sencillos ayudándose de pelotas, picas o cuerdas. Como ya se ha señalado, las limitaciones de estos pacientes son muy importantes y precisan de la ayuda de la auxiliar para, en la medida de sus posibilidades, que son muy reducidas debido a la rigidez muscular propia de la enfermedad, ejecutar los ejercicios que se proponen.

2.2. Funciones realizadas durante el periodo de prácticas

Mi trabajo como alumna en periodo de prácticas en el Complejo Alzheimer José Bueno se desarrolló entre los meses de octubre de 2012 hasta el mes de enero del año 2013 y tuvo una duración total de 180 horas. A lo largo de este tiempo, las funciones que yo llevé a cabo en el mismo consistieron fundamentalmente en colaborar, tanto con la psicóloga como con la terapeuta ocupacional, en el desarrollo diario de las actividades que forman parte de los talleres de estimulación cognitiva (fichas de papel y lápiz y Grador) para los diferentes grupos de pacientes. También realicé diferentes evaluaciones neuropsicológicas: dos a pacientes no diagnosticados de demencia, y otras dos a usuarios del centro como labor de seguimiento. Yo misma seleccioné los instrumentos que se utilizaron en las evaluaciones y después fui quien las llevó a cabo. Posteriormente elaboré los informes neuropsicológicos que se incluyen en el siguiente apartado.

2.2.1. Informes neuropsicológicos de las evaluaciones realizadas

El informe que se presenta a continuación lo redacté después de una evaluación que realicé a un sujeto que no era usuario del centro, pero que acudió allí para solicitar que se le practicara un examen neuropsicológico, a petición de su familia, que tenía sospechas de que éste pudiera padecer una demencia, a pesar de que un neurólogo había descartado su diagnóstico con anterioridad.

INFORME NEUROPSICOLÓGICO DEL PACIENTE MGM

NOMBRE: MGM

EDAD: 76 años

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude al centro acompañado por su familia y a petición de ésta, que solicita para él una evaluación neuropsicológica. Los familiares informan de que su padre ha comenzado a presentar importantes pérdidas de memoria en los últimos meses.

ACTITUD DURANTE EL PROCESO EVALUATIVO

MGM presenta un buen aspecto general. Va correctamente vestido y aseado y muestra un nivel de conciencia y alerta normales. Su estado de humor es el adecuado a la situación y no se aprecian alteraciones del estado emocional. Su actitud a lo largo de todo el proceso evaluativo es positiva en general y se muestra muy colaborador en todo momento. En ocasiones expresa su inquietud ante la ejecución de determinadas pruebas que finalmente realiza correctamente y sin dificultad. Charla animadamente con las responsables de la evaluación y se detiene cuando tiene ocasión para contar alguna anécdota personal. Hace referencia en numerosas ocasiones a episodios biográficos y a sus aficiones personales. También se refiere a sus problemas de memoria, y explica que “en ocasiones sale a la calle a hacer algún recado y cuando lleva un rato andando, no recuerda a dónde se dirigía y tiene que regresar a su casa sin haber cumplido su objetivo”.

INSTRUMENTOS DE LA EVALUACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación fueron los siguientes:

- Minimental State Examination.
- Examen Cognitivo Camcog, incluido en la Prueba de exploración Cambridge Revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez CAMDEX-R.
- Programa integrado de exploración neuropsicológica “TEST BARCELONA” en su versión abreviada: Dígitos directo, dígitos inverso, series en orden directo e inverso, repetición de palabras, logatomos y frases, respuesta denominando, gesto simbólico orden, imitación de posturas derecha y bilateral, secuenciación de posturas derecha y coordinación recíproca, memoria de textos, memoria de textos diferido, problemas aritméticos y clave de números.

RESULTADOS

MINIMENTAL STATE EXAMINATION MMSE	TOTAL	MÁXIMO
	29	30

CAMDEX-R	TOTAL	MÁXIMO
	84	105

CAMCOG-R		
ÁREA	PUNTUACIÓN	MÁXIMO
ORIENTACIÓN	9	10
LENGUAJE	22	30
MEMORIA	18	27
ATENCIÓN/CÁLCULO	8	9
PRAXIS	12	12
PENSAMIENTO ABSTRACTO	7	8
PERCEPCIÓN	7	9

SUBTEST DE LA BATERIA BARCELONA		
ÁREAS	SUBTEST	CENTIL
LENGUAJE	Repetición de logatomos	>10 (PD : 6/8)
	Repetición de palabras	95
	Repetición de frases	95

	Evocación categorial animales	50
	Comprensión de ordenes	95
	Comprensión de frases y textos	95
	Denominación escrita	95
	Denominación de imágenes	95
	Respuesta denominando	95
MEMORIA	Memoria de textos	95
	Memoria de textos diferidos	95
LECTURA	Lectura de logatomos	95
	Lectura de textos	95
ESCRITURA	Mecánica de escritura (dictado, espontanea, copia)	95
ATENCIÓN	Dígitos directo	30
	Dígitos inverso	50
	Series en orden directo	95
	Series en orden inverso	95
PRAXIAS	Gesto simbólico dcha orden	95
	Imit. Posturas dcha	95
	Imit. Posturas bilateral	95
	Secunc. Posturas dcha	95
	Coordinación recíproca	95
	Praxis constructiva copia	95
FUNCIÓN EJECUTIVA	Semejanzas-abstracción	95
	Clave de números	50

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **ORIENTACIÓN**

El paciente se encuentra bien orientado en el tiempo, en el lugar y respecto a su persona.

- **ATENCIÓN**

La atención sostenida está preservada. El paciente no muestra ninguna dificultad para centrar ni mantener la atención mientras lleva a cabo las tareas que se le presentan.

La atención dividida no muestra ninguna alteración, ya que el paciente es capaz de realizar dos tareas simultáneas sin que el rendimiento en ninguna de ellas se vea alterado (discrimina un estímulo determinado entre un conjunto de ellos a la vez que cuenta los golpes que el evaluador va dando en la mesa sin cometer ningún error).

La concentración y la atención ejecutiva se han evaluado con la tarea de dígitos directos e inversos del test Barcelona. Este test también permite explorar la amplitud de memoria operativa del paciente, que es de 5 dígitos en orden directo, lo que lo sitúa dentro del rango normativo, y de 4 dígitos en orden inverso, también situado dentro de la media. La capacidad de concentración del paciente no muestra ninguna alteración. Repite series tanto en orden directo como inverso con exactitud (días de la semana, meses del año, contar hasta 20), y es capaz de realizar sustracciones numéricas sucesivas a partir de un número sin cometer ningún error. La función ejecutiva implicada en esta tarea está preservada.

- **MEMORIA**

Respecto al componente del aprendizaje, el paciente aprende un total de tres palabras en un solo intento de tres palabras presentadas, por lo que no tiene dificultad para la fijación de información. El nivel cultural del paciente justifica los errores que comete cuando se le solicita que recuerde determinados hechos históricos o personajes famosos. Sin embargo, responde adecuadamente a preguntas que requieren el recuerdo de información reciente. Tras presentarle una tarea distractora, puede recordar el total de las palabras que aprendió con anterioridad (3/3).

El rendimiento en la evaluación de la memoria a corto plazo de información que se le presenta de forma oral alcanza puntuaciones muy elevadas por encima de la media (subtest de memoria de textos y textos diferidos del Barcelona). Sin embargo, se aprecia una leve alteración en el recuerdo de objetos que se presentaron en forma de imágenes (4 de 6 objetos), mientras que el reconocimiento posterior de dichos objetos cuando se le presentan en imágenes de nuevo alcanzó la máxima puntuación.

- **LENGUAJE**

La comprensión de órdenes tanto verbales como escritas está preservada. Tampoco se observan alteraciones en la comprensión de preguntas que requieren respuesta verbal ni motora. La denominación tanto de objetos reales como de imágenes es normal e independiente de si la respuesta es verbal o escrita. En ambas modalidades la ejecución alcanza puntuaciones máximas. La puntuación obtenida en el subtest de denominación verbo-verbal del Barcelona se sitúa dentro del rango normativo, alcanzando puntuaciones máximas cuando el paciente responde denominando y cuando termina frases incompletas seleccionando una palabra correcta entre varias presentadas. Con referencia a la fluidez del lenguaje, el paciente llega a nombrar un total de 14 animales durante un minuto, lo que nos da una puntuación que se corresponde con la media. La ejecución en las tareas en las que se solicita la repetición de frases y palabras es perfecta, pero tiene una pequeña dificultad a la hora de repetir logatomos (6 de 8). Cuando la expresión se evalúa pidiéndole al paciente que proporcione definiciones de objetos reales y de conceptos abstractos la puntuación alcanzada vuelve a ser la máxima posible.

- **LECTURA Y ESCRITURA**

La lectura de textos y de logatomos se realiza de forma correcta sin cometer ningún error. El paciente puede escribir frases tanto a la copia como al dictado adecuadamente. La escritura de frases espontánea se ve un poco alterada por errores de ortografía que se justifican por el nivel educativo del paciente, pero la estructura gramatical es la correcta.

- **CÁLCULO**

El paciente puede llevar a cabo sin dificultad tareas en las que se le solicita que realice operaciones aritméticas sencillas y resuelve problemas aritméticos correctamente. Al presentarle un conjunto de monedas diferentes, suma sus cantidades sin errores y resuelve problemas que requieren el intercambio de dinero con facilidad.

- **PERCEPCIÓN Y GNOSIAS**

Una de las pruebas que se utilizaron para evaluar la percepción visual fue la presentación de fotografías de personajes famosos, que el sujeto reconoció e identificó. En el reconocimiento de objetos desde ángulos inusuales si apareció una ligera dificultad, ya que solo pudo reconocer 4 de 6 objetos presentados.

El resto de las capacidades perceptivas y gnósicas no muestran ninguna alteración.

- **PRAXIAS**

La capacidad para ejecutar las praxias ideacionales está completamente preservada: el paciente realiza de forma adecuada la secuencia de movimientos requeridos (coger una hoja, doblarla, dejarla sobre las rodillas y a continuación guardarla en un sobre).

La totalidad de las praxias ideomotoras evaluadas son ejecutadas adecuadamente (subtest gesto simbólico de Barcelona).

Respecto a las praxias constructivas, el paciente copia sin problemas cada uno de los dibujos que se le muestran como modelo (dos pentágonos, una casa, un bucle). De igual modo, cuando al paciente se le solicita que dibuje un reloj, la reproducción que el mismo hace es correcta y dibuja un reloj con precisión, incluso la hora marcada es la que se le pide que indique.

Cuando la tarea consiste en imitar posturas, el paciente imita las posturas propuestas por la evaluadora de forma correcta cada una de ellas, tanto las unilaterales como las bilaterales (subtest de imitación de posturas de Barcelona).

También se administraron los subtest de secuencias de posturas (puño-palmano y tapping) que se ejecutaron de forma correcta así como la prueba de coordinación recíproca que igualmente se realizó con éxito. Podemos concluir que la programación y regulación del movimiento no presenta ninguna alteración.

- **FUNCIONES EJECUTIVAS**

Las funciones de razonamiento abstracto y lógico no presentan ninguna alteración. El paciente establece semejanzas y diferencias entre objetos sin cometer errores. La capacidad de categorización también esta preservada. Las tareas en las que se evalúa el razonamiento visual se realizan adecuadamente cuando se trata de seleccionar qué figura geométrica es la que corresponde para seguir una secuencia lógica. Las secuencias se establecen atendiendo a uno o más criterios (tamaño, forma, color o varios a la vez), pero la elección fue la siempre la correcta. El rendimiento en la

tarea de ordenar secuencias lógicas de acción fue bastante bajo, quizá debido a la dificultad del paciente de percibir los dibujos que aparecían en las viñetas que tenía que ordenar (incluían los pasos a seguir para lavarse las manos). Hacemos referencia de nuevo en este apartado a la fluidez verbal, que se encuentra dentro de la normalidad (14 palabras en un minuto con clave semántica: animales). Como ya apuntamos en la función de atención, el control ejecutivo no presenta ninguna alteración y la memoria operativa, medida con la prueba de dígitos inversos, proporcionan puntuaciones dentro del rango que se considera normal, al igual que la resolución de problemas aritméticos.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos en la totalidad de las pruebas administradas y del análisis cuantitativo y cualitativo de los datos que nos han proporcionado, podemos concluir que la mayoría de las funciones cognitivas que ha sido objeto de la evaluación se encuentra preservada y no presenta ninguna alteración significativa. Las puntuaciones obtenidas en el MMSE y en el examen cognitivo Camcog de la batería CAMDEX, nos indican que el paciente no padece demencia ni deterioro cognitivo que afecte al normal funcionamiento del conjunto de las funciones cognitivas.

RECOMENDACIONES

Con el objetivo principal de evitar y retrasar en lo posible las situaciones de dependencia que con mucha frecuencia se presentan al alcanzar los mayores edades muy avanzadas, resulta fundamental realizar a diario ejercicios de estimulación cognitiva que ayuden a la persona a preservar por el máximo tiempo posible el correcto funcionamiento de las capacidades cognitivas, sin olvidar por supuesto que de modo complementario es necesario seguir hábitos de vida saludables en los que se incluya una dieta adecuada a las características propias del paciente y la práctica de ejercicio físico regular. Igualmente importante es fomentar las relaciones sociales que mantengan al paciente en constante relación con sus familiares y amigos, porque ayudarán a prolongar la vida activa y autónoma de la persona.

El siguiente informe pertenece a una usuaria de los talleres de memoria que se ofrecen en el centro. El objetivo de la evaluación era que yo diseñara para ella unas sesiones de

entrenamiento utilizando el programa Grador, y para ello seleccioné un conjunto de instrumentos que utilicé en la evaluación que le realicé, elaboré después este informe con los resultados de la misma, y a partir de ellos diseñé las sesiones de entrenamiento con el soporte informático antes mencionado.

INFORME NEUROPSICOLÓGICO DE LA PACIENTE AML

Nombre: AML

Edad: 52

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es usuaria del servicio de talleres de memoria que se imparten en el Complejo Alzheimer José bueno. Con el objetivo de diseñar un programa individualizado de estimulación cognitiva usando el programa informático Grador, la neuropsicóloga responsable del taller le propone que se someta a una evaluación neuropsicológica general para determinar el nivel del funcionamiento de cada una de las principales funciones cognitivas y detectar posibles alteraciones que determinarían la selección de las pruebas y los niveles correspondientes a cada una de ellas dentro del programa Grador.

ACTITUD DURANTE EL PROCESO EVALUATIVO

AML presenta un nivel de alerta y de conciencia normales y tiene buen aspecto general. Al comienzo de la evaluación se muestra muy animada y dispuesta a colaborar en todas las tareas, pero se observa en ella un nivel de ansiedad elevado y un estado de nerviosismo muy notable, que se manifiesta porque repite a la evaluadora continuamente "que sufre problemas de memoria y está segura de que no será capaz de realizar correctamente las tareas que consistan en memorizar cualquier tipo de material", además de cambiar continuamente su posición sobre la silla, frotarse las manos e interrumpir a la evaluadora expresándole su preocupación por el rendimiento en las tareas que tendrá que realizar. A lo largo de la evaluación, este hecho se repite con frecuencia. Al terminar cada una de las pruebas, Ana insiste en saber qué puntuación ha alcanzado, y ella misma va realizando un cálculo probable de cual será "la nota final". Manifiesta en todo momento su preocupación y verbaliza al inicio de cualquier tarea expresiones como "esto me va a resultar muy difícil, me va a salir fatal, voy a suspender.....".

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS

MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	TOTAL	MÁXIMO
	30	30

SUBTEST DE MEMORIA VISUAL DEL TEST 7 MINUTOS		
TOTALES	Recuerdo libre (0-16)	Recuerdo facilitado (0-16)
	6	10
Recuerdo Total (libre+facilitado=0-16)	16	

EXAMEN COGNITIVO CAMCOG DE LA BATERIA CAMDEX-R	
LENGUAJE(comprensión: respuesta motora)	4/4
FLUIDEZ IDEACIONAL	5/8
RAZONAMIENTO VISUAL	5/6

SUBTEST DE LA BATERIA BARCELONA		
ÁREAS	SUBTEST	CENTIL
LENGUAJE	Repetición de logatomos	95
	Repetición de palabras	95
	Repetición de frases	>10
	Evocación categorial animales	30
	Material verbal complejo	30
	Comprensión de frases y textos	95
	Denominación escrita	95
	Denominación de imágenes	95
	Respuesta denominando	95
MEMORIA	Memoria de textos	40
	Memoria de textos diferidos	50

LECTURA	Lectura de logatomos	95
	Lectura de textos	30
ESCRITURA	Mecánica de escritura (dictado, espontanea, copia)	95
CÁLCULO	Cálculo mental	70
	Problemas aritméticos	50
ATENCIÓN	Dígitos directo	80
	Dígitos inverso	95
	Series en orden directo	95
	Series en orden inverso	95
PRAXIAS	Gesto simbólico dcha orden	30
	Imit. Posturas dcha	>10
	Imit. Posturas bilateral	95
	Secunc. Posturas dcha	30
	Coordinación recíproca	30
	Praxis constructiva copia	90
FUNCIÓN EJECUTIVA	Semejanzas-abstracción	10
	Clave de números	20

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **Orientación**

AML se encuentra perfectamente orientada en el tiempo y el espacio así como respecto a su persona.

- **Atención**

El nivel de alerta y de concentración es normal y adecuado a la situación de evaluación. La paciente es capaz de centrar la atención en la tarea que debe realizar y de mantenerla a lo largo del transcurso de la misma. No se observan, por tanto, alteraciones de la atención sostenida. Respecto a la atención dividida, podemos decir que se encuentra igualmente preservada porque la paciente puede sin dificultad realizar dos actividades de forma simultánea, realizando con éxito las dos actividades propuestas, que consisten en seleccionar un determinado estímulo (un número), entre

una larga lista, a la vez que cuenta los sonidos que produce el evaluador (golpes sobre la mesa) durante un minuto.

Aunque las pruebas de dígitos directos e inversos del test Barcelona evalúan la amplitud o *span* de la memoria de trabajo, se utilizaron también para evaluar la capacidad de concentración auditiva de la paciente (dígitos directos) y la atención ejecutiva (dígitos directos e inversos). El *span* es de 6 dígitos en orden directo y de 5 en el inverso, por lo que podemos decir que no existe ninguna alteración. Cuando solicitamos a la paciente que repita series de palabras, como los meses del año o le pedimos que cuente del 1 al 20, tanto en orden directo como inverso, no comete errores y su puntuación señala que tanto el control mental como el lenguaje automático, también en este caso, funcionan de manera correcta.

- **Memoria**

El componente de aprendizaje de la memoria no presenta ninguna alteración, ya que la paciente puede aprender en un primer intento una lista de tres palabras, y fija esta información sin dificultad, recuperando el total de las palabras al cabo de unos minutos después de su aprendizaje. Cuando el material que debe recordar consiste en textos que ofrecen información acerca de una historia determinada, el rendimiento se sitúa dentro del rango medio de puntuación, de manera que no existe déficit de la memoria verbal a corto plazo. Los resultados de la evaluación de la memoria visual tampoco señalan ninguna alteración, y es que la paciente alcanza a recordar 16 imágenes de un total de 16 presentadas.

- **Lenguaje**

Cuando a la paciente se le dictan ordenes, tanto de forma oral como escrita, las comprende sin ninguna dificultad y responde correctamente a las mismas. La comprensión verbal está perfectamente preservada. La comprensión verbal de frases y textos es correcta.

Para la evaluación de la denominación, se presentó material en imágenes, que la paciente debía nombrar. También se le solicitó que respondiera denominando alguna palabra concreta a una serie de preguntas. De igual modo, la paciente completó de forma verbal frases incompletas. En todas las tareas alcanzó la máxima puntuación.

La repetición de palabras y pseudopalabras también fue correcta. Sin embargo la repetición de frases obtuvo un resultado muy inferior a los valores que se sitúan en

el rango de la normalidad, que se pueden justificar por la precipitación de la paciente a la hora de responder, que la hacía omitir palabras y cambiarlas por otras sinónimas.

La fluencia verbal, evaluada con una tarea de evocación categorial que consistía en nombrar animales durante un minuto, alcanzó una puntuación situada en el margen inferior del rango de la normalidad. Esta pequeña alteración se corresponde con otros déficits que afectan a las funciones ejecutivas que se describirán en su apartado correspondiente.

- **Lectura y escritura**

La capacidad de la escritura se encuentra preservada y las diferencias que se aprecian en la lectura de pseudopalabras y frases se explican, al igual que los fallos en la repetición de frases, por la impulsividad de la paciente a la hora de responder.

La mecánica de la escritura al dictado, a la copia y espontánea está perfectamente preservada.

- **Cálculo**

La realización de operaciones de cálculo mental se concluye con éxito, al igual que la resolución de problemas aritméticos que, a excepción de uno de ellos entre un total de 10, responde de manera correcta.

- **Praxias**

La imitación de posturas bilateral se hace de forma adecuada, pero la paciente comete un error al imitar una de las posturas requeridas solo con la mano derecha. Se equivoca también en la reproducción de un gesto simbólico a la orden con la mano derecha. Igualmente, aparecen dificultades cuando la tarea propuesta consiste en el aprendizaje y la repetición de secuencias de posturas, así como en las que se ejecuta la coordinación recíproca. La paciente tiene dificultad para aprender la secuencia y, una vez aprendida, al cabo de algunos ensayos, comienza a cometer errores en la ejecución. Las funciones ejecutivas implicadas en esta tarea presentan una cierta alteración, si bien la puntuación de la mayoría de las pruebas se sitúan dentro de la media. Dentro de la evaluación de las praxias constructivas, la tarea de copiar un conjunto de figuras geométricas de diferente nivel de complejidad, se realiza sin cometer ningún error.

- **Funciones ejecutivas**

Las tareas que se incluyen en la evaluación de las funciones ejecutivas son muy variadas y de entre todas las que componen la evaluación general, son las que presentan puntuaciones más bajas y señalan hacia un posible déficit de las funciones de razonamiento lógico y abstracto, así como de la fluencia verbal categorial e ideacional, la programación y secuenciación del movimiento.

CONCLUSIONES

En primer lugar, hay que resaltar que tanto los resultados de test de cribado para la detección de demencia como el resto de las pruebas utilizadas en la evaluación, tanto cualitativas como cuantitativas, descartan que la paciente padezca ningún tipo de demencia.

Las alteraciones más importantes se han encontrado, como ya se ha señalado anteriormente, en las funciones cognitivas que se engloban dentro de las funciones ejecutivas y que parecen estar afectando al normal desarrollo de las actividades de la vida de la paciente, que se encuentra de baja médica en el momento de la evaluación por los problemas para llevar a cabo las funciones que requiere su puesto de trabajo. La paciente tiene dificultades en la organización de sus conductas y reacciones emocionales desproporcionadas con respecto a las situaciones que las desencadenan. A lo largo de la evaluación se aprecian también problemas en el control de la impulsividad y altos niveles de ansiedad.

RECOMENDACIONES

En primer lugar, se aconseja una evaluación más exhaustiva de todas las funciones cognitivas que se incluyen en las denominadas funciones ejecutivas, que nos ayude a delimitar con exactitud los déficits que han aparecido en esta primera aproximación, así como una evaluación del estado emocional y afectivo de la paciente, que tenga como objetivo el diseño de una estrategia de rehabilitación neuropsicológica de las funciones deterioradas y la intervención clínica que solucione los problemas emocionales que presenta la paciente. Respecto a la evaluación neuropsicológica, se proponen los siguientes instrumentos para continuar con la evaluación centrada en las funciones ejecutivas:

ESCALA WAIS III

BATERIA BADS (*Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*)

TEST DE LAS TARJETAS DE WISCONSIN

Por otro lado, otra de las funciones que desempeñé a lo largo de mis prácticas, fue la de realizar evaluaciones a dos pacientes del grupo leves II, que son usuarios habituales del centro, como parte de las tareas de seguimiento que se realizan de forma periódica para detectar cambios en la evolución de la demencia. Yo llevé a cabo las evaluaciones y elaboré los informes correspondientes, que se incluyen a continuación.

INFORME DE UNA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A LA PACIENTE MFO DEL GRUPO LEVES II

Tablas de resultados

TEST 7 MINUTOS				
Test de Memoria				
Denominación	Recuerdo Inmediato	Recuerdo Libre	Recuerdo Facilitado	Recuerdo Total
5/16	1/16	0	0	0
Test de Fluidez Categorical				
Puntuación Total		0		
Test del Reloj				
Puntuación Total		0		

MINIMENTAL STATE EXAMINATION	
PUNTUACIÓN TOTAL	9/30

EXAMEN CAMCOG DE LA BATERIA CAMDEX		
ÁREA	PUNTUACIÓN	MÁXIMO
Orientación	2	10
Lenguaje	13	30

Memoria	3	27
Atención/Cálculo	0	9
Praxis	3	12
Pensamiento abstracto	0	8
Percepción	1	9
Función ejecutiva	3	28
TOTAL	22	105
CORTE	69/70	

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se va a realizar atendiendo a cada una de las funciones cognitivas evaluadas a través de las diferentes pruebas.

- **Orientación**

MFO se encuentra desorientada en el tiempo y en el espacio, pero no respecto a su persona.

- **Lenguaje**

La paciente comprende adecuadamente instrucciones verbales que requieran respuestas motoras y verbales. Tiene dificultad para denominar objetos cuando se le presentan en forma de imágenes y cuando son reales. Cuando se le pide que nombre animales en una prueba de expresión y fluidez verbal, el rendimiento es muy bajo y solo alcanza a nombrar 2 animales durante un minuto. Cuando la tarea de evaluación de la expresión verbal consiste en dar definiciones de objetos físicos o abstractos, no es capaz de realizar ninguna de ellas. Puede repetir literalmente sin errores frases que se le presentan de forma oral.

- **Lectura y escritura**

La lectura comprensiva de textos cortos esta preservada pero la capacidad de la escritura de frases espontáneas ya se ha perdido. M solo sabe escribir su nombre.

- **Memoria**

La capacidad de fijación y el recuerdo inmediato se encuentran preservados y M es capaz de repetir el total de tres palabras presentadas, pero no puede recordarlas

pasados unos segundos en los que se le propone una tarea distractora. Tiene muchas dificultades para nombrar objetos que se presentan en imágenes y solo consigue, cuando se le vuelven a presentar en una tarea de reconocimiento, nombrar 3 de un total de 6. El recuerdo de información tanto remota como reciente está completamente deteriorado.

- **Atención**

La atención, en todos sus componentes, está muy deteriorada. M no consigue llevar a cabo ninguna de las tareas en las que se requiere la intervención de la atención ejecutiva ni las que requieren de un grado importante de concentración, como contar hacia atrás o deletrear una palabra. Tampoco logra repetir una serie de dígitos (solo 3) en orden inverso, pero sí en orden directo.

- **Cálculo**

La paciente no puede realizar operaciones aritméticas sencillas como sumas o restas ni resolver problemas matemáticos.

- **Praxias**

Respecto a las praxias ideacionales, podemos decir que se encuentran preservadas, aunque es necesario dar las instrucciones de la tarea requerida (coger, doblar y guardar una hoja en un sobre) una a una porque no las recuerda. Las ideomotoras están más deterioradas, solo sabe realizar uno de los gestos propuestos, de un total de tres (decir adiós con la mano). Las tareas en las que se le solicita la copia y el dibujo de unas figuras geométricas y un reloj, no llega a completarlas con éxito.

- **Percepción**

M no puede reconocer a los personajes famosos que se le presentan en unas fotografías, ni tampoco reconoce objetos comunes cuando se presentan desde una perspectiva diferente a la habitual. Tampoco puede calcular de forma aproximada el paso del tiempo.

- **Funciones Ejecutivas**

El pensamiento abstracto sufre un deterioro muy importante. La paciente ya no es capaz de llevar a cabo tareas en las que se tenga que se le pide que enumere

diferencias o semejanzas entre objetos o en las que tenga que clasificarlos atendiendo a algún criterio. La fluidez ideacional está también alterada: solo consigue dar una respuesta cuando se le pide que diga los posibles usos que se le pueden dar a un objeto concreto (un cubo). En la tarea de razonamiento visual, que consiste en elegir que figura forma parte de una secuencia lógica, no consigue ninguna respuesta correcta.

CONCLUSIONES

Tanto la puntuación del Minimental como del examen cognitivo Camcog se encuentran por debajo del punto de corte determinado para las demencias. Los exámenes previos, médicos y neuropsicológicos, ya confirmaron el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer previamente.

La totalidad de las funciones cognitivas sufren un deterioro muy notable, especialmente la memoria, la atención y las que se incluyen dentro de las funciones ejecutivas. El área que permanece mejor preservada es el lenguaje.

Los resultados de la evaluación nos indican que la demencia que sufre la paciente se encuentra en la fase de moderada.

INFORME DE UNA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A LA PACIENTE CIR DEL GRUPO LEVES II

Tablas de resultados

TEST 7 MINUTOS				
Test de Memoria				
Denominación	Recuerdo Inmediato	Recuerdo Libre	Recuerdo Facilitado	Recuerdo Total
13/16	6/16	2/16	8/16	10/16
Test de Fluidez Categorical				
Puntuación Total		4		

Test del Reloj	
Puntuación Total	0

MINIMENTAL STATE EXAMINATION	
PUNTUACIÓN TOTAL	19/30

EXAMEN CAMCOG DE LA BATERIA CAMDEX		
ÁREA	PUNTUACIÓN	MÁXIMO
Orientación	6	10
Lenguaje	21	30
Memoria	2	27
Atención/Cálculo	1	9
Praxis	6	12
Pensamiento abstracto	3	8
Percepción	3	9
Función ejecutiva	8	28
TOTAL	50	105
CORTE	69/70	

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **Orientación**

La paciente CIS se encuentra orientada en el espacio y respecto a su persona, pero tiene dificultades para establecer el mes o el año en el que vive, aunque si calcula los días de la semana y la hora de día.

- **Lenguaje**

Aunque la capacidad de la comprensión esta preservada, tiene cierta dificultad para comprender las ordenes que requieren una respuesta motora. Denomina con bastante exactitud objetos que se presentan en forma de imágenes y objetos reales. El rendimiento disminuye considerablemente en la tarea de fluidez verbal, donde solo consigue nombrar a cinco animales durante un minuto, alcanzando una puntuación de

2 en un máximo de 6. También consigue un buen rendimiento a la hora de definir conceptos reales y abstractos. La repetición de frases la realiza correctamente.

- **Memoria**

Conserva la capacidad de fijar información, pero no puede recordarla cuando se le pide, tras una tarea distractora, que repita las palabras que aprendió previamente. Tanto el recuerdo como el reconocimiento de objetos que se presentaron en una tarea de denominación, son prácticamente nulos (solo reconoce uno de 6). Sin embargo, el rendimiento en el test de memoria del Siete minutos fue algo superior, donde consiguió recordar una cantidad de 10 objetos en un total de 16. El recuerdo de información remota y reciente está muy deteriorado, y no es capaz de responder a preguntas que hacen referencia a hechos históricos pasados ni a acontecimientos actuales.

- **Atención**

La concentración y la atención ejecutiva aparecen bastante deterioradas y no consigue realizar operaciones como contar hacia atrás, deletrear palabras o seguir una serie numérica, pero si puede repetir una secuencia de tres dígitos en orden directo y llega a repetir hasta dos números en una secuencia de 3 números en orden inverso. Cuando se le pide que continúe una serie de sustracciones numéricas, consigue hacer correctamente las dos primeras. El deterioro de la atención ejecutiva se considera moderado.

- **Cálculo**

La paciente puede realizar operaciones aritméticas sencillas pero no resolver problemas matemáticos.

- **Lectura y escritura.**

La capacidad para leer textos sencillos está preservada, así como la de la escritura, tanto espontánea como al dictado.

- **Praxias**

Las praxias ideomotoras e ideacionales presentan una moderada alteración, así como la copia y el dibujo de figuras geométricas.

- **Percepción**

La percepción visual de objetos desde ángulos inusuales consigue un rendimiento muy bajo, llegando solo a identificar uno de los seis objetos mostrados. Cuando tiene que reconocer a personajes conocidos, solo lo consigue con una de las dos fotografías que se le muestran. Sin embargo, reconoce sin errores a las personas de su entorno más habitual y la función que éstas realizan.

- **Funciones Ejecutivas**

En la tarea que evalúa la capacidad de pensamiento abstracto, la paciente solo pudo establecer las semejanzas entre dos de los cuatro grupos de objetos, pertenecientes cada uno a una categoría diferente, que se le propusieron. Logró una puntuación de 3/8 cuando se le pidió que, en una tarea de fluidez ideacional, propusiera diferentes usos para un mismo objeto. En la prueba de razonamiento visual, no logró identificar ninguna de las figuras que faltaban para completar una secuencia lógica de figuras geométricas de diferentes niveles de dificultad.

CONCLUSIONES

La totalidad de las funciones cognitivas evaluadas presentan alteraciones con diferentes grados de severidad. Orientación, lenguaje y praxias son las funciones menos afectadas. Las alteraciones más severas se dan en las áreas de memoria y funciones ejecutivas. Hay que señalar que si bien la puntuación que ha obtenido la paciente en las tareas que evalúan atención y cálculo han sido muy bajas, cuando se le proponen actividades similares en los talleres de estimulación cognitiva en el centro, tanto del programa Grador como en tareas de papel y lápiz, la paciente centra su atención en el desempeño de las tareas y discrimina los estímulos distractores. Los componentes de la atención selectiva y sostenida están preservados. De igual forma, al plantearle operaciones aritméticas sencillas como sumas o restas o cuando le pedimos que continúe secuencias numéricas, cumple todas las tareas correctamente. La capacidad de cálculo, a pesar de los resultados obtenidos en las pruebas objetivas, se encuentra todavía entre las funciones mejores preservadas.

REFLEXIÓN

3. REFLEXIÓN

Antes de comenzar el periodo de prácticas en el Complejo Alzheimer José Bueno nos planteamos una serie de objetivos. Por una parte, estaban los destinados a adquirir una serie de competencias profesionales y por otro, los orientados a la realización de algún trabajo experimental que tuviera como sujetos de la misma a enfermos de demencia tipo Alzheimer, con la intención de que dicha investigación fuese el tema principal del trabajo fin de máster.

Finalmente, como se ha podido ver a lo largo de esta memoria, no me fue posible llevar a cabo ningún trabajo de investigación, ya que los intereses y objetivos del trabajo que yo debía desempeñar a lo largo de mi estancia en el centro, no coincidían con los de la dirección del mismo. Aun así, he de decir que los relativos a la adquisición de las competencias propias de los neuropsicólogos que realizan su trabajo en los centros de día se cumplieron en gran medida. Tuve la oportunidad de trabajar con pacientes que se encontraban en diferentes fases de la enfermedad y conocer así las características de cada una de ellas. También adquirí cierto manejo en la administración de las pruebas neuropsicológicas que se usan habitualmente para la evaluación de los pacientes con demencia o deterioro cognitivo y, como resultado de las evaluaciones, puse también en práctica la redacción de informes neuropsicológicos.

Por último, desarrollé un conjunto de actividades complementarias a las tareas de estimulación cognitiva que se utilizaban en los talleres de rehabilitación y que se describen en el apartado de anexos. Dado que el programa Grador formaba parte de estos talleres, tuve acceso al mismo y aprendí su funcionamiento y aplicaciones, llegando a diseñar yo misma una sesión de entrenamiento para una de las usuarias externas al centro a la que previamente había realizado una evaluación.

Mi trabajo consistió fundamentalmente en colaborar en el desarrollo de las actividades que se realizan dentro de los programas de estimulación cognitiva con los pacientes en las fases leve, moderada y grave de la enfermedad, y que ya se han descrito anteriormente. La mayor parte del trabajo se llevó a cabo con los pacientes en fase leve.

La terapia de orientación me pareció que era muy susceptible de mejora, ya que se basaba únicamente en tareas de papel y lápiz en las que, si bien trataban sobre conceptos temporales, como la fecha o la estación del año, la función cognitiva implicada en el desarrollo de las mismas era la atención selectiva en la mayoría de ellas. Puesto que el objetivo de dicha terapia, que es la orientación temporal y personal del paciente, no se alcanzaba a través de dichas actividades, propuse otras nuevas, como el repaso con el grupo de pacientes de las

noticias y eventos más señalados de cada día, utilizando para ello la lectura de periódicos, pero las limitaciones horarias fueron el principal inconveniente para su puesta en práctica, y no pude llevarlas a cabo.

Otra de las sugerencias que hice fue que los pacientes llevaran al centro un álbum de fotografías familiar, para trabajar aspectos de la orientación personal y la reminiscencia, repasando acontecimientos importantes de sus vidas, pero no se obtuvo respuesta por parte de los familiares, así que tampoco se pudo desarrollar esta actividad.

Respecto a la evaluación neuropsicológica, realicé breves evaluaciones a pacientes que se incluían dentro del grupo de leves 2, que sirvieron como seguimiento de la evolución de los mismos, así como a otros dos sujetos, uno externo al centro y a una usuaria de los talleres de memoria que allí se imparten. Los informes se encuentran incluidos en el apartado de la memoria de este mismo trabajo.

En referencia a la rehabilitación neuropsicológica, como ya se señaló en un apartado anterior, el material que se utiliza en las actividades que se realizan dentro de las sesiones de estimulación cognitiva, consiste en fichas de papel que los pacientes deben completar, y que cambian su contenido según el área cognitiva que se quiera entrenar. En el trabajo diario con los pacientes observé que algunos de ellos, si bien parecían no padecer déficits importantes en determinadas áreas, no realizaban las tareas que se les pedían y se mostraban poco motivados, negándose a hacerlas con demasiada frecuencia.

Esta fue la razón por la propuse a los responsables del centro la posibilidad de trabajar exclusivamente con ese pequeño grupo de pacientes con la certeza de que, cambiando el tipo de actividad y el material con el que tuvieran que trabajar, se mostrarían más dispuestos a colaborar en las sesiones de estimulación.

Con este objetivo diseñé una serie de actividades complementarias a las tareas de papel y lápiz que se utilizan habitualmente en las sesiones de estimulación cognitiva. Utilizando diferentes materiales, como figuras geométricas de madera, barajas de cartas, cubos de colores o dominós, elaboré tareas que entrenan diferentes áreas cognitivas, cada una de forma específica o bien varias conjuntamente. De esta forma, el desarrollo de las mismas resulta más gratificante, atractivo y motivador para los pacientes.

Estas actividades se realizan de forma individual, por lo que se pueden adaptar, a lo largo de las sesiones, tanto el nivel de dificultad como su duración, al rendimiento del paciente.

Durante los meses que duró mi periodo de prácticas en el centro no fue posible incorporar estas actividades que yo elaboré a las sesiones de estimulación cognitiva porque no disponíamos del personal necesario, ya que normalmente era una psicóloga, a veces yo misma, la encargada de atender a la totalidad del grupo de pacientes mientras éstos realizaban sus tareas, lo que hacía imposible desarrollarlas de forma individual.

En la actualidad, sigo colaborando como voluntaria en el mismo centro y programo sesiones individuales con dos pacientes que pertenecen al grupo de leves 1, que se realizan dos días a la semana con una duración aproximada de una hora cada una. A lo largo de las mismas los pacientes realizan las actividades que yo diseñé y que se describen en el apartado de anexos.

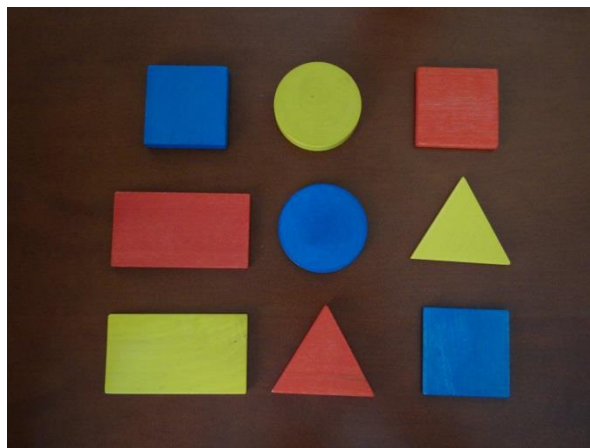
ANEXOS

4. ANEXOS

En este apartado describo las tareas que yo elaboré y que fueron diseñadas para complementar a las que ya se aplicaban en el taller de estimulación cognitiva.

1. BLOQUES LÓGICOS

- a. ATENCIÓN: Se muestran un conjunto de figuras y se le pide al sujeto que seleccione las que cumplan el/los criterio/s que establezca el terapeuta: forma, color, tamaño, grosor... por ejemplo: coge de entre estas figuras los círculos pequeños de color rojo.
- b. CLASIFICACIÓN: Agrupa las figuras según su color/forma/tamaño.
- c. PRAXIAS: Construye una torre con fichas del mismo color y en el mismo orden que el modelo.
- d. MEMORIA: Se le muestran al sujeto durante unos segundos un conjunto de piezas y se le pide que las recuerde. Después de ocultarlas, le pedimos que responda a las preguntas:
 - i. ¿Cuántas figuras se le han mostrado?
 - ii. ¿Qué forma tenían?
 - iii. ¿De qué color eran?
 - iv. ¿Qué posición ocupaban?
- e. RAZONAMIENTO LÓGICO: Se construye una secuencia de figuras y se pide al sujeto que coloque las figuras que se le ofrecen de manera que continúen la serie que el terapeuta ha iniciado.



2. FICHAS DE NÚMEROS

- a. CÁLCULO: Se le proponen al paciente operaciones de sumas y restas.
- b. ATENCIÓN: se le pide al sujeto que seleccione entre un conjunto de fichas las que sean de un determinado número, color, o ambos criterios a la vez.
- c. RAZONAMIENTO: El paciente debe continuar la serie que establezca el terapeuta:
 - i. Secuencias de uno en uno, dos en dos, de tres en tres, etc.
- d. MEMORIA: Se le muestran al paciente un conjunto de números durante unos segundos y se ocultan, para pedirle después que recuerde qué números se habían mostrado anteriormente.



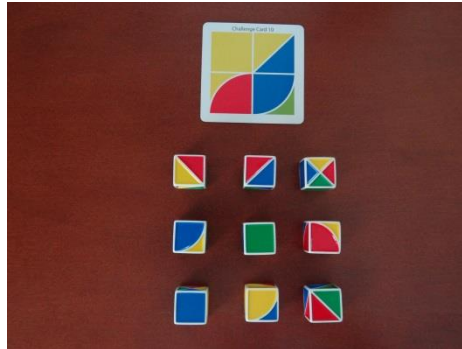
3. BILLETES Y MONEDAS

- a. CÁLCULO: Se le entrega al paciente un conjunto de monedas y/o billetes y le pedimos que nos diga qué cantidad de dinero hay en total.
- b. MEMORIA: Después de darle al sujeto una determinada cantidad de dinero le pedimos que nombre el tipo de monedas o billetes y que nos diga su cantidad, para después de retirárselos preguntarle qué cantidad y cuáles eran las monedas o billetes que había.
- c. FUNCIONES EJECUTIVAS: Simulamos la compra de algunos objetos y hacemos que el paciente calcule el importe, pague y reciba el cambio.



4. CUBOS DE COLORES

- a. ATENCIÓN, PERCEPCIÓN, PRAXIAS Y RAZONAMIENTO: Pedimos al paciente que construya una figura igual al modelo utilizando los cubos de colores.

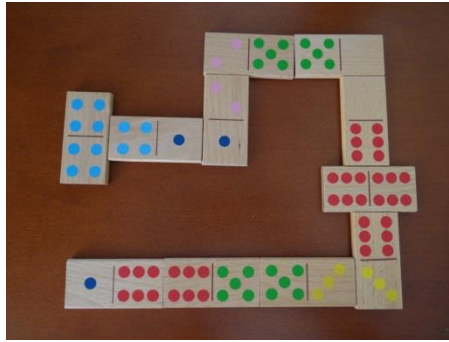


5. CARTAS DIBUJOS OPUESTOS

- a. PERCEPCIÓN/RAZONAMIENTO: Se muestra al paciente una pareja de cartas y le pedimos que diga cuál es la diferencia entre ellas.
- b. ATENCIÓN: Seleccionamos una carta determinada y le pedimos al paciente que seleccione entre un grupo de ellas la que forma pareja con la misma.
- c. FLUENCIA VERBAL: Seleccionamos una carta determinada y pedimos al paciente que enumere aspectos relacionados con la misma: por ejemplo, si aparece una prenda de vestir, le pedimos que nombre todas las que recuerde.



6. DOMINÓ DE COLORES



7. DOMINÓ DE LA GRANJA



8. CARTAS DE FRUTAS

- a. CÁLCULO: Se muestran una serie de cartas y preguntamos al paciente cuántas frutas hay en total.
- b. CATEGORIZACIÓN: Pedimos al sujeto que agrupe las cartas según el tipo de fruta o el número de frutas que aparezcan en ellas.
- c. ATENCIÓN: Se van mostrando cartas de una en una y pedimos al sujeto que haga sonar un timbre cuando aparezca una carta determinada (una fruta concreta o una carta con un número de frutas exacto).
- d. MEMORIA: Después de mostrarle al paciente un conjunto de cartas, se ocultan y le preguntamos qué cartas había y/o qué lugar ocupaban en el espacio.



REFERENCIAS

5. REFERENCIAS

Alberca, R. y López-Pousa, S. (2010). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Médica Panamericana.

Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales de los pacientes con demencia*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Boada, M., Cañabate, P., Morera, A., y Tárraga, L. (2004). Dependencia y demencia. El papel de los centros de día como recurso terapéutico. En Bermejo Pareja, F., *Aspectos familiares y sociales del Paciente con demencia (65-74)*. Madrid: Díaz de Santos.

Carnero, C. (2010). La detección y diagnóstico de demencia en las consultas generales. En Alberca, R. y López Pousa, S., *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (51-68)* Madrid: Médica Panamericana.

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., y Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 26(3), 383-403.

Franco, M. A., Orihuela, T., Bueno, Y., y Cid, T. (2000). *Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador*. Valladolid. Edintrás.

García, M. D. M., Mateo, I., y Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132-139.

Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de política social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer, 2008*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-modelo-03.pdf>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España, 2005*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

Peña-Casanova, P. (2010). La exploración neuropsicológica de la enfermedad de Alzheimer. En Alberca, R. y López Pousa, S., *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (211-224). Madrid: Médica Panamericana.

Rodríguez, P. (2004). El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género. En *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Madrid: Fórum de Política Feminista.

Ruiz, J. M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 57-66.

Tárraga, L. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 27(1), s51-s62.

World Health Organization and Alzheimer Disease International. *Dementia: a public health priority, 2012*. Recuperado de www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

Zamarrón, M. D., Tárraga, L., y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.