

1.3. Otros Tratamientos para los aspectos cognitivos y funcionales.

Otra intervención útil es el llamado **entrenamiento mnemotécnico** que supone un complemento de utilidad a la psicoestimulación, por cuanto facilita el recuerdo del paciente con limitaciones en la memoria. *Mnemotéchnia* es una palabra de etimología griega que significa técnica que le ayuda a recordar mejor. La mayor parte de estos recursos se basan, por una parte, en la representación imaginaria, es decir, el sujeto debe aprender a imaginar o visualizar la información que ha de ser recordada en una forma significativa y organizada; y por otra, en el incremento de la capacidad asociativa de las personas (Brooks y cols., 1999). Teniendo en cuenta que la psicoestimulación ha de dirigirse preferentemente a las áreas o funciones cognitivas que están preservadas constituye una técnica complementaria para cubrir las áreas afectadas. Se ha probado suficientemente su eficacia en ancianos sanos tanto a corto como a medio plazo (Yesavage y cols., 1989; Neely y Bäckman, 1993). En estudios realizados, no en demencia sino en los trastornos de memoria asociado a la edad, se ha visto que la duración elevada de las sesiones y la longevidad influye negativamente sobre los efectos de esta técnica mientras que la intervenciones en grupo y un aprendizaje o mejora de la motivación previa a la intervención mejora significativamente los resultados de esta técnica (Verhaeghen y cols., 1992). Existen diferentes técnicas entre las que se pueden destacar por su utilidad:

** Imágenes/Visualización:*

Las reglas mnemónicas basadas en la capacidad para formar imágenes visuales se han utilizado desde la época clásica. Una ayuda a la memoria es crear imágenes de los materiales que se desee recordar (Poon y cols., 1980). Aunque esta estrategia funciona mejor si se desea recordar algo concreto a algo conceptual, todo lo cual ha llevado a que en pacientes con demencia se empleen preferentemente palabras concretas (Zarit y cols., 1982). También es efectiva para recordar palabras abstractas siempre que uno pueda formarse una imagen representativa. Habitualmente se emplea mediante la presentación de una palabra al grupo de entrenamiento y luego solicitarles que se hagan una imagen mental de la palabra. Posteriormente, en las siguientes sesiones, se intenta que se asocien pares de palabras con imágenes mentales (Zarit y cols., 1982).

** Método de la Cadena:*

Se utiliza para recordar una lista secuencial de acontecimientos u objetos. Los elementos que han de ser recordados se unen para formar una "cadena mnésica", bien por imágenes interactivas o por características semánticas o acústicas, de tal forma que en el recuerdo cada elemento actúa como indicador del recuerdo del siguiente elemento. Existen dos procedimientos: el de la cadena simple o el de la historia encadenada

** Método de Localización (Loci):*

Este método consiste en la utilización de lugares o posiciones para recordar determinadas cosas asignándoles una posición fija en el espacio (Yesavage y cols., 1990). Requiere aprender a visualizar una ruta de localizaciones familiares en algún orden lógico o natural sobre el que se deban ir depositando los elementos que se deseen recordar (Rose y Yesavage, 1983). Un método de aplicación frecuente es la realización de una lista de 16 localizaciones en la casa, aunque esta cantidad puede ser variable según el caso.

Posteriormente, se entrena a los sujetos a formar una imagen mental de cada objeto que desean recordar y se asocia a una localización específica. Para recordar estos elementos el sujeto simplemente debe recordar la ruta y recordar que objeto había colocado allí mentalmente (McKittrich y cols., 1999). Las diferentes localizaciones servirían como pistas para recordar los diferentes objetos. Constituye un método de gran utilidad para el mantenimiento de las actividades de la vida diaria (Brooks y cols., 1999). Camp y cols. (1989) encontraron que la aplicación de esta técnica obtenía beneficios en los rendimiento de memoria en personas con enfermedad de Alzheimer y que la recuperación se mantenía tras cesar la intervención. Se ha planteado la hipótesis que en este método se hallan implicados procesos de memoria implícita (Bäckman, 1992). No obstante, la complejidad de esta técnica dificulta su aplicación en la enfermedad de Alzheimer, especialmente cuando esta muy avanzada de modo que solo es útil en fases muy leves. Por ello resulta más difícil de mantener las ganancias cognitivas adquiridas, incluso en personas con solo trastornos cognitivos asociados a la edad (Anschutz y cols., 1987).

** Método de la Categorización:*

Esta técnica ayuda a organizar la información que debe ser recordada, facilitando el procesamiento semántico de la información por parte del sujeto. Esta organización ayuda en dos sentidos: estructura lo que se va a aprender, de modo que recordar un fragmento de la información posibilita que el resto se haga accesible y relaciona el material que se acaba de aprender con otros más antiguos, lo cual significa que cuanto más rica sea la estructura de conocimiento previa, más fácil es comprender y recordar materiales nuevos. Agrupar la información en bloques permite mantener al mismo tiempo más de 7 unidades de información en la Memoria a Corto Plazo. De este modo si se dota a la lista de objetos o palabras de un sentido y se identifica algún principio por el que puedan agruparse los elementos se facilitará su almacenamiento de forma indefinida en la Memoria a Corto Plazo.

El entrenamiento consiste primero en formar sobre distintas listas de elementos, bloques agrupados sobre la base de sus características comunes. Luego se proporciona al sujeto los nombres de las categorías, de forma que enumere los elementos pertenecientes a las distintas categorías.

** Método de las Palabras Gancho:*

Este método utiliza una serie de objetos visualizados que han de ser memorizados previamente y son apareados con números. En segundo lugar se deben inventar una serie de imágenes que le permitan colgar los elementos que se quieren recordar en las palabras clave. La información para ser recordada se combina mentalmente con los objetos bien aprendidos de la lista gancho formando un conjunto de imágenes visuales apareadas. Posteriormente, la información es recordada moviéndose a través de una serie de números reconstruyendo las imágenes que han sido unidas a los números de la serie.

** Método Nombre-Cara:*

Es muy parecido al anterior y consiste en asociar el nombre a cada cara en base a una de las características más diferenciales de la cara del sujeto. Se trata de una técnica de aplicación sencilla por lo que resulta de gran utilidad en la enfermedad de Alzheimer

y que habitualmente emplea la técnica de la visualización y la asociación cuyo preentrenamiento es muy útil. Consiste en presentar al paciente varias fotografías sobre las que debe asociar información sobre sí mismos o sus familiares. Posteriormente, y sobre fotos de familiares se le enseña asociar la foto del familiar con sus aficiones, características físicas, etc. con lo que mejora el rendimiento del sujeto (Kesslak y cols., 1997). Brooks y cols. (1999) proponen la aplicación de este método en tres fases: una primera en el que el nombre o apellido de la cara se asocia a un objeto (Martínez=Sobados) que es visualizado; una segunda se examina la cara para encontrar una parte característica de la misma (una boca grande); finalmente, en la tercera fase se asocia la imagen de los Sobaos Martínez siendo comidos por una gran boca. Así cuando la persona vea la cara de nuevo detectará la boca grande que relacionará con comer sobaos y rápidamente entenderá que se llama Martínez. Otra variante es la detección de un elemento característico de la cara de la persona a recordar, la cual se trata de asociar a una transformación semántica del nombre de la persona. De este modo la citada característica sobresaliente de la cara de la persona constituiría una pista para la asociación de imágenes entre éste y el nombre de la persona (McKitrick y cols., 1999). Así McKitrick y cols. (1999) proponen presentar un set de 12 fotografías con una cara acompañadas por el nombre y apellido de la persona que se presentaban por escrito y verbalmente durante un minuto cada una de ellas. Posteriormente, se le mostraban a los usuarios e un orden diferente las distintas fotografías y se solicita a las personas que recuerden el nombre. Previamente, se les ha enseñado el método para recordar mejor los nombres.

Por razones obvias constituye uno de los métodos de mayor interés para mejorar o mantener las actividades de la vida diaria, ya que facilita la interacción social del enfermo, así como disminuye el estrés y frustración que provoca el olvido del nombre de una persona (Kesslak y cols., 1997). Kesslak y cols. (1997) aplica este método a 11 pacientes con Enfermedad de Alzheimer encontrando mejorías significativas en el reconocimiento de familiares.

** Método de las Rimas y ritmos:*

Una de las técnicas más eficaces para recordar una determinada información consiste en rimarla. Cuando alguien se encuentre con datos o materiales que necesite memorizar y que resulten muy difíciles por no tener demasiado sentido o no estar bien estructurados, una técnica eficaz es resumirlos en una sencilla rima.

** Método de las Siglas:*

Las siglas se han ideado para ayudar a recordar listas de palabra u otros datos carentes de una conexión lógica entre sí, de esta manera proporcionan una clave de la secuencia y de la primera letra de los materiales a recordar. Lo más importante para construir unas siglas es que sean sencillas y tengan sentido para la persona.

** Equivalentes Números-Consonantes:*

Este método es propablemente el más utilizado por los expertos en el tema de la memoria para recordar números.

En la aplicación de esta técnica es conveniente asociar un pre-entrenamiento dirigido a estimular la imaginación y abstracción del paciente que facilite su capacidad asociativa, así como a mejorar la motivación hacia la intervención (Verhaeghen y cols., 1992). En general, en un estudio metaanalítico que ha valorado la eficacia de estas técnicas para el deterioro cognitivo asociado a la edad se ha visto que inducen mejoría significativa de los rendimientos cognitivos frente a placebo o a la mera aplicación de los test psicométricos de evaluación.

Ultimamente, e incidiendo en los problemas de memoria, se está empleando la **terapia de reminiscencia**, de gran popularidad en el Reino Unido, en el que el paciente elabora un diario fotográfico, vídeo u otros materiales sobre su pasado de modo que le permite tener una permanente referencia temporal sobre su persona y facilita el mantenimiento del recuerdo. Actúa, entre otras, sobre una de las alteraciones más significativas de la pérdida de memoria en el paciente con demencia: el deterioro de la memoria episódica. Resulta de fácil aplicación, y en consecuencia resulta recomendable su empleo en estos pacientes. En cualquier caso, se trata de una terapia que incide especialmente en la afectividad y relación social del paciente.

Otra terapia a emplear y útil en este grupo de pacientes es la **modificación de conducta**. Se dirige a estimular conductas que favorezcan el control del entorno, mediante su refuerzo positivo, y que sirvan para anular otras conductas que impiden la adaptación del sujeto al medio en que se encuentra. Dentro de ellas resultan de gran interés el entrenamiento para la vida autónoma y las habilidades sociales, las cuales deben ser combinadas con otras intervenciones dirigidas a mejorar el entorno y la adaptación de las personas que conviven con el paciente a la enfermedad. Lo más característico en su aplicación en Enfermedad de Alzheimer es que al contrario que sucede con los rendimientos cognitivos en el caso del entrenamiento e intervención en las habilidades de la vida diaria, ésta debe producirse cuando la actividad que se quiera recuperar esté ya muy deteriorada (Bäckman, 1992). Solo así resulta eficaz el tratamiento, y se debe tener en cuenta que a mayor deterioro la eficacia de estas técnicas disminuye. Dentro de este grupo de terapias se incluye el *entrenamiento en resolución de problemas* en el que se establecen pasos intermedios y prácticos que permitan resolver algunos de los problemas que se le pueden presentar al paciente en su vida diaria (Zarit y cols., 1982). En este entrenamiento participan también los familiares o cuidadores del paciente, quienes identifican aquellos problemas más frecuentes que tienen los pacientes en su vida diaria y en el que el problema de memoria incide directamente para su no resolución. En este sentido, es habitual que hagan referencia a *Ano saber donde han dejado las cosas*, *Repetir preguntas con frecuencia e insistentemente*, *Ano manejarse por la casa y no encontrar lo que necesita*, etc. A partir de la definición de las dificultades se establecen posibles soluciones a las mismas que incluyen tanto intervenciones conductuales y modificación de estrategias de afrontamiento (por ejemplo tratar de emplear la memoria de reconocimiento frente a la de recuerdo libre mediante la incorporación de pistas o ayudas que faciliten el recuerdo), como intervenciones sobre el entorno (que se revisarán más adelante) que disminuirían los requerimientos cognitivos (Zarit y cols., 1982). Resulta una intervención de gran interés dentro de un programa multifactorial debido fundamentalmente a que posibilita la generalización de las adquisiciones o mejoras de los programas de psicoestimulación o entrenamiento mnemotécnico y con ello es más evidente el beneficio para el cuidador y para el incremento de autonomía personal y social.

También es significativa el empleo de la llamada **Terapia de Orientación a la Realidad**.

Uno de los aspectos intelectuales más deteriorados en la demencia hace referencia a la conservación de las coordenadas espacio-temporales e históricas, necesarias en la vida cotidiana. La orientación a la realidad es una de las técnicas más aplicadas a personas demenciadas con objeto de rehabilitar a personas con un grado moderado y severo de desorientación. Resulta útil en pacientes demenciados para mejorar la orientación y la memoria de sucesos personales como incrementar el recuerdo de citas (Hanley y Lusty, 1984). Bourgeois (1990) ha encontrado que esta técnica resulta útil en la enfermedad de Alzheimer y que incluso mejora las habilidades de comunicación.

Se trata de la aplicación de sesiones de tiempo limitados dirigido a la estimulación y rehabilitación cognitiva. Se aplica en grupos pequeños de pacientes y se trabaja fundamentalmente sobre la orientación temporal, espacial, personal, memorización y resocialización. También se aplican los mismos principios de forma mantenida mediante referentes ambientales como por ejemplo calendarios, relojes, diarios, etc. Se trata de una terapia de amplia difusión en España, especialmente en residencias geriátricas y gerontológicas y centros asistenciales en general y es recomendable su empleo como terapia coadyuvante.

La orientación a la realidad puede ser llevarla a cabo por cuidadores o enfermeros debidamente entrenados. Consiste en un proceso continuo a través del cual los cuidadores en cada interacción presentan información actual a la persona sobre el día de la fecha, la hora, el lugar y la propia persona, proveyéndola de los eventos sobresalientes ocurridos.

Otra intervención relevante es la que se puede dirigir a la **Adaptación/Modificación del Entorno**. Se trata de realizar cambios en el medio ambiente en que se desenvuelve el paciente con la modificación de actividades y tareas cotidianas, incorporación de adaptaciones ambientales y ayudas técnicas que faciliten al paciente la realización de actividades instrumentales y de la vida diaria. Además, se trata de evitar frustraciones y disminución de la autoestima. Ejemplo es el empleo de colores para marcar itinerarios y habitaciones, o utilización de ayudas técnicas que disminuyan también los requerimientos cognitivos. También se emplean signos o indicaciones sobre los diferentes componentes de algunas actividades de la vida diaria (Bäckman, 1992). Igualmente, existen técnicas constructivas de los centros terapéuticos dirigidos a este tipo de pacientes en los que se recomienda optimizar la estimulación cognitiva del paciente mediante distintas acciones arquitectónicas como concentrar usuarios y personas en una misma sala, evitando el aislamiento en habitaciones, facilitar la visualización entre usuarios, etc. Este tipo de intervenciones además de mejorar el rendimiento cognitivo y la autonomía de la persona, disminuye el número de alteraciones de conducta y la aparición de psicopatología (Green y cols., 1986). No obstante, este tipo de intervenciones no mejoran el deterioro cognitivo sino que únicamente hace que no sea tan limitante.

Otra intervención que es recomendable para paliar los efectos del deterioro cognitivo es la **estimulación sensorial** del paciente la cual parece tener efectos benéficos en diversas áreas psicológicas (relaciones personales, satisfacción...). Así, la terapia ocupacional o la realización grupal de actividades de la vida diaria, los efectos de la música, el contacto físico y el juego pueden influir en actitudes positivas en pacientes con demencia o enfermedad de Alzheimer. Igualmente, está el **ejercicio físico** que es ampliamente conocido por sus efectos positivos en la salud física y el bienestar. En esta misma línea, se situaría la **musicoterapia** cuya utilidad en las residencias de ancianos está documentada y resulta de mayor utilidad por no requerir del paciente unas habilidades cognitivas altas, en los casos de demencia en estadios avanzados (Cohen-

Mansfield y cols., 1990; Casby y Holm, 1994). Habitualmente se emplea música folk o religiosa por ser la que está más cercana a la población anciana.

Existen también otras terapias que se emplean en los trastornos cognitivos de la demencia pero que por no ser actualmente muy empleados no consideramos de interés extendernos en ellas. Es el caso de la cinesoterapia, musicoterapia, etc.

1.4. Otros Tratamientos Biológicos.

Se trata de tratamientos, algunos de ellos en fases experimentales y no confirmados en su utilidad pero en los que existen ciertas evidencias que pueden hacerlos útiles en el caso del deterioro cognitivo de la demencia. Entre ellos destacan:

Oxígeno Hiperbárico.

Ozonoterapia.