

LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La rehabilitación cognitiva ha demostrado ser eficaz en los trastornos asociados al envejecimiento y en las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de alzhéimer. En este caso, se ha planteado que el objetivo de la rehabilitación sería retrasar el avance de la enfermedad más que la recuperación de la función dañada (Tárraga, 1998). Por ello, muchas veces se prefiere el término estimulación cognitiva en vez de rehabilitación para aludir al tratamiento de estos pacientes, ya que ante la imposibilidad de mejorar las funciones deterioradas se busca mantener y fortalecer el funcionamiento actual para evitar un deterioro mayor. Sin embargo, si se utiliza una definición más amplia del término “rehabilitación cognitiva”, tal como la plantea Wilson (1997), se verá que es totalmente legítimo hablar de “rehabilitación” en el caso de las demencias. Wilson define la rehabilitación cognitiva como “toda estrategia o técnica de intervención que se proponga, posibilite a los pacientes y sus familias a vivir con, manejar, evitar, reducir o sobrellevar las alteraciones”. En el caso de la EA, la rehabilitación cognitiva deberá apuntar a mejorar la calidad de vida, promover la independencia, enlentecer el grado de deterioro y optimizar la funcionalidad y el rendimiento cognitivo general.

Cualquier modelo de rehabilitación cognitiva que se pretenda aplicar en el tratamiento de la EA deberá tener en cuenta la diversidad de variables que influyen en el funcionamiento cognitivo del individuo. De tal forma, será imprescindible conocer y valorar el efecto de: el estadio evolutivo de la enfermedad, el estado clínico general del paciente, la presencia de sintomatología psiquiátrica, el tratamiento farmacológico, la personalidad previa, el nivel sociocultural, las características del entorno familiar, la institucionalización entre otros.

Dentro de las posibles modalidades de abordaje de la rehabilitación en la EA pueden distinguirse como un **abordaje funcional** y **abordaje cognitivo**.

EL ABORDAJE FUNCIONAL

El abordaje funcional apunta al logro de conductas o de la funcionalidad del paciente en su vida cotidiana, con un enfoque fenoménico de las conductas sin interesarse por los procesos que las sustentan. Dentro de esta línea destacan tres tipos de intervenciones terapéuticas que son la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia y la terapia de organización conductual.

TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

La terapia de orientación a la realidad (TOR) es la más clásica de las intervenciones en el anciano con demencia. Se desarrolló como una técnica para mejorar la calidad de vida del anciano con confusión, aunque en su origen tuvo como destinatarios a los veteranos de guerra que presentaban trastornos mentales graves. El objetivo de este abordaje es reducir el impacto de la desorientación temporal, espacial y personal por medio del suministro constante de información que facilite la orientación y de claves externas que permitan optimizar el rendimiento. Al utilizar este abordaje, el paciente con EA recibe repetidamente información básica de la realidad como la fecha, el momento del día y la estación del año, con la idea de que esto le permita una mejor comprensión de su entorno, lo cual posiblemente se traducirá a su vez en un sentimiento de mayor control, un aumento de la autoestima y una mejor socialización

Se han descrito dos modalidades diferentes de TOR. Una de ellas, la TOR24-HS, u orientación informal a la realidad, donde la información es brindada permanentemente por el familiar o el cuidador en cada interacción con el paciente, informándole la hora, dónde está, a dónde se dirigen, cuál es la temperatura, etc. Es importante subrayar que la información se debe brindar de forma clara y lenta por medio de la voz, la mirada y el contacto físico, para lo cual pueden utilizarse diferentes recursos como: relojes, calendarios y dibujos. La otra modalidad de TOR es de naturaleza formal y tiene lugar en sesiones grupales donde los pacientes con EA se reúnen para participar en actividades que propicien la orientación. El ambiente donde se desarrollan las sesiones cuenta con elementos orientadores (relojes, calendarios, señales de orientación espacial, recuerdos personales y familiares de identificación personal), y se intentará que los

diferentes miembros compartan la información. Por ejemplo, para lograr la orientación temporal respecto del mes pueden propiciarse actividades que estimulen la percepción de elementos orientadores del ambiente (la ropa que vistan las personas, la temperatura ambiente), permitirá aproximar la estación del año. Si bien ha recibido numerosas críticas debido a su falta de fundamentación teórica, algunos estudios indican que la TOR produce mejores resultados en el nivel de la orientación verbal, pero que esta mejoría se debe rara vez únicamente al proceso básico y continuo de reorientación a la realidad, pues otros factores podrían estar interviniendo también (William et al., 1987). Se ha postulado también una modificación en la capacidad de aprendizaje (Breuilet al., 1994). Una reciente revisión de Spector et al (2004) sobre la TOR señala la evidencia de beneficios tanto en la conducta como la cognición.

TERAPIA DE REMINISCENCIA

La terapia de reminiscencia se ha definido como el recuerdo por parte del individuo de sucesos y experiencias vividas en el pasado. Típicamente, implica sesiones grupales que en general son semanales en las que los participantes son alentados a hablar de sucesos del pasados, usualmente apoyados en objetos, fotos, música y videos. Además de alentar a los recuerdos individuales, en el grupo se estimula a recordar situaciones compartidas por todos como acontecimientos políticos y/o sociales por medio de la lectura de un diario o revista de décadas pasadas que incluyan modas musicales o vestimenta mediante alguna canción popular o alguna prenda de vestir de otro tiempo aportada por algún miembro del grupo. Algunos autores (Clare y Wilson, 1997) han sugerido que el mero hecho de recordar acontecimientos pasados, experiencias y logros redundante en una mejor sociabilidad, ya que estimula el interés en conversar con otros y podría ayudar a promover la autoconfianza y la autoestima.

TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia de modificación de la conducta se dirige básicamente a los pacientes que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y que presentan una profusa sintomatología conductual. Apunta a modificar conductas que se consideran negativas o perjudiciales para el paciente como por ejemplo deambular permanentemente y/o

mostrar conductas agresivas. También se estimulan los aspectos beneficiosos como el cuidado personal, las dificultades de elocución y la interacción social (Holden y Woods, 1995). La técnica más utilizada se basa en un sistema de recompensas para las conductas deseadas y la inhibición de las no deseadas y una ausencia de recompensa para los no deseados. Debe enfatizarse que para tener éxito, toda intervención conductual debe ir precedida de un análisis detallado del problema y un conocimiento de su causa probable. Por ejemplo, un grito puede ser una manifestación de dolor, una forma de auto-estimulación, una manera de llamar la atención o un síntoma de delirio. Una intervención que desconozca los motivos de la conducta negativa puede producir un mal peor que el que se pretende evitar.

EL ABORDAJE COGNITIVO

A pesar de mantener cierto grado de eficacia, el abordaje funcional ha recibido diversas críticas por considerarse un enfoque meramente fenomenológico de la conducta, sin fundamentación teórica y sin una reflexión sobre la naturaleza de las alteraciones cognitivas subyacentes a los problemas (Van der Linden y Juillerat, 1998). Ahora bien, frente a los límites que pueda presentar el abordaje funcional, en pacientes con enfermedad alzhéimer se postula un Abordaje Cognitivo, particularmente para las etapas iniciales de la EA, cuyo objetivo será intentar optimizar los desempeños de los pacientes tomando en cuenta la heterogeneidad intrasujeto del funcionamiento cognitivo (capacidad cognitiva preservada), así como el conjunto de factores susceptibles de mejorar su rendimiento. Este enfoque terapéutico se interesa especialmente en los procesos subyacentes al funcionamiento cognitivo, e intenta operar sobre los mismos para lograr mejoras las dificultades cotidianas de los pacientes con EA. Para ello se requiere una exhaustiva y minuciosa evaluación neuropsicológica.

La evaluación neuropsicológica no sólo es de gran utilidad para establecer un diagnóstico diferencial, sino también para permitir la identificación de objetivos terapéuticos y evaluar la eficacia de una intervención terapéutica específica; posibilita también documentar la progresión de la demencia por medio de instrumentos estandarizados. Por otra parte, al permitir establecer un perfil diferencial de capacidades

cognitivas, ayuda a decidir el tratamiento específico requerido por cada paciente y a diseñar las intervenciones neuropsicológicas individualizadas por medio de la caracterización del déficit, la identificación de los subprocesos implicados, su alcance y gravedad.

Las manifestaciones neuropsicológicas de la EA no se expresan siempre de la misma manera de un individuo a otro, ni en un mismo individuo en distintos momentos de la enfermedad. Los pacientes con EA presenta perfiles caracterizados por disociaciones entre el grado de compromiso de diferentes áreas de la cognición y/o aun entre los diferentes componentes de una misma área cognitiva.

El síntoma cardinal de la EA, la memoria, si esta se concibe como una función en estrecha relación con la percepción, la atención, la inteligencia y las funciones ejecutivas, y no como un sistema aislado e independiente (Israel,1988), al trabajar con la función amnésica se activan necesariamente estas otras funciones también. En este sentido no se debe descuidar el tan destacado papel que cumple la motivación, la afectividad y/o el cansancio en el rendimiento del paciente (Glisky y Glisky, 2000)

LA MEMORIA Y SUS SUBSISTEMAS

Para abordar los procesos que intervienen en las dificultades de memoria es necesario conocer cuáles son los sistemas que la componen. Es bien sabido que la memoria no es una función unitaria, sino que se halla conformada por cierto número de subsistemas (Trillet y Laurent, 1988; Trillet, Laurent y Fischer, 1982; Tamaroff y Allegri 1995), los cuales se detallan sucintamente a continuación.

En primer término debe considerarse la división propuesta hace ya largo tiempo entre memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP), la cual hace referencia a la naturaleza diferente de las actividades que dependen de cada uno de estos dos subsistemas. La MCP, o memoria de trabajo, es un sistema que permite cumplir con actividades que requieren un mantenimiento de la información “en línea”, disponible para su utilización inmediata. La memoria de trabajo también tiene una función de

control y organización de las operaciones en el curso de tareas cognitivas como el razonamiento, la comprensión y el aprendizaje.

En tanto, la MLP se entiende como un sistema de operaciones que permiten la utilización de aprendizajes anteriores (Pérez et al., 1991). La MLP se ha subdividido en dos subsistemas: la memoria explícita (declarativa) y la memoria implícita. La memoria explícita contiene todo el conocimiento que el sujeto puede comunicar en forma de evocación verbal o no verbal, para lo cual debe referirse conscientemente a los conocimientos adquiridos anteriormente. Por el contrario, la memoria implícita contiene los conocimientos que el sujeto puede revelar sólo mediante la conducta; para comunicar estos conocimientos no es necesario la intervención de la conciencia. A su vez, la memoria explícita se subdivide en memoria semántica y memoria episódica. Los conocimientos contenidos en la memoria semántica son de naturaleza general y sin contexto, y son compartidos por todos los miembros de una cultura dada. Las informaciones contenidas en la memoria episódica son de naturaleza autobiográfica, ya que se pueden fechar temporalmente (ya sea en forma absoluta, en términos de relojes o calendarios; o relativa, como antes o después de algún suceso) y ligadas al contexto espacial de la experiencia aprendida (Brandt y Rich, 1995).

La memoria implícita se ha dividido en dos subsistemas amnésicos. Un subsistema de soporte de los conocimientos, puesto en evidencia en las pruebas de priming, y un subsistema procedural puesto en evidencia en las pruebas de aprendizaje de procedimientos (Laurent et al., 1997) (figura 7-1)

En lo que concierne al abordaje de los problemas amnésicos en la EA pueden seguirse tres orientaciones:

- Facilitar la codificación o la recuperación de una información sacando partido de los factores de optimización hallados en la evaluación cognitiva detallada.

- Enseñar al paciente conocimientos nuevos o restablecer los procesos deficitarios, apoyándose en sus capacidades preservadas.
- Operar sobre el ambiente del paciente y confiar una parte de las funciones deficitarias a un soporte físico para reducir el impacto de las alteraciones cognitivas sobre el funcionamiento del paciente en la vida cotidiana.

La elección de una u otra intervención dependerá del perfil cognitivo del paciente y del objetivo que se persiga. Por lo demás, estas intervenciones no son mutuamente excluyentes sino que, por el contrario, son complementarias

FACILITACIÓN DE LA CODIFICACIÓN

Y RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Desde esta perspectiva, se tratará de sacar partida de los diferentes factores de optimización, teniendo en cuenta los problemas específicos de cada paciente. Para quienes el problema radique en la adquisición de información episódica en la memoria a largo plazo, los procedimientos de facilitación podrían consistir, por ejemplo, en utilizar (en todas las situaciones posibles) el aporte de una codificación motora o multimodal de la información más que limitarse a una simple codificación verbal (Lipinska y Bäckman, 1997; Bird y Kinsella, 1996). Se ha observado, por ejemplo, que la denominación de objetos se puede mejorar si la persona con demencia puede demostrar el uso de un objeto antes de nombrarlo cuando se le brinda una considerable cantidad de apoyo de recuperación. Esto ha llevado a pensar que la ejecución de programas sobre aprendidos (como algunos programas motores) puede activar la información en la memoria semántica que de otra forma resulta inaccesible. En este contexto, cabe hacer notar también que las investigaciones han mostrado un aprendizaje motor preservado en la EA.

La codificación puede enriquecerse también apelando a las diferentes modalidades sensoriales; por ejemplo, si la información por codificar fuera “cortar el césped”, podría enriquecerse la codificación de este dato estimulando a la persona para que arme la

imagen mental de alguien cortando el césped o del color verde intenso del césped, o que recuerde el olor del césped recién cortado o el ruido de la máquina de cortar pasto, o que represente motrizmente la actividad, etc.. Algunos estudios han señalado que la eficacia es más notoria cuando son los pacientes mismos quienes generan estas claves contextuales de codificación (Lipinska, Bäckman, Man-tyla y Vitonen, 1994). Por otra parte, el beneficio de esta codificación enriquecida sólo se obtiene si existe un apoyo por medio de una clave en el momento de la evocación o recuperación de la información. Además la clave que se presente en el momento de la evocación debe ser la misma que intervino en la codificación.

En el ejemplo anterior, se requeriría entonces que se proveyera alguna de las claves mencionadas (el color verde, p. ej.). Se supone que este efecto se produce por lo que Tulving (1983) conceptualizó como especificidad de codificación: cuando al momento de la recuperación el contexto se asemeja más al contexto en la adquisición inicial, mayor probabilidad hay de un recuerdo exitoso. Diversos estudios demostraron también la superioridad de la codificación enriquecida con un acto motor por sobre la codificación verbal (Bird, 2001; Bäckman y Nilsson, 1995; Herlitz, Adolfsson, Bäckman y Nilsson, 1991).

Otro aspecto importante para que se produzca una correcta adquisición y codificación de la información tiene que ver con el sistema atencional y el administrador central de la memoria de trabajo. Por ello, deberá investigarse la afectación o no de estos sistemas. Diversos trabajos han encontrado que las dificultades en la memoria de trabajo y la atención dividida suelen ser frecuentes en la EA por lo que, de existir tales déficits en el paciente, las técnicas de rehabilitación/estimulación deberán apuntar a mejorar o compensar estas funciones. Por ejemplo, si se advierte que el paciente no puede atender ni realizar dos tareas simultáneamente, deberá instruirse al cuidador para que favorezca que el paciente se aboque a una sola tarea a la vez; o si el paciente presenta una sensibilidad aumentada a la interferencia, se deberá aconsejar evitar ambientes ruidosos o con estímulos múltiples que perturben la concentración sobre la información que se desee codificar.

Clare y Wilson (1997) brindan una serie de pautas sobre cómo favorecerla mejor adquisición de la información que son de utilidad tanto para el trabajo del terapeuta como para el familiar, donde la regla general sería dar poca información, de manera clara y repetida.

APRENDIZAJE DE NUEVOS CONOCIMIENTOS

El objetivo básico de esta intervención es enseñar datos específicos (dirección, teléfono, nombres importantes), valiéndose de capacidades amnésicas preservadas. Diferentes trabajos han establecido que, en la gran mayoría de los pacientes con EA, la memoria procedural y el priming de la memoria implícita se encontrarían conservados. El planteamiento es que si se recurre a estas capacidades de aprendizaje relativamente intactas sería posible enseñar a un paciente un conocimiento específico relevante en su vida cotidiana que le permita llevar una vida más autónoma.

Pautas para favorecer la codificación (Adaptado de Clare y Wilson, 1997)

1. Privilegiar información valiosa para el paciente, aquello que necesite o quiera recordar
2. Simplificar la información por memorizar
3. Reducir la cantidad de información por aprender (una cosa a la vez)
4. Dividirla en pequeñas unidades
5. Asegurar la comprensión
6. Elaborar asociaciones ligando la información a algo ya familiar para el sujeto
7. Realizar las tareas paso por paso
8. Favorecer la organización de la información (establecer categorías)
9. Favorecer un mayor nivel de profundidad en la retención

Con la EA han resultado útiles en particular tres métodos para el logro del aprendizaje de información nueva: el método de recuperación espaciada, a técnica de claves evanescentes y el aprendizaje sin errores.

1. La recuperación espaciada.

Este método consiste en brindar una información e ir evaluando su recuerdo a intervalos progresivos. Este procedimiento fue descrito por Landauer y Bjork (1978) basados en el denominado “efecto de espaciado”, según el cual la práctica espaciada para el aprendizaje y recuerdo de nueva información da mejor resultado que la información adquirida en masa.

En este estudio, los autores apreciaron que la evocación e la información a intervalos cada vez más prolongados producían una mejor retención a largo plazo de la información aprendida. Este método fue utilizado posteriormente por varios investigadores en pacientes con EA (Camp, 1989; Camp, Bird y Cherry, 2000). Para que esta técnica sea eficaz, los intervalos iniciales en que se brinda la información por recordar y la comprobación de la misma deben ser sumamente breves (20-30 seg), los cuales irán aumentándose gradualmente si la respuesta es correcta. Para evitar la repetición sub-vocal y el mantenimiento de la información en la memoria de trabajo se deben brindar tareas de interferencia. Se ha visto que esta técnica es eficaz en la EA para aprender nombres de personas, la ubicación de diversos objetos y consultar la agenda regularmente, y se ha comprobado su mantenimiento durante un periodo de varias semanas. Algunos autores han planteado que “el aprendizaje por medio de este método, que parece realizarse relativamente sin esfuerzo por parte del individuo, podría depender de procesos de memoria implícitos o automáticos” (Glisky y Glisky, 2000).

2. El método de las claves evanescentes.

Este método fue descrito por primera vez por Glisky, Schacter y Tulving (1986). Su utilización en pacientes con EA se basa en investigaciones que han demostrado que en estos enfermos existe una relativa preservación de la capacidad de producir una información presentada recientemente en respuesta a claves parciales, lo que ha sido llamado priming o facilitación perceptual. El método de las claves evanescentes se diseñó específicamente para sacar provecho de esta forma de la memoria implícita a fin

de ayudar a adquirir cierta información nueva. Esta técnica implica una reducción sistemática de fragmentos de una palabra que se debe aprender mediante ensayos sucesivos. De tal manera, si la palabra que se requiere que el sujeto aprenda es el nombre de la calle en que vive (Venezuela), se le irán presentando progresivamente menos letras “VENEZUEL_”, “VENEZUE__”, “VENEZU___”, y así sucesivamente hasta retirar todas las letras. Este método ha demostrado ser relativamente eficaz para el aprendizaje de información nueva, especialmente cuando la cantidad de información a aprender es pequeña

3. El método de aprendizaje sin errores.

Baddeley y Wilson (1994) demostraron que los sujetos con trastornos de memoria no aprenden de sus errores, tal como popularmente se ha creído, sino que, por el contrario, para que se de algún aprendizaje éste debe ser sin errores. Observaron que los pacientes amnésicos, que dependen de la memoria implícita para aprender nueva información, podrían tener particular dificultad para eliminar los errores debido a que carecen de la memoria explícita para recordarlo. Por ello concibieron la técnica de aprendizaje sin errores que intenta evitar la producción de respuestas incorrectas. En su estudio, en vez de permitir al paciente que “adivine” en respuesta a claves parciales, ellos proveían la respuesta correcta y les solicitaban que la escribieran, eliminando la posibilidad de que produjeran errores. El desempeño en esta situación sin errores fue comparado luego con una situación con errores en que los pacientes recibían información parcial y, sin restricciones, se les pedía que adivinaran de qué palabra se trataba. De este modo se vio que los pacientes, en la situación de aprendizaje sin errores, presentaban un aprendizaje más rápido y menor olvido que el grupo de la situación con errores. Esta técnica se utilizó luego en pacientes con EA y se vio también su efectividad. Además, lo que se observó fue no sólo que los pacientes con EA no aprenden de sus errores, sino que, si cometen errores durante el aprendizaje, el error tenderá a repetirse.

Baddeley y Wilson (1994) postulan que esto ocurre porque los sistemas de memoria implícita tendrían menos capacidad de eliminar los errores y serían más sensibles a las interferencias (representada por los errores). Para Baddeley (1992), esto podría ser indicador de que una de las funciones de la memoria episódica sería la eliminación de

los errores de aprendizaje. Entonces, el objetivo en el trabajo con estos pacientes sería propiciar tareas que limiten las posibilidades de error.

Reforzando la idea de apoyarse en las facultades preservadas de los pacientes, Bäckman y Dixon (1992) han sugerido que una forma de compensar las alteraciones en las capacidades cognitivas básicas sería incluir en este abordaje aquellos dominios de actividad en que el paciente hubiera adquirido cierta pericia o un nivel alto eficacia. Las investigaciones han demostrado que los “expertos” tienden a mantener su desempeño en el dominio específico en que destacaban a lo largo de los años.

Por ejemplo, Charness (1989) encontró que los ajedrecistas de un alto nivel eran tan precisos como los jóvenes en la elección del mejor movimiento en un juego de ajedrez, a pesar de poseer una memoria de trabajo menos eficiente. La explicación brindada por Charness es que habían desarrollado estrategias de búsqueda y asociación más eficaces que hacían que requirieran menor utilización de la memoria de trabajo. Diversos reportes de casos han demostrado que pacientes con demencia, no obstante presentar trastornos neuropsicológicos graves, pueden preservar algunas facultades específicas en áreas en que habían destacado.

Van der Linden y Juillerat (1998) plantean que recurrir a las capacidades preservadas posibilitaría, por un lado, consolidar la motivación de los pacientes, confirmándolos en su funcionamiento cognitivo y, por otro, permitiría ejercitar inicialmente estrategias de rehabilitación sobre esas bases para luego transferirlas a otras áreas.

LA UTILIZACIÓN DE AYUDAS DE MEMORIA EXTERNAS

Recurrir a ayudas externas para mejorar el desempeño amnésico es necesario en la mayoría de los casos. Harris (1992) divide las ayudas externas en dos tipos básicos:

- Aquellas que se refieren al almacenamiento externo de información requerida, como el uso de una agenda, listas de compras, libretas y computadoras.

- Aquellas que proveen una guía o una clave para hacerle recordar al paciente que debe hacer algo. Lo más habitual son las alarmas de los relojes o agendas electrónicas; el problema con éstas es que en la clave contienen poca información de lo que debe ser recordado, por lo que no son de gran utilidad en pacientes con déficits graves.

Intervenciones y técnicas adicionales

Las técnicas precedentes, particularmente aquellas que apuntan directamente a modificar de alguna manera el funcionamiento cognitivo, han demostrado su utilidad en los pacientes con EA leve y leve-moderada. Sin embargo, para los pacientes con EA moderada y grave deberán considerarse otras intervenciones más generales. Las mismas apuntan a mejorar la calidad de vida del paciente y a aliviar o evitar las posibles dificultades en su funcionamiento global (cognitivo y conductual) de la vida diaria.

Adaptación y reorganización del ambiente

La intervención ambiental supone el reconocimiento de que una persona con demencia no es capaz ya de manejar adecuadamente y adaptarse al ambiente, por lo que habrá que introducir cambios pensados para las necesidades específicas del paciente. El ambiente ideal debiera ser no estresante, constante y familiar.

El acondicionamiento del espacio y la arquitectura influye directamente sobre la conducta, en particular, en los problemas de deambulación errática se pueden limitar por medio de la modificación de las puertas, su señalización, la colocación de carteles indicadores de los diferentes ambientes, tableros de comunicaciones, etiquetas en cajones y alacenas, etc., que brinden la información ausente en la memoria del paciente. Estas medidas deben tomarse atendiendo siempre al estadio evolutivo del paciente y sólo si son necesarias.

Al rediseñar el ambiente del paciente con EA. Las señales y los diferentes elementos del ambiente deben ser de colores contrastantes para lograr una mejor discriminación; deben retirarse elementos peligrosos o no seguros para el paciente; se debe evitar que el ambiente sea ruidoso en exceso; colocar alfombras antideslizantes; y brindar una

iluminación adecuada. También hay que asegurarse de que haya ventanas por las que pueda apreciarse el paso del día. Un cuidado similar deberá observarse en la vestimenta, privilegiando las prendas que sean fáciles de ponerse, el uso de zapatos bajos, etc.

Adaptar y reforzar la comunicación con el paciente

Las intervenciones siguientes apuntan a mejorar la comunicación con el paciente, considerando y adaptándose a las dificultades que presenta. Al hablar con el paciente, hay que hacerlo lento y claramente. Hay que utilizar frases cortas, con sintaxis simple, y emplear palabras comunes. Deben privilegiarse las preguntas con respuesta sí/no. Es de gran utilidad acompañar el habla con gestos ligeramente exagerados, valiéndose de la expresión facial y otros signos de comunicación no verbal para reforzar la comprensión. De ser posible, se deben reducir los ruidos de fondo y otras posibles distracciones. Si la persona habla despacio o tiene dificultades para encontrar las palabras, se debe resistir la tentación de hablar por ella o de terminar sus frases, dándole tiempo para que transmita lo que intenta decir. Además, debería potenciarse cualquier otro sistema de comunicación alternativo (visual, propioceptivo, con sonidos no verbales, etc.).

Terapia de validación

Esta terapia se originó en Estados Unidos y consiste en reconocer y validar las expresiones y sentimientos de los pacientes sin confrontarles. La técnica básica consiste en reconocer y contener las emociones que el sujeto expresa de manera verbal o no verbal, sin entrar en discusiones sobre la lógica o irrealidad de sus expresiones. Esta técnica se puede aplicar individualmente o en grupo, y comprende técnicas específicas que implican aspectos no verbales de la comunicación, particularmente en la fase avanzada de la enfermedad. El objetivo de esta terapia es disminuir el nivel de estrés que experimentan a diario los pacientes cuando no se comprende su discurso o se ven forzados a realizar conductas no deseadas (Jones, 1997; Finnema, Dröes y Ribbe VanTilburg, 2000)

Estimulación de la actividad motriz

Existe suficiente evidencia de que la actividad física estructurada (como bailar al son de una música, lanzar una pelota o realizar ejercicios de estiramiento) puede inducir cambios físicos y anímicos en las personas de edad avanzada en general y, también, que podría mejorar las funciones cognitivas en las personas con demencia (Molloy, Beerschoten y Borrie, 1988). Los ejercicios físicos deben practicarse durante la mañana o temprano en la tarde para mejorarla calidad del reposo nocturno. Luego del atardecer, las actividades deben ser más tranquilas para preparar al paciente para el sueño. La rutina de paseos y caminatas tiene por objetivo mantener y mejorar la autonomía de los pacientes, y también surte un efecto sobre las interacciones sociales. La actividad física evita el aburrimiento, disminuye la confusión y estimula la comunicación. Por otra parte, el reaprendizaje de facultades motoras generales (como vestirse y desvestirse) y su mantenimiento deberán estimularse, pero debe ser un ejercicio constante, con la repetición de un solo modelo de movimientos y sin variaciones.

Como conclusión, la rehabilitación neuropsicológica en los pacientes con EA deberá diseñarse cuidadosamente y atendiendo a las necesidades reales del paciente y el estadio evolutivo de la enfermedad en el momento de la intervención. Para los pacientes con EA incipiente, el abordaje cognitivo es lo más recomendado. En el caso de los pacientes que cursan una etapa más avanzada de la enfermedad, un abordaje funcional global parece una mejor opción, si bien la estimulación cognitiva no debe abandonarse por completo, atendiendo siempre a las particularidades de cada sujeto. En todos los casos, el objetivo de la terapia deberá ser conseguir el bienestar del paciente y favorecer una mejor calidad de vida mediante la promoción de la independencia (en lo que sea posible), y optimizar la funcionalidad y el rendimiento cognitivo y conductual general.