



*Universitat  
Abat Oliba CEU*

**Impacto neuropsicológico del confinamiento en  
pacientes con demencia: una propuesta de  
intervención**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Álex Arroyo Calvillo  
Tutor: María Montserrat Lafuente Gil  
Grado en: Psicología  
Universitat Abat Oliba CEU  
Curso académico: 2021-22

## **DECLARACIÓN**

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma: .....

**Álex Arroyo Calvillo**

*En la vejez no nos deben preocupar las arrugas del rostro, sino las del cerebro.*

RAMÓN Y CAJAL



## **Resumen**

El confinamiento obligatorio que ha provocado la pandemia por Covid-19, ha producido consecuencias en varios ámbitos de la salud mental. En el caso de los pacientes con demencia, la mayoría de ellos con enfermedad de Alzheimer, se han visto obligados a abandonar uno de los principales tratamientos de la enfermedad, la estimulación cognitiva. Este déficit de tratamiento no farmacológico, ha podido producir un avance más rápido del deterioro cognitivo del que se hubiese producido con el tratamiento cognitivo adecuado, durante este periodo. Para comprobar esta teoría, hemos recogido la información de diversos estudios clínicos comparativos, y hemos podido corroborar que el deterioro cognitivo de los pacientes de demencia ha avanzado de forma más veloz, en comparación a otros años en los que sí se realizaba el tratamiento cognitivo en los centros de día o hospitales respectivos. Además, los síntomas afectivos, comórbidos a la enfermedad, han podido verse agravados ante esta situación. Con el objetivo de buscar una solución práctica, y con la intención de prevenir en caso de otro confinamiento o alguna situación parecida, hemos realizado un plan de intervención, para que los pacientes con demencia puedan efectuar el tratamiento de estimulación cognitiva desde sus casas. Los estudios han mostrado que la situación de deterioro cognitivo y psicológico en estos pacientes, ha empeorado de forma significativa, por lo que resulta importante tratar de evitar situaciones parecidas en un futuro, y plantear posibles soluciones preventivas.

## ***Resum***

El confinament obligatori que ha provocat la pandèmia per Covid-19, ha produït conseqüències en diversos àmbits de la salut mental. En el cas dels pacients amb demència, la majoria d'ells amb malaltia d'Alzheimer, s'han vist obligats a abandonar un dels principals tractaments de la malaltia, l'estimulació cognitiva. Aquest dèficit de tractament no farmacològic, ha pogut produir un avenç més ràpid del deteriorament cognitiu del qual s' hagués produït amb el tractament cognitiu adequat, durant aquest període. Per comprovar aquesta teoria, hem recollit la informació de diversos estudis clínics comparatius, i hem pogut corroborar que el deteriorament cognitiu dels pacients de demència ha avançat de forma més veloç, en comparació a altres anys en què sí que es realitzava el tractament cognitiu als centres de dia o hospitals respectius. A més, els símptomes afectius, comòrbids a la malaltia, s'han pogut veure agreujats davant d'aquesta situació. Amb l'objectiu de buscar una solució pràctica, i amb la intenció de prevenir en cas d'un altre confinament o alguna situació

semblant, hem realitzat un pla d'intervenció, perquè els pacients amb demència puguin efectuar el tractament d'estimulació cognitiva des de les seves cases. Els estudis han mostrat que la situació de deteriorament cognitiu i psicològic en aquests pacients, ha empitjorat de forma significativa, per la qual cosa resulta important tractar d'evitar situacions semblants en el futur, i plantejar possibles solucions preventives.

### ***Abstract***

The mandatory confinement caused by the Covid-19 pandemic has produced consequences in several areas of mental health. In the case of patients with dementia, most of them with Alzheimer's disease, they have been forced to abandon one of the main treatments of the disease, cognitive stimulation. This deficit of non-pharmacological treatment has been able to produce a faster progression of cognitive impairment than would have occurred with the appropriate cognitive treatment, during this period. To verify this theory, we have collected information from various comparative clinical studies, and we have been able to corroborate that the cognitive impairment of dementia patients has advanced more rapidly, compared to other years in which cognitive treatment was carried out in the respective day centers or hospitals. In addition, the affective symptoms, comorbid to the disease, have been aggravated by this situation. With the aim of finding a practical solution, and with the intention of preventing in case of another confinement or some similar situation, we have made an intervention plan, so that patients with dementia can carry out cognitive stimulation treatment from their homes. Studies have shown that the situation of cognitive and psychological impairment in these patients has worsened significantly, so it is important to try to avoid similar situations in the future, and propose possible preventive solutions.

## **Palabras claves / *Keywords***

Demencia – Confinamiento – Enfermedad de Alzheimer — Deterioro cognitivo – Covid-19

Dementia – Lockdown – Alzheimer disease – Cognitive deterioration – Covid-19



## Sumario

Introducción .....	11
1. Marco conceptual.....	13
1.1. Demencias.....	13
1.2. Enfermedad de Alzheimer.....	13
1.3. Deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer.....	17
1.4. Tratamientos hacia pacientes con demencia.....	21
1.4.1. Vía farmacológica.....	21
1.4.2. Estimulación cognitiva.....	21
1.4.3. Terapias.....	22
1.5. Covid-19 y demencias.....	23
2. Consecuencias del confinamiento en pacientes con demencia .....	25
2.1. Aislamiento .....	25
2.2. Consecuencias cognitivas.....	27
2.3. Consecuencias motoras.....	31
2.4. Comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos.....	32
3. Soluciones utilizadas durante el confinamiento en pacientes con demencia .....	37
3.1. Propuestas de tratamiento .....	37
4. Propuesta de intervención para pacientes con demencia durante el confinamiento .....	44
4.1. Objetivos de la intervención .....	44
4.2. Recomendaciones generales.....	45
4.3. Modelo de intervención múltiple semanal.....	46
4.4. Fase de intervención.....	64
4.4.1. Grupo con deterioro cognitivo leve.....	65
4.4.2. Grupo con deterioro cognitivo leve-moderado.....	65
4.4.3. Grupo con deterioro cognitivo moderado.....	66
Conclusión .....	67
Bibliografía.....	69
Anexo I.....	73
Anexo II.....	76
Anexo III.....	78
Anexo IV.....	80



## Introducción

La pandemia provocada por el virus Covid-19 ha ocasionado una situación inesperada en nuestra sociedad que ha tenido consecuencias en muchas áreas de la salud. Uno de los grupos afectados han sido los pacientes de centros de día que padecen alguna demencia, como la enfermedad de Alzheimer. Las demencias son enfermedades orgánicas que afectan a distintas áreas del cerebro, sobre todo a la memoria, el reconocimiento, el control motor y el léxico. Estos pacientes han visto más afectadas aún, por culpa del confinamiento obligatorio, sus capacidades cognitivas. Los centros de día especializados en tratar a estos pacientes mediante estimulación cognitiva diaria, se han visto obligados a cerrar sus puertas durante un largo periodo de tiempo. El aislamiento provocado por el confinamiento ha causado que estas personas no hayan podido realizar sus actividades de estimulación cognitiva en sus respectivos centros de día, y por ende el deterioro cognitivo causado por la enfermedad se ha visto acelerado. Además, la pérdida de contacto social ha contribuido también al deterioro y la aceleración de sus síntomas. Durante esta época, y debido a que no se pudo prever las consecuencias de la pandemia, los pacientes de Alzheimer no tuvieron las actividades de estimulación cognitiva necesarias para lo que requería su enfermedad. Esta necesidad ha provocado que varios autores hayan hecho estudios, además de proponer y desarrollar varios programas de tratamiento. Por este motivo, en este trabajo pretendo elaborar una propuesta de intervención que podría haberse utilizado durante el confinamiento, y que pueda ser útil en una futura situación parecida, con el objetivo de prevenir y evitar consecuencias negativas, adicionales a la propia enfermedad.

La situación de estos pacientes y de sus familiares ha sido muy crítica. Los familiares han podido observar una acentuación de los síntomas, y los propios afectados por la enfermedad han sufrido una pérdida de su independencia. Estas consecuencias las he podido corroborar durante mi periodo de prácticas en el centro de día de la Fundación Uszheimer, especializado en la estimulación cognitiva de todo tipo de demencias. En el día a día del centro, he podido ver la heterogeneidad de síntomas que produce la enfermedad, y cómo sus afectados trabajan diariamente para frenar el avance de los síntomas. He podido observar la importancia y la gran diferencia que puede suponer en el deterioro cognitivo, el hecho de estimular diariamente el cerebro para prolongar un nivel de vida autónomo y gratificante. Poder conocer distintos casos de pacientes, y ser informado por los profesionales del centro y los familiares de los pacientes, de los cambios que se habían producido en estas personas, me ha llevado a tratar de elaborar una propuesta de intervención, para que en una futura situación con características similares, los pacientes no

sufren un deterioro tan significativo. La experiencia en mis prácticas universitarias, me ha motivado a realizar y elaborar una intervención que pueda ser considerada válida. Académicamente, poder conocer más acerca de esta enfermedad, que cada vez afecta a más gente, y tener una visión más experta, ha sido un factor esencial para la elección de este tema.

El desarrollo de este trabajo constará de un marco teórico en el que se explicarán las características principales de las demencias, haciendo hincapié en la enfermedad de Alzheimer, indagando en el deterioro cognitivo que produce dicha demencia, el trabajo de estimulación cognitiva que se realiza en los centros especializados en esta enfermedad, y relacionando estos factores con las consecuencias que el aislamiento provocado por el coronavirus ha causado en sus pacientes. En un segundo apartado, se tratará de describir los distintos efectos negativos que ha provocado el aislamiento en los pacientes de Alzheimer, centrándonos en las consecuencias en los distintos tipos de memoria, es decir, las afásicas y del léxico, las agnósicas y de reconocimiento y las secuelas apráxicas a nivel motor. Seguidamente se expondrán los distintos tratamientos elaborados hasta este momento, y que ya han sido utilizados en algunos pacientes de demencias. Se describirá como han sido utilizados y que impacto han tenido en sus pacientes. Se centrará sobre todo en las intervenciones online que se han propuesto actualmente. Finalmente, se presentará una propuesta propia de intervención, centrada en que se siga un programa de estimulación cognitiva necesaria en caso de otro confinamiento, y que logre desacelerar el deterioro cognitivo que muchos pacientes han sufrido debido a la situación pandémica. Se tratará de explicar y describir cada etapa de la intervención, y cómo su aplicación puede ayudar a los pacientes de Alzheimer a seguir entrenando su cerebro.

Es importante cuidar a nuestros mayores, y tratar las demencias de manera adecuada y correcta puede mejorar el nivel de vida de estas personas y permitirles disfrutar de su autonomía y sus recuerdos durante más tiempo. Entender las dificultades que implica sufrir el deterioro cognitivo de una demencia, permitirá seguir innovando en tratamientos dirigidos a su bienestar y su salud mental. Además, esta enfermedad también repercute en sus familiares, ya que al perder los afectados su independencia, sus familiares deben ocuparse de ellos a diario, observando cómo el deterioro va cambiando lenta pero irreversiblemente a sus seres queridos. Este trabajo busca elaborar un plan de intervención válido para que las personas que sufren demencia y se encuentren en una situación de confinamiento parecida a la acontecida en 2020, puedan frenar el deterioro lo máximo posible.

# 1. Marco conceptual

## 1.1. Demencias

La demencia es un término que se refiere a la alteración de la capacidad de recordar, pensar o tomar decisiones. Esta enfermedad afecta sobre todo a la hora de realizar actividades diarias, hasta el punto de perder la propia autonomía. Tanto el ICD-10 como el DSM-V, coinciden en la significativa interferencia que produce en el trabajo o la conducta social. El ICD-10 incluye la necesidad de una cronicidad de mínimo 6 meses para el diagnóstico de la enfermedad.

Una de las principales condiciones de la demencia, y que ayuda a diferenciarla de otros trastornos, es su carácter orgánico. Las demencias suelen desarrollarse en los adultos mayores, siendo más común en la franja de edad superior a 65 años. Aunque la edad sea uno de los mayores factores de riesgo, la demencia no forma parte del envejecimiento normal y se debe tratar correctamente. Además de la edad, otros factores de riesgo son los antecedentes familiares, la raza o grupo étnico y las lesiones cerebrales traumáticas. Dentro de las demencias más comunes podemos distinguir según su zona de afectación y sus síntomas, la enfermedad de Alzheimer, las demencias vasculares, la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal, y las demencias mixtas. Existe además el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), que supone el paso previo a una demencia. Henderson y Huppert, (1984) destacaron en un momento la ausencia de este concepto en los principales manuales, y que la discrepancia en algunos diagnósticos podía deberse a la demencia leve.

## 1.2. Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia neurodegenerativa descrita por Alois Alzheimer en 1907. Una de las características que hacen de este trastorno un problema social grave es su carácter irreversible. La EA suele tener un inicio leve, que va empeorando progresivamente con el paso del tiempo. Sus efectos repercuten en distintas áreas, destacando el déficit de memoria, pero afectando también en las áreas del lenguaje, la percepción o el área motora. La enfermedad afecta aproximadamente al 8% de las personas mayores de 65 años, y la prevalencia aumenta con la edad, llegando a afectar al 30% de las personas mayores de 80 (Gálvez-Vargas et al., 2000). Con estos datos, se puede afirmar que la EA es la demencia más común en nuestra sociedad actualmente, y por tanto la que afecta a

más personas con demencia y disminuye su calidad de vida. La EA suele desarrollarse precedida por un deterioro cognitivo leve (DCL), sin embargo, no todas las personas que padecen un DCL acaban desarrollando una EA. El DCL es la fase intermedia entre el olvido normal y el desarrollo de la EA, en el que empiezan ligeramente los primeros problemas en el pensamiento y la memoria, pero que aún no interfieren de manera significativa en las actividades cotidianas. La EA puede ser de dos tipos; de inicio precoz si su desarrollo es anterior a los 65 años, o de inicio tardío si su desarrollo es posterior a los 65 años. Otros subtipos consisten en detectar si es de inicio familiar, es decir, si hay antecedentes de la EA en la familia, o si es de inicio esporádico, y no hay antecedentes familiares previos.

Son varias las asociaciones que han tratado de dar un criterio diagnóstico de la EA. El DSM-IV-TR estableció en su momento los criterios diagnósticos de la EA, en la que se debía dar un deterioro de la memoria, acompañado de una alteración cognitiva en forma de afasia, agnosia, apraxia o alteración en la ejecución. El criterio B establecía que los síntomas debían provocar un deterioro significativo de la actividad laboral o social, o mermar significativamente el nivel previo de actividad. El criterio C era referente a su carácter de deterioro cognitivo continuo, y su inicio gradual. Los criterios D, E, y F eran criterios de exclusión que establecían que la EA no podía producirse por consumo de sustancias, enfermedades médicas, mediante el transcurso de un delirium, o debido a otro trastorno del eje I. El DSM-V ha mantenido los criterios. Otras asociaciones como la NINCDS-ADRDA también proponen unos criterios diagnósticos parecidos a los del DSM-IV-TR, con alguna diferencia como la necesidad de usar un examen clínico y test neuropsicológicos, una franja de edad necesaria, o el apoyo mediante exploraciones de laboratorio. Los criterios diagnósticos de la NINCDS-ADRDA son los más recomendados (tienen un grado de recomendación clase A) para un diagnóstico eficiente. El diagnóstico clínico para la enfermedad de Alzheimer posible sería:

1. Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable".
2. Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia, pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia.
3. En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa.

Los criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva:

Criterios clínicos de “enfermedad de Alzheimer probable”, y la comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.

La ICD-10 también define la EA, aunque en dicha definición omite los rasgos clínicos y el curso de la enfermedad.

#### **Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer**

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

**Para el trastorno neurocognitivo mayor:** Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible**.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).

b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

**Para un trastorno neurocognitivo leve:** Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.

2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra

enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V sobre la enfermedad de Alzheimer

Los factores de riesgo asociados a la EA son múltiples. El principal es la edad, a partir de los 65 años el riesgo de padecer la EA es mayor, ya que abarca el 90% de los casos. La prevalencia se duplica en cada década de la vida, es decir, afecta a un 10% del grupo de edad 60-70 años, a un 20% del grupo de 70-80 años, a un 40% de los mayores de 80 años, y así sucesivamente (Rodríguez, 1999). Otro factor de riesgo importante es el sexo, ya que las mujeres tienen una predisposición mayor a sufrir la enfermedad. Actualmente la prevalencia es de dos mujeres por cada hombre, aunque probablemente sea debido a la mayor expectativa de vida por parte de las mujeres. La historia familiar de demencia o síndrome de Down, constituye también un elevado riesgo de padecer la enfermedad. (Goldman et al., 2004) Estudios han constatado que un 40% de los familiares directos de pacientes con demencia llegan a padecer la enfermedad, e incluso el 50% si son muy longevos (más de 80 años). El nivel educativo también se ha constatado como un factor de riesgo de la EA, ya que las personas con una educación más pobre tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad (Gatz et al., 2001). Otros factores de riesgo están asociados a la genética, la depresión o los traumatismos craneoencefálicos. El consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco pueden provocar un efecto protector hacia la EA. (Savaskan et al., 2003) Postularon que el vino tinto puede ser un protector de la EA. Sin embargo, la relación parece poco clara en la actualidad y se sigue investigando si dichas sustancias son perjudiciales o protectoras hacia un desarrollo de la EA.

Hay varias posibilidades orgánicas sobre el inicio de la EA, las principales giran en torno a la proteína beta-amiloide y sobre los ovillos neurofibrilares. La hipótesis referente a la proteína beta-amiloide sostiene que se forma una acumulación extracelular en la dendrita, impidiendo la conexión neuronal y formando placas seniles. Estas placas seniles están formadas por productos restantes del procesamiento de la proteína precursora del amiloide (PPA). Todo ello acaba

desembocando en la muerte celular. Aún se desconoce cómo la proteína produce daño cerebral, una teoría que coge fuerza podría ser mediante la activación de la microglía, activando la respuesta inflamatoria y liberando citoquinas neurotóxicas e induciendo mecanismos de apoptosis (Rommy, 2005). La hipótesis de los ovillos neurofibrilares sostiene que estos, formados por filamentos helicoidales, compuestos por la proteína TAU-hiperfosforilada, se desfosforilan volviéndose de forma anómala y tóxica dentro de la neurona, y significando la muerte celular. El hecho de que se desfosforile la proteína TAU, reduce su habilidad para estabilizar los microtúbulos, y esto es lo que provoca eventualmente la muerte neuronal (Paglini et al., 2000). Otra hipótesis proviene del déficit de neurotransmisores, donde el principal defecto neuroquímico tendría lugar en el sistema colinérgico debido a un déficit colinérgico presináptico, creando una lesión en el núcleo basal de Meynert. Se teoriza que esta disminución de actividad en el sistema colinérgico, inerva áreas asociadas a la memoria y el aprendizaje y las deteriora (Selkoe, 2002). También podría deberse a un fallo sináptico causado por oligómeros.

En cuanto a la genética, se ha asociado la EA a tres genes distintos. Dichos genes son los que codifican la proteína precursora del amiloide, la presenilina 1 (PS1) y la presenilina 2 (PS2). El genotipo ApoE4 también es un factor de riesgo asociado a la EA, ya que influye en la formación de placas seniles de beta-amiloide (Selkoe, 1999). Los cromosomas afectados son el cromosoma 1, cromosoma 21 y cromosoma 14.

### ***1.3. Deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer***

El principal problema de la EA son los síntomas irreversibles y progresivos que causan en las personas que lo padecen, y que impiden que puedan realizar las actividades que realizaban anteriormente. Esto repercute con el tiempo en la pérdida de su independencia, y más tarde también la de su autonomía, lo que acaba significando que la persona deba estar siempre acompañada y otros tengan que tomar decisiones por ella. Sin embargo, hay distintas etapas de deterioro, y la EA no afecta a las mismas áreas en todos los que padecen la enfermedad, sino que su carácter heterogéneo provoca síntomas distintos en cada paciente. Inicialmente, la enfermedad empieza con un DCL, que implica ciertos fallos en la memoria y la planificación, que no impiden el desarrollo de las actividades cotidianas de la persona, y no afectan en su independencia. Con el tiempo, los síntomas se van agravando en distintas áreas, iniciando el Alzheimer.

La EA es una enfermedad heterogénea, por lo que afecta de manera distinta a cada persona, y tiene características sintomatológicas en diferentes áreas dependiendo del caso. Sin embargo, en el 95% de los casos se da un trastorno principal de memoria, que suele empezar afectando la memoria reciente y la memoria de trabajo, es decir, el enfermo es incapaz de mantener información temporalmente y manipularla, y acaba afectando también la memoria visual, verbal, episódica y semántica (Kantor, 2007). Los olvidos son los síntomas principales en los trastornos de memoria, ya que progresivamente va olvidando las experiencias que vive o ha vivido en el pasado. Los olvidos empiezan de manera leve, con el olvido de hechos recientes, pero acaban afectando a hechos biográficos, e impiden al enfermo retener nueva información (Fontán, 2012). A medida que la EA va avanzando, el paciente pierde la conciencia de la enfermedad (lo que se conoce como anosognosia), y puede entrar en conflicto con sus familiares al negar sus síntomas (Peña-Casanova, 2012). Con el avance de la enfermedad, el enfermo sufre graves problemas para orientarse en tiempo, espacio y persona, es decir, tiene problemas para saber en qué día se encuentra, en qué lugar, y pierde información referente a su propia identidad.

Cada paciente con la EA, acaba desarrollando déficits en las áreas del lenguaje, las áreas psicomotoras y áreas visuales, lo que se conoce como agnosias, afasias y apraxias. Estos déficits serán más o menos graves en cada área dependiendo del paciente. Peña-Casanova (2012) define las gnosias como alteraciones de las capacidades visuales y visuoespaciales que se manifiestan en el reconocimiento de objetos y en la capacidad de entender las relaciones de los objetos en su espacio. El principal problema de una agnosia, es la alteración en el reconocimiento, debido a que su cerebro es incapaz de realizar todo el proceso en el reconocimiento del estímulo. Suele empezar con la alteración en la capacidad de reconocer objetos, colores o imágenes, y acaba afectando incluso al reconocimiento de caras o familiares (Prosopagnosia). Las agnosias también pueden darse a nivel auditivo y táctil, donde se producen complicaciones para reconocer sonidos u objetos mediante el tacto, respectivamente.

La afasia constituye la alteración en la expresión y comprensión del lenguaje. Suele venir acompañada por dificultades en la escritura (agrafia) y la lectura (alexia). Este trastorno se puede producir de distintas formas, por ejemplo, en dificultades para evocar las palabras (anomia), repetición de frases o palabras, e incapacidad para comprender lo que le dicen o lee. La afasia global supone una grave reducción de todas las capacidades del lenguaje, la expresión y la comprensión, y en dicha fase terminal puede suponer el mutismo. Es normal que, en los pacientes con afasias

graves, la escritura este muy afectada, y la lectura sea lenta y su comprensión nula. Otra afectación se da en el ámbito psicomotor, lo que se conoce como praxias. Peña-Casanova (2012) explica las praxias como alteraciones de la capacidad de realizar gestos. Los casos en los que el paciente de EA es incapaz de realizar gestos de comunicación, como saludos, es incapaz de manipular objetos o realizar dibujos, serían ejemplos claros de las praxias. Las praxias suelen venir acompañadas de temblores, rigidez o parálisis, aunque por si solas no se considerarían apraxias.

Otras áreas que también pueden llegar a ser afectadas por la EA son las capacidades ejecutivas, como el razonamiento, la planificación y la adaptación social. La afectación de la EA es pues, bastante amplia e inconcreta, y muchas veces viene acompañada de trastornos comórbidos complementarios en algunos pacientes. Sin entrar en detalle, los pacientes de EA pueden desarrollar depresión, cuadros de ansiedad, agitación y agresividad hacia sus familiares y cuidadores, e incluso cambios en la personalidad que suponen un comportamiento totalmente distinto de cómo eran antes de producirse la enfermedad (Arango y Lynn, 2002). Labilidad emocional, apatía, agresividad, desinhibición sexual e irritabilidad son algunos de los cambios del estado de ánimo y del comportamiento más frecuentes (Bózzola et al., 1992). También pueden darse síntomas psicóticos en forma de alucinaciones y delirios, y en los casos más graves se puede dar el intento de suicidio.

Hay diversas maneras de evaluar a una persona que presenta posibles síntomas, para valorar si es necesario el diagnóstico de la EA y su posterior tratamiento. La entrevista clínica con su posterior exploración neuropsicológica es la forma más común de corroborar si la persona sufre la EA. En dicha exploración neuropsicológica se miden las funciones psicológicas como la memoria, el lenguaje, la percepción, las funciones ejecutivas y la comprensión (Arango y Lynn, 2002). Uno de los principales instrumentos y más completos para medir la EA es el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), adaptado del MMSE de Folstein (Folstein, 1975). Este instrumento permite detectar mediante cribados sistemáticos, la existencia de una demencia. La puntuación es de 0-35 puntos, estableciendo algún tipo de deterioro con puntuaciones por debajo de 23. Las áreas cognitivas evaluadas son la orientación en tiempo y espacio, la memoria de fijación, la memoria biográfica, la memoria de trabajo mediante la concentración y el cálculo, y el lenguaje (Lobo, 1979). Existen otros instrumentos de evaluación más específicos, que solo miden áreas determinadas. Por ejemplo, el test de Boston, elaborado para evaluar la existencia de afasia mediante la comprensión auditiva, la expresión oral, la

comprensión del lenguaje escrito, la escritura y el vocabulario (Godglass y Kaplan, 1996).

La EA, al ser una enfermedad progresiva, va pasando por distintas fases de deterioro con distintas características en cada una. La escala de Reisberg o escala de deterioro global (GDS) divide la EA en 7 fases distintas y distingue unos síntomas específicos en cada una (Reisberg et al., 1982), que se correlacionan de manera orientativa con las puntuaciones del MEC de Lobo. El GDS 1 corresponde al individuo normal, sin quejas subjetivas y ausencia de síntomas en una entrevista clínica. La puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 30-35. El GDS 2 supone un deterioro cognitivo subjetivo, ejemplificado en quejas de olvido por parte del paciente. El sujeto puede olvidar ciertos nombres previamente conocidos o la ubicación de algún objeto. Sin embargo, no hay evidencia de pérdida de memoria mediante el examen clínico, y su puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 25-30. El GDS 3 corresponde a un DCL, y se caracteriza por un decremento de rendimiento en situaciones sociales o laborales, y la negación o desconocimiento de dichos síntomas. Los olvidos se hacen más evidentes e incluso son detectados por los familiares o conocidos. El déficit de memoria objetivo se puede detectar mediante un examen clínico neuropsicológico, y su puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 20-27. El GDS 4 corresponde ya al inicio leve de una EA, y le impide realizar tareas complejas, realizar viajes muy largos sin perderse, defectos en la concentración y problemas para recordar su historia personal. En esta fase, la persona con EA no es capaz de reconocer sus síntomas, y niega la enfermedad. Los síntomas son evidentes en una entrevista clínica, y la puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 16-23. El GDS 5 supondría una EA en estado moderado, donde se debe revisar la capacidad de dependencia del enfermo, ya que suele ser limitada. Es frecuente la desorientación en el tiempo y lugar, el olvido de hechos relevantes de su vida, y necesita ayuda para escoger la ropa, aunque no en el aseo y la comida. La puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 10-19 puntos. El déficit cognitivo moderadamente grave se corresponde a un GDS 6, en el que depende totalmente de otras personas para vivir, ya que su independencia se hace inviable. El paciente con EA es incapaz de orientarse en tiempo, lugar y persona, desconoce su historia personal excepto ciertas experiencias, y es incapaz de distinguir entre las personas familiares y las que no lo son. En esta etapa la personalidad puede verse también afectada, destacando síntomas de ansiedad y agitación, depresión y pérdida de acción, e incluso conducta delirante. Los problemas de incontinencia suelen empezar en esta etapa. La puntuación en el MEC de Lobo debe ser de 0-12. Finalmente, la última fase es el GDS 7, que corresponde a un deterioro cognitivo

grave de la EA. En esta etapa se va dando una pérdida progresiva de todas las funciones verbales; hasta el punto de no haber lenguaje, motoras; requiere asistencia en el aseo y la alimentación y suele darse la deambulacion, y cognitiva; totalmente inhabilitada. Su puntuación en el MEC de Lobo será nula, ya que realizar el test no será posible con estos pacientes. También se puede realizar la clasificación de fases mediante la escala para la Evaluación de Función (FAST).

#### **1.4. Tratamientos hacia pacientes con demencia**

Durante años se ha tratado de encontrar planes terapéuticos que permitan detener el avance de la EA, o que permitan retrasar sus síntomas el mayor tiempo posible. Actualmente no hay un plan terapéutico que permita detener por completo la enfermedad, pero si existen estrategias que consiguen frenar y ralentizar su avance. Existen dos tipos de vías terapéuticas orientadas a tratar la enfermedad; la vía medicinal, y los programas de estimulación cognitiva.

##### **1.4.1. Vía farmacológica**

Los medicamentos más utilizados para tratar la EA son los inhibidores de acetil colinesterasa. Algunos de estos medicamentos son el Donepezil, Exelon o Tacrine. Estos medicamentos tienen como objetivo sintetizar la acetilcolina en las neuronas presinápticas, ya que su actividad se encuentra reducida en los pacientes con EA. También se utiliza tratamiento farmacológico para los síntomas asociados a la EA que pueda sufrir cada paciente de forma individual, como la agresividad o la depresión (Finlay, 1999).

##### **1.4.2. Estimulación cognitiva**

La otra vía de tratamiento se da mediante la estimulación cognitiva. Esta práctica ha ido cogiendo relevancia en los últimos años, y ha contribuido a la creación de centros de día especializados en la estimulación cognitiva de la EA. Debido a los cambios y alteraciones que la EA produce en varias funciones cognitivas, como la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas, entre otras, es necesaria la estimulación cognitiva para ralentizar el progreso del deterioro cognitivo, restaurando las habilidades cognitivas en desuso y desarrollando las competencias mentales que le permitan vivir de la forma más autónoma posible. Las actividades van dirigidas a la activación y el mantenimiento de las capacidades mentales y cognitivas, partiendo de las capacidades aun conservadas por parte del paciente, y trabajando también

con las capacidades más deterioradas (Davicino et al., 2009). Cabe destacar que el trabajo de estimulación cognitiva debe ser distinto y adaptado al deterioro que presente cada paciente, ya que las áreas afectadas serán diferentes en cada caso. Las particularidades del paciente y su fase de deterioro implicarán un trabajo de estimulación cognitiva individualizado y adaptado a sus necesidades en ese momento. Con el avance de la enfermedad se deberá adaptar el trabajo realizado a sus nuevas complicaciones cognitivas y a las áreas que empiecen a estar afectadas.

La estimulación cognitiva tendrá distintas maneras de aplicarse dependiendo del paciente. Sin embargo, se pueden dirigir las actividades dependiendo de un nivel concreto de deterioro, aunque habrá que tener en cuenta los casos específicos. En la demencia leve o el DCL, la estimulación cognitiva suele orientarse hacia los ejercicios de cálculo, lectura y razonamiento. Esto es debido a que suelen tener conservadas las áreas más primarias del cerebro humano, como los conocimientos generales del mundo y su memoria personal, por lo que se refuerzan las áreas más básicas como la memoria, la atención, y la orientación. Cuando la EA llega a una fase moderada, la terapia estimulativa se centra en áreas más específicas, como la orientación espacial y temporal, las funciones visuoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas, las funciones ejecutivas (operaciones mentales, razonamiento lógico y abstracto, toma de decisiones), y la realización de ejercicios de memoria reciente, que suele estar muy reducida. Finalmente, en los pacientes con deterioro cognitivo grave, al estar las capacidades muy limitadas, se debe adaptar a los ejercicios que el paciente pueda llevar a cabo. Por ejemplo, se trabaja la orientación a la realidad, modificación de la conducta, activación cerebral, socioterapia, musicoterapia, psicoestimulación psicomotriz (Villalba y Espert, 2014) Sin embargo, es necesario recordar una vez más la importancia de una evaluación individualizada del paciente para su correcto tratamiento.

### **1.4.3. Terapias**

Algunas de las terapias más utilizadas son las siguientes: la terapia de reminiscencia, consiste en la explicación de vivencias y experiencias pasadas de la vida de la persona, que permiten estimular el recuerdo y la memoria histórica (Francés et al., 2003). La musicoterapia es un método que utiliza los sonidos y la música para que mediante la emoción se estimulen las áreas cognitivas. También se utiliza para reducir el estrés y favorecer la comunicación (Torres et al., 2016). La arteterapia consiste en emplear técnicas mediante material plástico (pintura, dibujo, teatro), para mejorar la atención, las habilidades visuoespaciales, y las praxias

(Tafur, 2011). También se utilizan terapias con las nuevas tecnologías, como ordenadores o aplicaciones basadas en la realidad virtual. Aunque algunos de los pacientes no dominan estas tecnologías, el realismo que ofrecen permite alcanzar resultados muy positivos. Se pueden utilizar juegos o herramientas que refuercen las áreas de cálculo, percepción, análisis, memoria y agudeza (García-Casal et al., 2017). Existen aplicaciones en distintos aparatos tecnológicos que permiten trabajar estas áreas.

### **1.5. Covid-19 y demencias**

A finales de 2019 se detectó en la ciudad de Wuhan, ciudad China, un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) muy contagioso y potencialmente mortal. La conocida como Covid-19, se extendió rápidamente por distintos países del mundo y fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia sanitaria de preocupación internacional. El aumento de los contagios se producía de persona a persona mediante el contacto cercano, y aumentaban de manera preocupante a partir de marzo del 2020. La Covid-19 se manifestaba produciendo síntomas similares a los de una gripe, entre los que se encuentran, entre otras, la tos, fiebre, fatiga y dolor de cabeza. Uno de los principales problemas del virus fue su alta tasa de mortalidad, ya que en casos graves podía producir neumonía, dificultad respiratoria, o sepsis, lo que obligó a los países a tomar medidas drásticas para tratar de frenar el avance de los contagios. Ante esta situación social, la principal labor de los gobiernos, a la espera de una vacuna, fue la acción preventiva. Las principales medidas a nivel general fueron el uso de la mascarilla, el cierre de tiendas, restaurantes y bares, y el confinamiento obligatorio de la población en sus casas (Pérez et al., 2020). Todas estas restricciones significaron una reducción drástica de la actividad económica y social de la población, y sus repercusiones a nivel de salud mental fueron muy perjudiciales.

El confinamiento obligó a cerrar temporalmente los centros de día e instituciones centradas en el cuidado y estimulación cognitiva de pacientes con demencias. El gran número de contagios y el factor de riesgo de mortalidad asociado a un grupo de edad vulnerable, no dejó otra alternativa que cerrar los hospitales de día, talleres de memoria, e impedir las salidas terapéuticas y recreativas. Esto significó que muchos pacientes con EA rompieran con su rutina diaria de trabajo y muchos se vieran abocados al aislamiento. Estudios recientes han corroborado un impacto negativo en los síntomas conductuales y psicológicos de los pacientes de EA. La soledad y el aislamiento, sumados al estado de salud y la fragilidad mental que acompaña a la

EA, han contribuido a agravar los síntomas de la enfermedad y acelerar el avance del deterioro cognitivo. El soporte social en la EA es un factor muy importante en la salud mental de sus afectados, ya que permite activar el cerebro y mantener diversas áreas cerebrales funcionando y trabajando. Por este motivo, al limitar el contacto social, han dejado de trabajar muchas funciones cognitivas que, en consecuencia, han avanzado en su deterioro. Además, también ha contribuido a agravar los síntomas asociados a la EA, como la ansiedad, inquietud sin causa aparente, conductas agresivas, depresión, alucinaciones y trastornos del sueño (Espín et al., 2021).

A partir de esta situación, las distintas instituciones centradas en el cuidado de pacientes con EA se han visto obligadas a innovar estrategias para poder seguir trabajando con sus pacientes, y que estos no vean afectadas de manera grave sus capacidades cognitivas. A estas estrategias, se le añade la dificultad de que muchas personas con la enfermedad eran incapaces de entender por qué se había roto su rutina diaria u olvidaban la información acerca del virus y el confinamiento. Además, la nula capacidad de aprendizaje y la limitada interpretación de la realidad que provoca la EA, acrecentaron más las dificultades. Por todos estos motivos, el trabajo que estos pacientes realizaban a diario perdió un porcentaje de su calidad, y también de su cantidad (Schapira, 2020). Además, ha supuesto una sobrecarga de trabajo a familiares, que se han tenido que convertir en cuidadores de su familiar afectado. El cuidado de una persona con demencia ya suele ser un desafío, pero en el contexto de un confinamiento las dificultades se acrecientan.

## **2. Consecuencias del confinamiento en pacientes con demencia**

El aislamiento y la soledad que ha provocado la situación de confinamiento, junto con la ruptura de las actividades y ejercicios de estimulación cognitiva que los pacientes con demencia realizaban semanalmente en centros de día u hospitales especializados, han producido distintas consecuencias a nivel emocional y cognitivo. Estas distorsiones, aunque son comunes en la enfermedad, han podido verse aceleradas y agravadas en pacientes, por el hecho de no tratar la enfermedad durante el periodo de confinamiento. Por tanto, el curso del trastorno se ha visto influido por esta situación. A continuación, describimos los principales estudios realizados sobre las consecuencias cognitivas y emocionales que el confinamiento y la soledad han provocado en pacientes con demencia, y la comparación respecto al deterioro de pacientes en años anteriores, sin la presencia de una situación de confinamiento.

### **2.1. Aislamiento**

Como hemos ido comentando, la pandemia provocada por el virus Covid-19 obligó a cerrar los centros de día, lo que significó el aislamiento domiciliario de los pacientes de los distintos centros especializados. Para prevenir el contagio del coronavirus, fue necesario el aislamiento físico y el distanciamiento social, lo que rompió su rutina de trabajo y tuvo un impacto psicológico importante. Este hecho no permitió que los pacientes de Alzheimer realizaran sus respectivos tratamientos de estimulación cognitiva, y por tanto significó un empeoramiento de sus facultades mentales, ya mermadas por la enfermedad. Por tanto, se puede afirmar que todas las consecuencias cognitivas que sufrieron los pacientes de EA tuvieron su origen en un mismo factor; el aislamiento que provocó el confinamiento.

El aislamiento ha provocado dificultades e incidencias en distintas áreas del funcionamiento del adulto con EA. En primer lugar, han visto reducida su calidad de vida, ya que perdieron la ayuda necesaria de los profesionales del sector que, mediante sus cuidados y su tratamiento, daban un servicio de calidad que mejoraba sustancialmente el nivel de vida de los pacientes de EA. Debido al aislamiento, perdieron el apoyo y la ayuda necesaria para realizar sus actividades básicas tanto personales, como instrumentales y terapéuticas. Además, esta situación también ha repercutido en una disminución del estado funcional. Hay que tener en cuenta que los pacientes de EA suelen ser adultos de edad bastante avanzada, por lo que tener

la obligación de estar en casa repercutió en un descenso de la movilidad y afectó a sus condiciones físicas. Por estas razones, la calidad de vida de estas personas causó un deterioro significativo que, sumado a sus necesidades por la enfermedad, precipitó su deterioro posterior (Espín et al., 2021).

Otra de las dificultades principales del aislamiento fue el deterioro social que sufrieron los pacientes de EA. Obligados a aislarse en sus domicilios, perdieron el contacto diario con sus compañeros en el centro, y con los cuidadores que siempre trataban de estimular las capacidades sociales de sus pacientes. El hecho de no poder realizar sus actividades cotidianas, no poder realizar su actividad física ni su rehabilitación neurológica y tener que cancelar todos los apoyos y atención médica, repercutió a un descenso de la socialización de estas personas, que se vieron encerrados en sus domicilios con el único contacto de sus familiares. Es evidente que la soledad provocada por esta situación causó en los pacientes de EA, que muchos no entendían la situación, un estado de depresión, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento, que se hizo presente de forma distinta en cada caso de Alzheimer.

Debido a todos estos factores, el aislamiento tuvo como consecuencia una sobrecarga de trabajo para el familiar (hijo, cónyuge, hermano...) o cuidador principal del enfermo de Alzheimer, que se vio obligado a tener que realizar todas las tareas que no podían efectuar en el centro. Al cerrar los centros de día, no poder realizar visitas domiciliarias ni salir a la calle para socializar, los familiares tuvieron que convivir en un mismo domicilio con su familiar con EA, y encargarse de su cuidado. El hecho de que la mayoría de familiares no tuviesen una formación ni una especialización en el cuidado de estas personas, significó una sobrecarga de trabajo y un estado de presión constante para su correcto cuidado. Los cuidadores tuvieron que realizar todas las tareas de casa, la función de interacción social con el enfermo, preocuparse por la situación económica de ambos, llevar a cabo el suministro de medicamentos que toma el familiar, además del empleo que ya realizaba la persona en su día a día normal, ya fuese presencial o de forma telemática. Todo esto causó en el familiar un agotamiento y sobrecarga en el cuidado del enfermo. Esto también repercutió en el enfermo de EA, que tuvo que lidiar con la frustración y la irritabilidad que sufría su familiar, sin llegar a entender la situación (Espín et al., 2021).

Finalmente, hay que destacar también el hecho de que se interrumpiese el seguimiento, valoración y tratamiento médico adecuado al avance de la enfermedad. La aparición de nuevas complicaciones, sobre todo aceleradas por la situación de aislamiento, provocó que el tratamiento tuviese que adaptarse, tanto farmacológica como terapéuticamente. Muchos de los pacientes con EA no tuvieron la posibilidad de obtener un seguimiento de su deterioro, por lo que el deterioro siguió

acrecentándose sin que su tratamiento se adaptara a sus necesidades. Es decir, muchos pacientes mantuvieron el tratamiento anterior al confinamiento, cuando sus necesidades actuales eran mucho más graves. Incluso algunos pacientes dejaron totalmente su trabajo de estimulación cognitiva, al no tener a nadie que le ayudara a realizarla.

En conclusión, el problema principal no fue el aislamiento, sino el uso inadecuado del mismo, ya que, si se hubiese enfocado correctamente y se hubiese estado preparado para la situación, se podría haber proporcionado un tratamiento oportuno y un aislamiento adecuado.

## **2.2. Consecuencias cognitivas**

El aislamiento social y la consecuente interrupción del tratamiento cognitivo de los pacientes con EA, provocó una alteración y un empeoramiento de los síntomas propios de la demencia, y significó un rápido avance de dichos síntomas cognitivos. Entre ellos, la afectación en la memoria, síntoma más común y visible de la EA, presentó diversos cambios en los pacientes, respecto a su estado anterior al confinamiento. Junto con el deterioro de la memoria, también hubo un empeoramiento de los síntomas agnósicos, afásicos y de praxis característicos de la EA, e inició estos síntomas en las personas que ya tenían una vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad.

Tondo et al. (2021), realizaron un estudio sobre la afectación del aislamiento durante el confinamiento en los pacientes de EA. El deterioro sufrido en estos pacientes durante el aislamiento era similar al sufrido en los últimos 5 años previos, lo que supone un deterioro hasta tres veces más rápido del esperado por el curso normal de la enfermedad. Se realizó el estudio en base a los resultados de los últimos 5 años y los cambios producidos durante el confinamiento, gracias a la realización del test Mini Mental dirigido a los pacientes con EA. El estudio mostró un deterioro constante, pero leve en los 5 años anteriores al confinamiento en los pacientes estudiados (diferencia de 1 punto en los resultados del Mini Mental), y un deterioro más significativo durante el periodo de confinamiento (de hasta 3 puntos en el test Mini Mental). De manera específica, el grupo de pacientes estudiados en el 2018 y 2019 sufrieron una media de puntuación, en el test Mini Mental respecto al año anterior, de -1,33 y -1,39 respectivamente, mientras que el grupo de pacientes de 2020 sufrieron una media de puntuación de -3,25. Esta diferencia supone un deterioro brusco y evidente de las facultades cognitivas. A la hora de entrevistar a los pacientes y a sus cuidadores, tanto familiares como terapeutas de centros

especializados, corroboraron que habían notado un avance en los síntomas de la enfermedad. El deterioro estuvo también relacionado con la fase de la enfermedad en la que se encontraba el paciente antes del confinamiento, encontrando empeoramiento de síntomas en pacientes en las fases más avanzadas, e inicio brusco de la enfermedad en pacientes vulnerables a desarrollarla o con un DCL. Tanto el diagnóstico de los pacientes, el empeoramiento de sus síntomas y las comorbilidades neuropsiquiátricas que suelen acompañar a la enfermedad avanzaron de una forma más significativa durante este periodo de aislamiento. No hubo sin embargo distinción entre el sexo ni el nivel de educación, factores que sí suelen ser relevantes en el curso normal de la enfermedad, lo que indica que el aislamiento afectó de manera similar a los pacientes con demencia. Los distintos factores que pudieron producir este avance, aunque no se puede saber de forma precisa, serían el aislamiento social y la ruptura de una rutina preparada para ejercer una estimulación cognitiva necesaria en estas personas. Además, las medidas de la cuarentena y las pocas actividades diarias que permitía la misma, también acentuó las consecuencias.

Borelli et al. (2021) investigaron el incremento de los síntomas en pacientes con demencia, haciendo hincapié en los síntomas cognitivos, basándose en las opiniones de cuidadores y en estudios clínicos realizados. La mitad de los cuidadores habituales de los pacientes con demencia (53,4%), que habían estado al cuidado de estas personas antes y después del confinamiento, aseguraron que presentaban un empeoramiento de las funciones cognitivas. Principalmente describieron un deterioro mayor en la función de la memoria, la capacidad atencional y la orientación en tiempo y persona. Estos síntomas se pueden ejemplificar en las funciones diarias que la persona con demencia realizaba en su casa, como no saber preparar la comida y no acordarse de los ingredientes, deficiencia en el cuidado y la higiene personal, no darse cuenta de los horarios e ignorar cuando toca comer, y problemas de incontinencia. También hay que añadir las dificultades en mantener la atención a los estímulos exteriores, que se acrecentaron durante el aislamiento. Además de estos déficits funcionales, hay que añadir otros menos comunes que también aparecieron, como el hecho de no tener conciencia del virus de la Covid-19 y las consecuencias que tiene en la sociedad, los problemas en la utilización del dinero y olvidar la toma de medicamentos. Nuevamente se repiten las características del confinamiento como principales en el desarrollo del empeoramiento y el deterioro general, lo que acentúa la importancia de la estimulación cognitiva.

Sánchez-Gaviria et al. (2021) hicieron una comparación del desempeño de pacientes con EA, en el ejercicio de la copia de dibujos de aves, antes y después del

confinamiento. En ella participaron 10 sujetos divididos en dos grupos; un grupo de pacientes con un GDS 3, 4 y 5, y la otra mitad con un GDS 1 y 2. Se escogieron 24 aves de distinta complejidad para que las dibujaran, teniendo en cuenta aspectos cognitivos, espaciales-perceptuales (organización espacial de los elementos y diferenciación figura-fondo), semánticos (descripción verbal de las características de la imagen, y sus impresiones sobre la misma) y ejecutivo-motores (análisis de posible apraxia en la realización del dibujo). Las ilustraciones fueron analizadas en base a 7 criterios en referencia al trabajo de Branjes y Bouma (1991). Estos criterios fueron las omisiones, intrusiones, perseveraciones, la simplificación, la desorganización, desorientación y la heminegligencia. Se implementaron 12 sesiones de estimulación cognitiva para tratar de mejorar sus condiciones cognitivas. Los resultados del estudio mostraron diferencias en la perseveración; donde se mostraban más repeticiones innecesarias de elementos. Además, a nivel general, el grupo de pacientes en estadios 3, 4 y 5 mostraron características de omisión de detalles, intrusión de elementos no reconocibles, simplificación de algunas partes y poca integración de elementos. Con los datos anteriores al confinamiento, se evidenció un deterioro en algunas de estas funciones cognitivas, sobre todo en la desorganización espacial, la omisión de elementos relevantes y la simplificación de detalles. Los pacientes con EA más grave fueron los que presentaron una mayor dificultad en las sesiones. En el grupo control se vieron pequeñas omisiones y problemas de integración, relacionados, pero, con el envejecimiento normal, por lo que el deterioro cognitivo fue mínimo.

Chen et al. (2021) realizaron un estudio en China, para ver como afectaba el aislamiento producido por el confinamiento en distintos pacientes con demencia. Para el estudio, participaron 105 personas con EA, 50 con DCL y 22 con demencia por cuerpos de Lewy. El estudio comparó los resultados previos de estos pacientes, ya que todos recibían estimulación cognitiva por su demencia, con los resultados evaluados 1 año después del inicio del confinamiento, evaluando pues, cómo había afectado la interrupción de las rutinas de estimulación y la ruptura de la actividad social. Los resultados obtenidos mediante el test Mini Mental mostraron un empeoramiento cognitivo en el 42% de los sujetos con DCL, del 54,3% de los pacientes con EA, y del 72,7% en los participantes con demencia por cuerpos de Lewy. El deterioro fue mayor en los pacientes con EA y demencia por cuerpos de Lewy, los cuales obtuvieron puntuaciones medias de 9 y 12 puntos menos en el test Mini Mental, respectivamente. Los sujetos evaluados con DCL, obtuvieron puntuaciones menos significativas, aunque la media de resultados del test también bajo 3,6 puntos. Los resultados del estudio, mostraron pues, una aceleración del

deterioro normal de las funciones cognitivas en pacientes con DCL y EA, mientras que en pacientes por cuerpos de Lewy hubo un deterioro más del doble de rápido que el año anterior. El estudio también corroboró la relación entre la aparición de síntomas comórbidos, como ansiedad, depresión y apatía, con el consecuente deterioro cognitivo en dichos pacientes. Este estudio confirmó el aislamiento y la ruptura social como el principal factor de la aceleración del deterioro.

Otro estudio de Lara et al. (2020) llevó a cabo una evaluación preconfinamiento y 5 semanas después del aislamiento, mediante la Neuropsychiatric Scale (NPI). Después de las 5 semanas de aislamiento, obtuvieron resultados que empeoraron en 6 puntos la prueba anterior, pasaron de una media de 33,75 a una de 39,05. Este deterioro vino acompañado, además, de varios síntomas neuropsiquiátricos asociados.

Barguilla et al. (2020) evaluaron los cambios en la rutina de pacientes con demencia, su deterioro cognitivo, sus síntomas neuropsiquiátricos asociados y la opinión de los cuidadores sobre el declive del paciente. El estudio se realizó mediante contacto telefónico y la administración de la escala CDR. Los 60 pacientes analizados, de los cuales el 41,7% padecían la EA, el 25% un DCL y el resto otro tipo de demencia cognitiva, obtuvieron resultados preocupantes. El 60% empeoraron sus capacidades cognitivas durante el confinamiento, según relataron sus familiares o cuidadores. El 20% incluso necesitaron atención médica especializada por el rápido deterioro que presentaron, mientras que el 33% necesitaron asistencia médica telefónica para abordar los cambios que sufrían. Un 15% presentaron episodios de delirium, aunque eran los pacientes con demencia en estado más avanzado. Este hecho puede ser principalmente debido a que el 70% de los participantes abandonaron casi por completo sus actividades de estimulación cognitiva que solían llevar a cabo antes del confinamiento.

Otro estudio destacado fue el de Custodio et al. (2021) quienes investigaron varios factores relacionados con la situación de confinamiento, en 91 pacientes diagnosticados con EA en Perú. El estudio comparó los resultados pre y post confinamiento de dichos pacientes. Mediante el cuestionario ADCS-ADL para resultados cognitivos, observaron un aumento de 6 puntos de media en la puntuación durante el confinamiento, lo que significó una aceleración del deterioro de los síntomas cognitivos de la enfermedad. Además, mediante la escala de síntomas neuropsiquiátricos (NPI) se vio un aumento de hasta 10 puntos respecto el año anterior. Este estudio relaciona el deterioro con la ruptura de rutinas, la falta de conciencia sobre la situación social, la interrupción de los programas de estimulación

cognitiva y la soledad que sufrieron. Todo ello, asociado a la vulnerabilidad al deterioro que padecen las personas enfermas de Alzheimer.

En el inicio de la pandemia, cuando se produjeron los primeros confinamientos, el gobierno de Italia consideró seriamente el hecho de cerrar o no los centros de día y residencias de personas con demencia, ya que el riesgo de deterioro que el aislamiento podía producir en estas personas era muy elevado (Iodice et al., 2021). El riesgo de empeoramiento del deterioro y el incremento de la mortalidad en estos pacientes, aumentó considerablemente durante este periodo. Además, en China, país de inicio de la pandemia, hubo un incremento en la demanda de plazas en centros de día y residencias dirigidas a personas con demencia. El incremento fue un 13% superior a la demanda del año anterior al inicio del confinamiento, destacando pacientes que habían sido diagnosticados recientemente de demencia o DCL.

Los cambios en las actividades y rutinas diarias, y la interrupción de un modelo de vida ya determinado, tuvo un impacto aun mayor en los pacientes con EA. Por este motivo, adaptar las rutinas diarias que tenían a la situación de confinamiento por la que pasaron, obtuvo una gran importancia en el desarrollo y protección de la enfermedad.

### **2.3. Consecuencias motoras**

Una de las consecuencias de las demencias, entre ellas la EA, son las alteraciones motoras que desarrolla la enfermedad junto con el deterioro cognitivo. Con el avance de la enfermedad, el deterioro de las funciones cognitivas lleva a un deterioro físico que termina con la parálisis de extremidades y tronco. Por este motivo, el deterioro cognitivo de la EA, durante el confinamiento, ha podido favorecer el deterioro motor y físico de sus afectados. El deterioro físico más grave es común en la demencia por Párkinson, sin embargo, la EA también presenta dificultades motoras en forma de apraxias, dificultades en ejecutar actos motores previamente aprendidos y realizados correctamente (Merizalde, 2015).

Russo et al. (2021) encontraron un empeoramiento en el nivel y calidad de la marcha en pacientes con demencia durante el confinamiento. Estos cambios se produjeron sobre todo en los pacientes con una demencia en estado más avanzado, en la que destacan la inestabilidad y la lentitud en la marcha. Este deterioro físico puede ser producido directamente por el cese de la rehabilitación diaria o semanal a la que los pacientes estaban acostumbrados (tanto física como cognitiva), y al sedentarismo que propició la situación de confinamiento.

Otro de los estudios recientes es el de Bonilla et al. (2021) que, aprovechando la situación de confinamiento y la pausa de actividades diarias de la población, quisieron comprobar si la ritmo terapia tenía algún factor de protección sobre las demencias y el deterioro cognitivo. Los 20 pacientes analizados formaban parte de la población mayor de 65 años y que no habían sido diagnosticados de demencia, aunque algunos sufrían algún leve deterioro cognitivo. Estos sujetos analizados llevaban semanas en sus casas debido al confinamiento, por lo que habían abandonado sus actividades diarias. Se les aplicó 12 sesiones de ritmo terapia, que constaban de 45 minutos de estiramientos, movilidad, fortalecimiento y equilibrio. Entre ellos había ejercicios de movimiento de cabeza, flexiones de pierna y brazos, y ejercicios de marcha, todos ellos con música lenta de fondo. Antes de las sesiones, el 25% presentaba una sospecha patológica de demencia, otro 25% presentaba un deterioro cognitivo leve, y 1 paciente tenía demencia diagnosticada. Después de las 12 sesiones se realizó una exploración clínica mediante el test Mini Mental (MMSE), donde solo 2 pacientes presentaron una sospecha patológica, y solo 1 presentaba deterioro cognitivo significativo. Para acabar de ver de manera más clara el cambio, se puede visualizar como al inicio de la investigación, tan solo el 45% mostraba resultados en el MMSE que le incluían en un estado cognitivo normal, mientras que al finalizar las 12 sesiones el 85% estaban en este rango.

Mediante este estudio se puede vislumbrar la importancia de la activación motora en las funciones cognitivas, y cómo el confinamiento y su consecuente freno de las actividades y ejercicios, ha podido precipitar síntomas de deterioro cognitivo en personas con vulnerabilidad a padecer alguna demencia. Por otra parte, también puede ser un factor protector de la enfermedad y el deterioro, debido a la activación de ciertas facultades cognitivas necesarias para el movimiento y ejercicio motor.

#### ***2.4. Comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos***

Aparte de la afectación típica de la EA, que hemos visto que ha producido un empeoramiento de los síntomas de la memoria, y otras áreas como la afásica, motora y agnósica, el periodo de aislamiento también ha significado la aparición de sintomatología neuropsiquiátrica asociada, en los distintos pacientes. El curso de la EA ya suele producir sintomatología comórbida asociada, en forma de ansiedad, depresión, irritabilidad, etc. Sin embargo, la situación de confinamiento y la falta de recursos terapéuticos, ha fomentado la gravedad de los síntomas y ha dejado a los pacientes en una situación más vulnerable.

En un estudio de Sánchez et al. (2021), se llevó a cabo una revisión sistemática acerca de los cambios en los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con demencia. En dicho estudio, se corroboró el empeoramiento de estos síntomas mediante distintos estudios. Los síntomas alterados durante el confinamiento que sufrieron un cambio más significativo fueron la agitación y agresión, junto con los síntomas de ansiedad. Canevelli et al. (2020) observaron un empeoramiento en el 54,7% de los pacientes analizados, encontrando un mayor empeoramiento en las áreas de agitación, agresión y apatía. Diversos estudios notificaron una gran diferencia entre el estado de ansiedad anterior y posterior al confinamiento. Entre otros síntomas, Manini et al. (2021) destacó la apatía como el síntoma más común durante el confinamiento, aunque fue el único estudio que destacó como principal este síntoma. La mayoría de estudios, destacaron la aparición de síntomas apáticos y depresivos. Cohen et al. (2020) encontraron un empeoramiento de los síntomas en el 60,5% de los pacientes analizados, siendo el mayor cambio en la ansiedad (33%), seguido por la depresión (12,8%). También se encontró un agravamiento de los síntomas vegetativos, sobre todo destacando cambios en la alteración del sueño y los hábitos alimenticios. Canevelli et al. (2020), observaron que los cambios más significativos en los síntomas neuropsiquiátricos se produjeron en pacientes con una EA en estado más avanzado y un peor rendimiento cognitivo. En este sentido, se da una correlación entre la gravedad de la EA y el empeoramiento de los síntomas neuropsiquiátricos. En los casos de EA en un estadio más grave, se observaron cambios significativos en la irritabilidad, agitación psicomotriz y agresividad, mientras que en los estadios más leves, incluido el DCL, los síntomas más significativos fueron la apatía, depresión y las alteraciones del sueño. Estos cambios podrían estar relacionados con la gravedad de afectación de la expresión emocional, comprensión y adaptación característica del nivel del trastorno (Sánchez et al., 2021).

Un estudio de Russo et al. (2020), acerca de cómo ha influido el aislamiento causado por el confinamiento en pacientes con deterioro cognitivo en el país de Argentina, pudo corroborar ciertos resultados respecto a los síntomas comórbidos a la demencia. Mediante una entrevista médica, estudios neuropsicológicos y una comparativa al nivel de afectación anterior, se pudieron ver incrementos en los síntomas neuropsiquiátricos. Más de un tercio de los participantes correspondía a un grupo de edad muy avanzada, es decir superior a los 85 años de edad. En el 42% de los pacientes analizados, se produjo un empeoramiento de los síntomas de ansiedad durante el confinamiento, en un 28,6% se produjeron un incremento de la alteración del sueño en forma de insomnio, en un 29,4% de los pacientes se incrementaron los síntomas depresivos, y el 41,2% sufrieron un empeoramiento de

los trastornos de la marcha y deambulaci3n. Estos sntomas obligaron al 20,2% de los pacientes a tomar antipsic3ticos, al 15,1% a tomar benzodicepinas, al 6,7% hipn3ticos, y al 10,1% antidepresivos, con el objetivo de tratar el empeoramiento de dichos sntomas neuropsiqui3tricos. Se encontr3 una correlaci3n positiva entre el empeoramiento de los sntomas neuropsiqui3tricos y la ansiedad previa al confinamiento. Sin embargo, los pacientes que ya sufrían esta ansiedad, vieron como había un incremento de la misma. Tambi3n se encontr3 una correlaci3n positiva entre dichos sntomas y los pacientes con edad avanzada. Adem3s, hubo un aumento de estos sntomas en sujetos con EA en estadios m3s leves, debido seguramente a que se produjeron cambios m3s dr3sticos y significativos que en pacientes con una demencia m3s avanzada, y que ya sufrían sntomas graves y restringidos a su capacidad. Tambi3n pudo ser debido a que los pacientes con demencia leve tienen una mayor percepci3n de la enfermedad e incluso del riesgo de contagio por Covid-19, lo que acab3 incrementando a3n m3s los sntomas ansiosos. Estos hallazgos permitieron asociar estos sntomas conductuales y psicol3gicos, a un estado de salud desfavorable, y a un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes con EA. Adem3s, este estudio ha podido realizar un seguimiento a los pacientes analizados para descubrir que los sntomas de ansiedad, depresi3n e insomnio son prevalentes en el tiempo, y sus repercusiones persisten a largo plazo sin remitir al estado psicol3gico anterior del sujeto. La suspensi3n de la rehabilitaci3n cognitiva e interacci3n social, sin duda han contribuido negativamente al aumento y persistencia de estos sntomas.

Miers y Mu3oz (2021), investigaron el deterioro de 4 pacientes con inicio de demencia, que se encontraban aislados en su domicilio por motivos de la cuarentena, desde noviembre de 2020 a marzo de 2021. Debido a los posibles contagios y la edad de riesgo a la que pertenecían los individuos (65-80 a3os), los 4 pacientes se aislaron solo acompa3ados de un cuidador/familiar. Los 4 contaban con un nivel de educaci3n alto y un estatus social estable. Para comprobar el deterioro, se utilizaron los instrumentos correspondientes al test Mini Mental (MMSE), la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, la escala de Ansiedad y Depresi3n de Goldberg, la escala de Autoestima de Rosenberg y la prueba de percepci3n del funcionamiento familiar (FFSIL). Adem3s, se le realiz3 una entrevista semiestructurada a cada paciente para contrastar la informaci3n y obtener una mayor evidencia. Aunque obtuvieron puntuaciones altas en escala de vida WHOQOL-BREF, y obtuvieron puntuaciones altas en la percepci3n del funcionamiento familiar, los 4 pacientes evidenciaron sentimientos de inutilidad, p3rdida de apetito e insomnio. En este sentido, 3 de los 4 enfermos padecieron

síntomas ansiosos muy agudizados, mientras que el otro presentó un estado depresivo grave. Los tres pacientes anteriores también presentaron síntomas depresivos, aunque no tan significativos. Además, todos presentaron una falta de autoestima y confianza en sí mismos, siendo muy visible en 2 de ellos. El estado anímico de los 4 pacientes se vio alterado y empeorado durante este periodo de confinamiento, lo que corroboró el impacto tanto físico como emocional.

Otros estudios realizados pudieron observar cambios significativos en distintos síntomas neuropsiquiátricos (Sánchez-García et al., 2022). Barguilla et al. (2020), observaron cambios significativos en los síntomas de agitación, depresión y ansiedad. Baschi et al. (2020), analizaron pacientes con EA, de los cuales el 40,3% empeoraron los síntomas neuropsiquiátricos ya existentes, y el 32,25% desarrollaron nuevos síntomas. Capozzo et al. (2020), observaron un empeoramiento en el 56% de los pacientes, de los cuales más de la mitad desarrollaron síntomas de apatía, ansiedad, agresividad, irascibilidad, e irritabilidad. Además, un 25% padecieron alteraciones y trastornos del sueño. Lara et al. (2020), observaron también un cambio significativo en los síntomas de ansiedad, agitación y apatía, mientras que en los síntomas depresivos no hubo tanta diferencia. Pongan et al. (2021), observaron cambios significativos en el 37,3% de los pacientes analizados, mientras que el 42,3% tenía síntomas neuropsiquiátricos equivalentes a la situación de pre-confinamiento. Entre dichos síntomas, la apatía (48,1%), ansiedad (44,7%) y agresividad (42,6%) fueron los más significativos, aunque también se observaron síntomas en forma de delirios, alucinaciones, insomnio y depresión. Sorbara et al. (2021) apreciaron cambios significativos en la alteración del sueño (58,64%), depresión (49,69%), irritabilidad (49,38%), apatía (41,66%), agitación (36,41%), ansiedad (36,41%), delirios (27,4%), alucinaciones (21,06%), alteración del apetito (25,92%) y desinhibición (22,53%), respectivamente. Custodio et al. (2021) observaron un incremento del 23% de depresión, 36,8% de agitación, 26,3% de trastornos del sueño, y un 12,1% de pérdida de apetito en un estudio de 91 pacientes de EA, respecto al año anterior. Chen et al. (2021) mostraron un incremento del 54,5% en síntomas neuropsiquiátricos respecto al año anterior en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy, del 43,8% en pacientes de EA, y del 22% en pacientes con DCL. Sin embargo, otros estudios como el de Cravello et al. (2021), Alexopoulos et al. (2021), no encontraron cambios significativos en los pacientes analizados.

El resultado de estos estudios agrupa un mismo conjunto de síntomas neuropsiquiátricos como principales y más relevantes en los pacientes con EA. Podemos distinguir la apatía, ansiedad y las alteraciones del sueño como los

principales síntomas, y los que han empeorado de manera más significativa durante el periodo de confinamiento. Otros síntomas como la depresión y la irritabilidad han sufrido un menor incremento, pero afectan a una parte significativa de los pacientes analizados en los distintos estudios. Otros síntomas como las alucinaciones, delirios, desinhibición y alteración en la conducta alimenticia, han sufrido también un deterioro, aunque en menor medida. Además, cabe destacar que los cambios más significativos se han producido, en un mayor porcentaje, en los pacientes de EA con una edad más avanzada y una demencia en estado moderado-leve, mientras que en las demencias más graves, el empeoramiento se ha producido de forma menos significativa debido a que ya había un grado de afectación importante anteriormente.

La salud mental pues, se ha visto afectada en los pacientes de EA, llegando a producir síntomas neuropsiquiátricos más graves que el propio deterioro cognitivo causado por la enfermedad. El hecho de que los pacientes con demencia hayan sufrido un mayor empeoramiento en sus síntomas afectivos que en los cognitivos, demuestra la importancia de la actividad social en y la salud mental en el desarrollo de la enfermedad. Las rutinas y actividades diarias que realizaban estos pacientes promovían un estado de salud mental adecuado. El hecho de frenar en seco dichas rutinas, y disminuir las interacciones sociales con compañeros y trabajadores del centro, acrecentó la aparición de síntomas de ansiedad, irritabilidad y depresión, entre otras. Las consecuencias del confinamiento domiciliario también pudieron dejar marca en forma de estrés y trauma, causando síntomas de estrés postraumático, que pueden acabar acelerando el deterioro cognitivo (Brown et al., 2020).

### **3. Soluciones utilizadas durante el confinamiento en pacientes con demencia**

La situación de confinamiento obligó a innovar a los distintos centros y hospitales que trabajaban diariamente con los pacientes con demencia. Psicólogos, terapeutas, educadores sociales y distintos trabajadores del sector neuropsicológico buscaron maneras en las que los pacientes pudiesen continuar con su trabajo de estimulación cognitiva durante el tiempo de aislamiento, y que no sufrieran una aceleración del deterioro de las facultades cognitivas propias de la enfermedad. Por ello, varios autores realizaron propuestas de intervención, para que los pacientes con demencia continuaran con la estimulación cognitiva desde sus hogares. Muchos de estos programas innovadores utilizaron las nuevas tecnologías, con el objetivo de poder trabajar del modo más competente y exitoso para las necesidades de estas personas, lo que dificultó más si cabe la adaptación, ya que muchos tuvieron que aprender a manejar ordenadores.

#### **3.1. Propuestas de tratamiento**

Jiménez et al. (2020) publicaron un decálogo de recomendaciones para personas con deterioro cognitivo en el contexto de aislamiento social durante el confinamiento. En él, abordaron recomendaciones y planes de actuación para continuar con la estimulación cognitiva a pesar de las consecuencias.

- La principal característica de esta intervención fue la necesidad de una persona que trabajase con el paciente, ya fuese de forma presencial (mediante un familiar o cuidador al que se le darían pautas específicas) o de forma online (por reuniones con trabajadores de hospitales o centros de día, que realizarían la estimulación cognitiva adaptada al medio virtual). Las actividades debían ser creativas e ingeniosas para mantener al paciente concentrado durante las sesiones. Al estar en casa, se podrían utilizar objetos de casa para trabajar, como ropa, alimentos, etc. También mediante ejercicios de escritura, canciones, lectura de textos, realización de dibujos y pasatiempos.
- Esta propuesta se apoyó sobre todo en las redes sociales y la tecnología para el trabajo cognitivo. Recursos digitales como programas y sitios web para trabajos colectivos e individuales, y la posterior corrección y

seguimiento por parte de un profesional ayudarían tanto al trabajo cognitivo, como a mantener un contacto social con compañeros y profesionales.

- También se recomendó el ejercicio físico diario, de unos 25 minutos de trabajo aeróbico, muscular y de equilibrio. Los ejercicios debían alternarse entre brazos, piernas y demás grupos musculares, cambiando cada semana los tipos de ejercicios para que no fuesen repetitivos. El cuidador o profesional debía explicar los ejercicios al paciente. Caminar por casa, realizar movimientos y estiramientos de extremidades sentado en una silla o en el sofá, serían una forma de trabajar el físico.
- Manejar los medicamentos farmacológicos y adaptar las necesidades cognitivas del paciente al entorno, es también otra de las necesidades que destacan. Registrar la toma de medicamentos y tenerlos organizados en un sitio específico. Las necesidades se deben además adaptar al nivel de cognición del paciente, mediante ejercicios de musicoterapia, medidas de alimentación y sueño, y adaptar los ejercicios a los posibles déficits sensoriales.
- Establecer una rutina y adaptar la vida diaria al hogar: organizar horarios, escribir recordatorios, establecer un programa de alimentación, etc.
- También establece recomendaciones en caso de que un familiar hiciese el papel de cuidador, para que mantenga también una salud mental adecuada a la hora de cuidar del paciente. Entre ellas, propone estrategias de mindfulness y psicoterapia, teléfonos de contacto para obtener ayuda en caso de complicaciones o dudas, grupos de apoyo y dedicar parte del tiempo a uno mismo.
- También se proponen actividades de ocio que permitan estimular la cognición, y que no sea puramente trabajo didáctico. Entre ellas, lectura de cuentos o leyendas, actividades tecnológicas asociadas al ocio para estimular la memoria, juegos como el bingo, adivinanzas, actividades musicales, cantar, etc.
- También explican en que casos se deberá asistir a urgencias, tanto por la propia demencia, como por la infección por Covid. Se dan pautas sobre control y prevención de la enfermedad, y recomendaciones generales para evitar contagiarse.
- Además, también añaden canales de emergencia en caso de que pudiesen ser necesarios debido a la situación del paciente con demencia. Relatan los

signos de emergencia propios de la EA, por los que habría que acudir a un profesional externo o un hospital para la evaluación. Por ejemplo, estados de agitación o ansiedad por los que se tuviese que reajustar la medicación. También se añaden las posibles situaciones o actividades de riesgo para el enfermo.

- Se acentúa sobre todo la necesidad de mantener activa una vida social lo más adaptada posible a la situación de confinamiento. Para evitar el deterioro cognitivo del paciente, mantener conversaciones telefónicas con los familiares, con el cuidador, es un factor muy importante. Además, añade las facilidades con las que se podría comunicar mejor con el paciente de Alzheimer, como la utilización de frases cortas, lenguaje sencillo, hablar despacio, etc.

Gómez et al. (2021) propusieron un conjunto de adaptaciones en la estimulación cognitiva, durante la situación de confinamiento producida por la pandemia Covid-19. Su programa está dirigido principalmente a pacientes de Alzheimer con un nivel de afectación leve o moderada, que aún puedan realizar ejercicios de estimulación. La principal adaptación que proponen es el uso de la tecnología a través de ordenadores, tablets o smartphones, para poder continuar, de este modo, la estimulación cognitiva mediante webs y programas creados específicamente para los pacientes de EA. De este modo también se pueden monitorizar sus resultados de manera remota. Además, también proponen las redes sociales y programas para mantener el contacto y la interacción social y mitigar el deterioro en este ámbito, como WhatsApp, Skype o FaceTime. Otra de las tecnologías que proponen es el uso de videoconsolas como la Nintendo Wii, que permite realizar actividades físicas y a la vez cognitivas sin salir de casa. Esta consola permite programarse a distancia con diferentes ejercicios físicos y cognitivos, lo que permitiría plantear sesiones de actividades lúdicas y estimuladoras a la vez. Otros programas informáticos que se proponen son el proyecto FINGER de entrenamiento cognitivo (Astell et al., 2019) y el Guttmann Neuropersonal Trainer (GNPT) enfocado a la estimulación y rehabilitación del daño cerebral (Gil-Pagés et al., 2018). También se propone la domotización de la vivienda, mediante indicadores visuo-verbales, herramientas de inteligencia artificial y asistencia virtual que ayudaran en el día a día de la persona. La domotización de la vivienda, consiste en instalar un conjunto de sistemas que tienen la capacidad de realizar funciones en una vivienda de manera completamente automática. Estos sistemas suelen utilizar tecnologías inalámbricas que permiten ser utilizadas en casa o cuando nos encontramos fuera. Sin embargo, esta opción sería más cara y enfocada a un aislamiento a largo plazo. En la globalidad de esta

propuesta, se incide sobre todo en la necesidad de que el tipo de tecnología usada esté adaptada al nivel de utilización al que están acostumbradas estas personas, ya que aprender desde cero resultaría muy complicado para los pacientes de EA. La evolución en el uso y desarrollo de los distintos programas web debe ser progresivo y consecuente al nivel cognitivo que muestren.

Además de la implantación tecnológica, también proponen otra serie de medidas para hacer frente al deterioro cognitivo que pudiese suponer el confinamiento, como el hecho de establecer rutinas diarias y ejercicios de estimulación cognitiva con los recursos del hogar. Todo ello, con el consecuente seguimiento y evaluación de los resultados y el avance cognitivo, por parte de los profesionales del sector. Proponen una evaluación neuropsicológica individualizada de cada paciente para ver que necesidades tiene, que áreas cognitivas debe estimular y como puede hacerlo en el entorno de su vivienda. Por ejemplo, planificar un horario y un espacio de la casa donde realizar actividades de ocio estimulativas como coser, cocinar, pintar, bailar o cantar. Finalmente, también se propone la estimulación cognitiva online, realizada mediante videollamada con un profesional de un hospital o centro de día especializado en demencias, que durante un periodo de tiempo diario, dedicara íntegramente a realizar ejercicios para frenar el deterioro cognitivo del paciente. Se proponen durante estas reuniones, terapias de orientación a la realidad y terapias de reminiscencia, para mitigar el impacto que puede producir en la orientación temporal el hecho de estar encerrado en casa, y otros juegos para trabajar la memoria y el lenguaje, como por ejemplo del Dominó o el Memory. Revisar fotos antiguas y recordar acontecimientos y experiencias pasadas es otra manera de mantener activas las funciones cognitivas. Las constantes evaluaciones cognitivas y del estado de ánimo, junto con las adaptaciones necesarias en cada momento, serán el pilar fundamental de esta propuesta de intervención (Gómez et al., 2021).

Otra de las propuestas de adaptación fue la de Llibre et al. (2021), quienes redactaron una serie de cuidados y recomendaciones hacia las personas con demencia durante la situación de confinamiento. Esta propuesta estuvo enfocada hacia los pacientes habituales de centros de día u hospitales para personas con demencia, mediante recomendaciones para los cuidadores y familiares que compartieron hogar con los pacientes, con el objetivo de ayudarles a mantener un nivel de vida aceptable, y una estimulación cognitiva acorde a sus necesidades. En este sentido, se abordaron las siguientes recomendaciones con el objetivo de ayudar al paciente:

- Establecer por el hogar varios escritos y notas, que actúen en forma de recordatorios de distinta índole, sobre todo en el sentido higiénico ante el

virus Covid-19. También se podrían colgar carteles en las puertas y habitaciones que ayudaran al paciente a recordar aspectos importantes de la vivienda.

- Pensar actividades para el paciente con anticipación, y alternar distintos juegos y planes diferentes, para que la persona pueda estimular distintas áreas cognitivas. Sería importante acompañarlos en la realización de dichas actividades y proponerles también actividad física limitada al hogar que les permita mantenerse activos.
- Estar alerta y conocer los signos de empeoramiento de la enfermedad por los cuales se debería acudir a la ayuda de un profesional o médico especializado. Sería importante consultar semanalmente con el psicólogo o educador social que conozca al paciente para que le informe sobre las actividades a realizar durante la semana, y que evalúe el posible deterioro cognitivo que el aislamiento le haya podido producir. Además, monitorizar los síntomas asociados que pudiese producir el confinamiento en estos pacientes, como la ansiedad, depresión, agitación o insomnio, para que se aumentase o cambiase la medicación en caso de ser necesario. También se propuso líneas 24 horas de apoyo a personas con demencia que necesiten conversar con alguien para mitigar el deterioro social que implicaba estar aislado en casa.
- Finalmente, este estudio también propone los nuevos avances tecnológicos como esenciales en la adaptación cognitiva de estas personas. Empezando con sesiones de telemedicina que permitan al paciente estar evaluado y mantener un seguimiento de su trabajo por parte de un profesional. Se propone también el trabajo de estimulación cognitiva mediante programas y páginas web especializadas, e intentar establecer nuevas estrategias con la tecnología disponible en el hogar.

Canales y Medina (2021) establecieron unas pautas dirigidas a la terapia ocupacional, durante el contexto de pandemia por Covid-19. Esta propuesta se llevó a cabo en el centro de Kelluwun (Chile) durante el confinamiento. Mediante esta propuesta, quisieron enfatizar la importancia del tratamiento no farmacológico en los pacientes con demencia, y lo esencial que era continuar con él durante el confinamiento. Primeramente, destacan la importancia de la telemedicina como canal para controlar a los pacientes que acudían diariamente, por su deterioro, a un centro de día especializado. Mediante la tecnología se podrían comunicar con los profesionales del sector y valorar las dificultades y síntomas que padezcan dichos

pacientes. Además, también sirve para obtener ayuda en caso de necesitar sesiones de estimulación, ya que pueden realizarse con el psicólogo de manera online. Con el cese de la actividad en el centro, reconvirtieron el trabajo presencial de los pacientes, en trabajo online mediante plataformas remotas, de trabajo individual y colectivo. Desarrollaron un plan semanal para cada paciente, e hicieron controles y reuniones virtuales para analizar sus resultados y ofrecer un seguimiento. Utilizaron para las videollamadas la plataforma digital WhatsApp, donde llegaron a realizar incluso talleres online de hasta 4 personas, para trabajar la parte de socialización. Además de las reuniones virtuales, los profesionales del centro realizaron algunas consultas presenciales en casos de urgente necesidad, para atender de forma más cercana a los pacientes.

La intervención individual se realizó de la siguiente manera: en primer lugar había un contacto con el cuidador para establecer una fecha y horario de la sesión, y establecer los métodos a utilizar. Una vez acordado, se iniciaba la reunión virtual con el paciente, en la que se conversaba durante un tiempo con él, con el objetivo de socializar y mitigar el posible deterioro social. Seguidamente se empezaba con los ejercicios de estimulación cognitiva, en los que se supervisaba y ayudaba al paciente cuando fuese necesario. Finalmente se cerraba la sesión con la resolución de dudas y los contenidos a reforzar. Se ofrecía material de refuerzo y recomendaciones mediante la misma plataforma virtual. Algunas de las actividades realizadas por el centro fueron las siguientes: diseño de actividades, implementación de rutinas, sugerencias de adecuaciones al hogar y psicoeducación a los familiares. En cuanto a las sesiones grupales, que se realizaban de 2 a 5 personas, se empleaban estrategias psicosociales como la orientación a la realidad, estrategias de reminiscencia para facilitar la comunicación y musicoterapia, entre otras. Se intentó que cada paciente realizara mínimo una sesión grupal por semana. Los resultados de esta terapia, tanto individual como grupal, obtuvieron muy buenos resultados, tanto de participación como de prevención al deterioro, por lo que se consideró esta innovación terapéutica como un éxito, dadas las circunstancias de la pandemia (Canales y Medina, 2021).

Saldaña (2021) propuso también la estimulación sensorial y cognitiva de pacientes de la EA, mediante la cocina y actividades centradas en la alimentación. La propuesta fue dirigida a pacientes con Alzheimer en fase leve, para evitar el rápido avance de la enfermedad. Las actividades propuestas, dirigidas a una estimulación cognitiva y sensorial fueron las siguientes: reconocimiento de olores y sabores, explicar que recuerdos traen esos olores y sabores, reconocer la cocina y ubicar sus zonas, identificar los elementos de la cocina, utilizar los distintos utensilios, cocinar

distintos alimentos, hacer una lista de la compra, elaborar recetas de cocina, recordar las comidas del día anterior, recordar la hora de las comidas, detectar ingredientes, y conocer su aprendizaje. Todas estas actividades tuvieron que ser dirigidas y acompañadas por un familiar o cuidador que supervisara la sesión. Sin duda, la estimulación sensorial juega un papel fundamental en los recuerdos y la memoria, y ayuda a prevenir el deterioro cognitivo en las circunstancias de aislamiento.

## **4. Propuesta de intervención para pacientes con demencia durante el confinamiento**

Como hemos visto anteriormente, la pandemia originada por el coronavirus ha provocado en muchos pacientes con demencia, una aceleración y agravamiento de los síntomas de la enfermedad. El confinamiento y la consecuente soledad, junto con la ruptura de las actividades de estimulación que estos pacientes realizaban en centros de día, han contribuido a la aceleración de dichos síntomas. La sociedad no estaba preparada para afrontar los problemas de dicho confinamiento, y los pacientes con demencia han sufrido las consecuencias de este hecho. Son muchas las personas y organizaciones del ámbito de la salud que han realizado propuestas de intervención a partir de este hecho para intentar paliar las consecuencias negativas que el confinamiento ha producido. A modo de prevención, y para estar preparados ante posibles situaciones parecidas, hemos redactado un plan de intervención, con recomendaciones para afrontar una situación de confinamiento en pacientes con demencia.

### **4.1. Objetivos de la intervención**

1. Proponer actividades de estimulación cognitiva que se puedan realizar en el hogar, usando las herramientas disponibles y adaptando las actividades.
2. Dar información acerca de actividades que ayuden a enlentecer el deterioro cognitivo del enfermo de demencia.
3. Ser una alternativa eficaz al trabajo de estimulación cognitiva realizado en centros de día y hospitales especializados, en el caso de un confinamiento obligatorio, y el cierre de estos centros.
4. Dar pautas a familiares y cuidadores, acerca de cómo realizar dichas actividades con el paciente con demencia, así como recomendaciones acerca de la modificación del nivel de dificultad.
5. Mantener una rutina de trabajo y entrenamiento cognitivo, para que los enfermos de demencia no vean afectada su capacidad cognitiva por falta de trabajo.
6. Dar pautas acerca de la modificación del nivel de dificultad de las actividades, para que estas se puedan adaptar al nivel cognitivo de cada usuario.

#### **4.2. Recomendaciones generales**

Los pacientes con demencia que tenían establecida una rutina diaria en un centro de día o un hospital centrado en cuidados y estimulación cognitiva, donde profesionales velaban por el bien de estas personas, y estaban atentas a sus necesidades y tratamiento, pueden sufrir una gran diferencia al encontrarse solos en casa sin todos estos cuidados. Estas personas necesitarán continuar con ayuda en su día a día, y tener en la medida de lo posible las facilidades que les ofrecían los centros y hospitales a los que acudían. Por este motivo, a continuación, redactamos una serie de recomendaciones generales para los familiares y cuidadores que se puedan encontrar confinados con la persona con demencia.

- Los pacientes con demencia suelen necesitar ayuda en situaciones cotidianas como ir al baño, asearse, comer o vestirse. Por este motivo, se debe estar atento en los momentos en que estas personas realicen estas actividades, para tratar de ayudarles si olvidan como realizarlas. En este sentido, puede ser de ayuda colgar carteles y escritos en diferentes partes de la casa para que los afectados por la enfermedad puedan recordar que hay que hacer en esas salas. Por ejemplo, colgar escritos en el baño recordando lavarse las manos, o remarcando el uso de la toalla para secarse las manos, o nombrar los diferentes objetos con pegatinas para que sepan dónde están, como el jabón, el cepillo de dientes y el secador, entre otras. Estos escritos y recordatorios también se pueden utilizar en otras partes de la casa, como la cocina y las habitaciones, y pueden ser muy útiles en personas con enfermedad avanzada y con tendencia a los olvidos recurrentes.
- La persona con demencia que está muy acostumbrada a ir al centro de día de manera diaria, puede no entender el motivo por el que no se le permite salir de casa. Esta situación puede provocar diferentes consecuencias afectivas al paciente en cuestión, y desarrollar actitudes desafiantes e irritables hacia el familiar o cuidador. En esta situación, será importante gestionar el momento tratando de explicar el motivo por el cual no puede salir, y tratando de reconducir la conversación a otros temas. Para tratar de prevenir estos cambios emocionales, es primordial instaurar nuevas rutinas en estas personas, proponiendo actividades que les satisfagan, acompañándolos en su realización e incentivando su participación efectiva. Hay que intentar que

mantenga el trabajo de estimulación diario, adaptado a las circunstancias del momento.

- Utilizar la tecnología para seguir con el trabajo cognitivo que el confinamiento ha impedido. Además de actividades creativas y más clásicas adaptadas al hogar, también es necesario utilizar las herramientas que la tecnología nos ofrece para trabajar sobre el deterioro cognitivo. Hoy en día existen varias aplicaciones de móvil y ordenador, ideadas para personas con demencia que tengan dificultades en distintas áreas cognitivas. Estas aplicaciones trabajan sobre las dificultades que los pacientes puedan tener y les ayuda a trabajar las facultades cognitivas. En situaciones de confinamiento es una opción muy interesante que permite seguir reforzando la memoria. Además, la tecnología también puede permitir a la persona realizar llamadas o videollamadas a sus amigos o familiares, algo que refuerza sus habilidades sociales y lingüísticas, e impide el deterioro social que acompaña a la soledad.
- Otro factor importante es el ejercicio físico. En los centros y hospitales los pacientes suelen realizar mínimo una hora de ejercicio físico, algo que les permite mantenerse activos y ejercitar los distintos músculos. Por eso, hay que intentar mantener esta actividad física tan importante en las personas mayores. Es necesario que hagan 30 minutos al día de ejercicios adaptados a su condición física. Pueden realizarlos mientras están sentados si es necesario, moviendo articulaciones de brazos y piernas, intentando variar los ejercicios en la medida de lo posible. Si no se tiene suficiente información, hay varias webs donde se puede consultar los distintos ejercicios a realizar, y aprender nuevas formas de ejercitarse.
- Será también primordial mantener el contacto con los profesionales y doctores que le han tratado hasta el momento, para que le dé al cuidador las pautas necesarias sobre cómo actuar en determinadas situaciones, y para que sepa identificar situaciones de riesgo en las que sea necesario cambiar la medicación u hospitalizar al paciente. Además, es importante tener siempre a mano el número de teléfono de urgencias o de su área de ayuda, para poder llamar siempre que necesite ayuda o información adicional sobre el afectado.

#### **4.3. Modelo de intervención múltiple semanal**

Una persona con deterioro cognitivo puede tener afectadas, de distinto modo, muchas de las capacidades cognitivas básicas. Como cada paciente es distinto debido a la heterogeneidad de las demencias, es importante reforzar todas las áreas cognitivas de manera semanal, para mantener activas las distintas zonas cerebrales. Son varias las áreas afectadas en un paciente con demencia, y están afectadas de manera distinta en cada usuario, por lo que sería interesante trabajar semanalmente la memoria, la atención y concentración, las funciones ejecutivas y sensoriales, la semántica y el cálculo, entre otras. Para ello, hay diversos ejercicios que, en una situación de confinamiento, obligan a usar la creatividad y las herramientas disponibles en el hogar. A continuación, se redacta un programa de trabajo cognitivo semanal para personas con deterioro cognitivo leve-moderado, con distintas actividades que pueden adaptarse a los gustos, preferencias y capacidades de la persona en cuestión. Este modelo está orientado a mantener un trabajo de estimulación cognitiva en pacientes con demencia, que se encuentran en una situación de confinamiento obligatorio en casa y no pueden acudir a los centros de rehabilitación habitual. El trabajo cognitivo debe basarse en una hora y media de estimulación cognitiva por la mañana, y otra por la tarde. De este modo, trabajando cada día un área cognitiva distinta, se podrá ralentizar el avance del deterioro cognitivo.

- Lunes: atención y concentración. La atención entendida como la capacidad y la voluntad de dirigir el foco a un estímulo concreto y la concentración como la capacidad de mantener dicho foco atencional durante un tiempo prolongado. Hay muchos factores que inciden en la atención y que merecen ser estudiados para que la estimulación cognitiva sea lo más productiva posible. En este sentido, entran en juego el interés personal, la motivación y el nivel de estímulo. Cada persona tendrá distintas motivaciones o necesidades de estimulación, por lo que es necesario probar diversas actividades y realizar las que obtengan un mejor resultado. A continuación, describimos algunas de las más interesantes y disponibles en una situación de confinamiento.
  - Puzles: los puzles son una actividad que repercute positivamente en distintas áreas atencionales y de concentración. Permite centrar la atención en un estímulo concreto, y requiere mantener el foco atencional en la actividad. Esta actividad puede realizarse, además, en distintos niveles de dificultad, ya que existen puzles de más o menos piezas y de mayor o menor complicación, lo que permite adaptar la actividad a cada persona. Esta es una actividad ideal para

trabajar las áreas de atención y concentración, tratando de adaptar la dificultad del puzzle al nivel cognitivo de cada persona. Es importante tratar de ayudar a la persona con demencia, y visualizar si el nivel del puzzle es acorde a su capacidad de desempeño.

Esta actividad ayuda a prevenir el deterioro cognitivo, provocando una mayor atención al detalle, mejorando la habilidad de resolución de problemas, mediante el ejercicio de prueba y error, y trabajando sobre el razonamiento visual-espacial.

- Sopas de letras, dominó y bingo: estas son otras de las actividades que pueden ayudar a estimular las áreas de la atención y concentración, ya que requieren mantener el foco atencional en el ejercicio y fijarse en los pequeños detalles. Las sopas de letras requieren centrar la atención en la actividad, y tener la capacidad de bloquear cualquier distracción del entorno para no descentrarse. Es una de las actividades más interesantes para reforzar estas áreas. El dominó es una de las actividades más completas, ya que también trabaja el área del cálculo, al tener que contar los números, y refuerza la psicomotricidad al tener que colocar las fichas. Además, también influye la percepción visual, trabajando las gnosias, y tiene un papel importante en las habilidades sociales, ya que se juega con más gente. Esto provoca que sea una actividad muy beneficiosa para la cognición. Finalmente, el bingo es un ejemplo claro de estimulación de la atención y concentración, ya que obliga a centrarse en los números para realizar la actividad.

Cualquiera de estas actividades permite trabajar estas áreas y debe realizarse una vez por semana. En el caso del dominó y el bingo, son actividades que deben realizarse con otra persona, algo que reforzará también sus habilidades sociales. Las sopas de letras deben adaptar su dificultad al nivel cognitivo de cada persona.

- Identificar sonidos / discriminación auditiva: realizar actividades de identificación de sonidos sirve para ejercitar la atención y conseguir relacionar ese sonido con su emisor. Esta actividad, basada en la estimulación sensorial, es una de las más productivas a nivel de atención y memoria. El nivel de atención que requiere dicha actividad debe ser muy elevado, ya que el objetivo es identificar el objeto, animal o situación de la cual proviene el sonido, y ser capaz de

visualizar la situación. La actividad debe realizarse con la ayuda del familiar o cuidador, que deberá realizar los sonidos o reproducirlos por internet. En primer momento, hay que decirle que cierre los ojos y se concentre profundamente (puede ayudar realizar antes algún ejercicio de relajación), para a continuación reproducir sonidos típicos o que le puedan resultar familiar a la persona, y que esta deba relacionar con lo que se corresponde el ruido. Esta actividad se puede realizar en casa mediante sonidos de objetos que le resulten familiar al afectado por demencia, como el ruido de un grifo, una puerta cerrándose o el pasar páginas a un libro. Sin embargo, también se pueden utilizar sonidos sacados de internet para hacer la actividad más dinámica y extensa, y añadir sonidos de animales, de situaciones climatológicas, como la lluvia o el viento, o ruidos realizados por personas, como el llanto o la risa.

Esta actividad obliga al participante a concentrarse profundamente en el sonido que se está produciendo, y utiliza la atención para fijarse en los detalles que pueden acabar discriminando el sonido. Sin embargo, también ejercita la memoria, sobre todo la de trabajo, ya que debe relacionar el sonido con la situación o cosa que lo produce. En este sentido, escucha el sonido, lo identifica como familiar, y lo relaciona con su emisor, trabajando de este modo distintas funciones cognitivas. Además, se considera un tipo de ejercicio sensorial por la necesidad de utilizar el oído, algo que puede unir emocionalmente al participante con una situación pasada o reciente.

- Juegos de mesa: anteriormente hemos enumerado algunos de los juegos de mesa que tienen un impacto más importante en el ejercicio de la atención y concentración, sin embargo, hay otros muchos juegos de mesa que pueden ayudar a reforzar esta área de la cognición. En una situación de confinamiento en casa, el uso de juegos de mesa para estimular la atención y concentración debe ser básico. Entre ellos, se pueden utilizar juegos de cartas, que obligan al participante a mantener una atención sostenida, juegos de dados y fichas, como el Monopoly, y juegos de tablero, que también ejercitan el razonamiento lógico, como el ajedrez. Para trabajar el área atencional, los juegos de mesa son una opción muy necesaria en una situación de confinamiento.

- **Martes: memoria.** La memoria entendida como la función cerebral que tiene la capacidad de codificar, almacenar y recuperar cualquier tipo de información. Existen dos tipos de memoria, la memoria a corto plazo, y a largo plazo. La memoria a largo plazo se divide en la memoria declarativa o explícita, que es aquella encargada de recordar hechos, sucesos y palabras, que incluye la memoria episódica, aquella relacionada con acontecimientos pasados autobiográficos, y la memoria semántica, aquella relacionada con el uso del lenguaje. Por otro lado, está la memoria procedimental o implícita, que es aquella encargada de recuperar las habilidades, destrezas y hábitos a través de la acción, que incluye la memoria prospectiva, aquella relacionada con las actividades futuras, y la memoria retrospectiva, aquella relacionada con acciones pasadas. Después, tenemos la memoria a corto plazo, aquella encargada de retener una cantidad limitada de información durante un corto periodo de tiempo. Dentro de la memoria a corto plazo, encontramos la memoria sensorial, aquella relacionada con los estímulos sensoriales, y la memoria operativa o de trabajo, que permite manipular y trabajar con la información durante un corto periodo de tiempo. A continuación, describimos algunas de las actividades centradas en estimular los distintos tipos de memoria, y que se pueden realizar en casa.
  - **Terapia de reminiscencia:** esta terapia consiste en hablar o conversar sobre la propia vida de la persona, compartiendo recuerdos y experiencias, y reflexionando sobre el pasado. Es una terapia muy fácil de realizar, ya que solo necesita a una persona que actúe como terapeuta, tratando de sacar diversos temas de conversación y formulando preguntas acerca del pasado de la persona. Se puede preguntar sobre cualquier tema del pasado de la persona, que le permita revivir esos recuerdos y a su vez, trabajar la memoria. Los temas más comunes de los que se puede hablar son, su infancia y lugar de nacimiento, la relación con sus padres, hijos y cónyuges, su vida laboral y sus recuerdos más importantes, entre otros. Esta terapia debe realizarse en un lugar donde reine la calma y favorezca la predisposición a conversar, como en el sofá del salón o la mesa principal. Es importante tener claro un guion de preguntas por si algún tema se queda corto o el participante prefiere no hablar de él. Interesarse por lo que explica y hacer preguntas sobre ello, repercutirá en una mejor experiencia tanto emocional como cognitiva para el paciente.

Esta actividad es una de las más interesantes para trabajar la memoria, ya que obliga al participante a recordar aspectos de su vida que sucedieron mucho tiempo atrás. La principal área de trabajo es la memoria a largo plazo, en concreto, la memoria episódica autobiográfica. Sin embargo, como en otras actividades, también reforzamos otras áreas como la semántica, la expresión y la comprensión. Además, gracias a su facilidad de instauración, es una de las más interesantes a realizar en una situación de confinamiento.

- Cocinar distintas recetas: esta actividad consiste en preparar y cocinar distintas recetas de cocina, si es posible ante la supervisión de otra persona. Se pueden cocinar recetas que la persona conozca y le sea familiar, o recetas más complejas que deban ser explicadas con anterioridad. Es preferible empezar con recetas más sencillas y comunes, como una tortilla o una ensalada, y a medida que la persona se vaya sintiendo más cómoda y se desenvuelva mejor, se podrá incorporar recetas más complejas y variadas. Para que la actividad sea más fructífera, es importante no cocinar más de dos platos al mismo tiempo, o durante la misma hora de trabajo. De este modo, no habrá confusiones y la tarea será más gratificante. Hay que prestar atención a la capacidad de usar los utensilios de cocina por parte de los pacientes, ya que las funciones motrices podrían estar afectadas y dificultarían el desempeño.

Cocinar es una actividad que requiere el uso de distintas áreas del cerebro, sobre todo de la memoria, ya que obliga a recordar recetas y cocinar distintos platos. En el momento de cocinar, se utiliza la memoria procedimental, para recordar la habilidad y destreza en la cocina. Del mismo modo, también es necesario utilizar la memoria declarativa para recordar los ingredientes de cada receta. Además, también estimula las funciones ejecutivas, al preparar y cocinar los platos, así como las funciones motrices y la concentración.

- Visualizar fotografías antiguas: realizar esta actividad consiste en visualizar fotografías del pasado que inciten a hacer presente, recuerdos de la vida de la persona. Es una actividad que puede tener repercusión emocional debido a los recuerdos emotivos. Se debe realizar en una situación de comodidad y calma, como en el salón de casa o el dormitorio, y se le deben ir presentando distintas fotografías relacionadas con la vida de la persona. En cada fotografía, hay que

dejar que la persona exprese los sentimientos que le trae ese momento, y los recuerdos de esa situación. Esta actividad deriva de la terapia de reminiscencia, pero añade el factor sensorial de ver la propia imagen del recuerdo. Algunas de las fotografías que pueden dar más juego son, las fotografías de sucesos importantes de la vida de la persona, como bodas, cumpleaños, nacimientos u otros acontecimientos relevantes. También son de ayuda las fotografías de reuniones familiares o fiestas importantes, como navidades o veranos. Las fotografías de viajes o de lugares importantes para la persona también pueden resultar interesantes. Es de ayuda centrarse en fotografías de uno o dos recuerdos distintos durante una terapia, para que el paciente pueda recordar todo tipo de detalles acerca de ese momento. El familiar o cuidador puede ir haciendo preguntas sobre el relato de las fotografías, para que la persona vaya entrando en más detalle sobre los recuerdos que le trae ese momento.

Esta actividad estimula la memoria a largo plazo, en concreto la memoria episódica, ya que permite recordar que sucedió en el pasado a partir de unas imágenes. Sin embargo, hay otras áreas implicadas en esta actividad, como la estimulación sensorial, debido a la visualización de fotografías. Además, también puede estimular el área emocional de la persona, al hacer presentes recuerdos emotivos del pasado. Es una actividad fácil de realizar en casa si se tienen álbumes o CD con fotografías antiguas relacionadas con la vida de la persona, o incluso se pueden enseñar imágenes por el móvil u ordenador.

- Refranes y cuentos populares: esta actividad se utiliza para trabajar la memoria semántica, y consiste en completar refranes o explicar cuentos populares. Con la ayuda de un familiar o cuidador, se debe decir la primera parte de un refrán, para que el paciente complete la segunda parte, por ejemplo, se le dice “a quién madruga”, y ellos deben completar el refrán. Del mismo modo, también se puede pedir que expliquen algún cuento popular, e ir ayudándoles a recordar el guion. Es interesante tratar de buscar por internet refranes o cuentos populares de la época de la persona, para que les sea más fácil recordar su contenido.

Esta actividad está relacionada con la memoria a largo plazo, en concreto con la memoria declarativa de tipo semántica, que es aquella necesaria para el uso del lenguaje, y que se utiliza para recordar aspectos conceptuales o de significado del lenguaje.

- Miércoles: semántica. El término semántica está relacionado con el significado, sentido e interpretación de los signos lingüísticos. En el día a día de las demencias, esta área afecta a la expresión y comprensión del lenguaje, así como en la capacidad de acceso al léxico y en el significado de las palabras. Centrándonos en la memoria semántica, nos permite recordar el significado de las palabras y los conceptos gracias a los cuales comprendemos el mundo. Además de ser necesaria para el desarrollo del lenguaje, también permite reflexionar interiormente y construir creencias e ideas. A continuación, explicamos algunas de las actividades dirigidas a trabajar la semántica y que se pueden realizar en casa.
  - Lectura de libros, periódicos o revistas: la lectura en general es una actividad estrechamente relacionada con el lenguaje, que permite reforzar la comprensión y ampliar el léxico. En este sentido, es una actividad que puede ayudar mucho en la comprensión y expresión verbal. Es una actividad que pueden realizar por sí mismos, y que les conecta con la realidad en la que viven. Leer periódicos y revistas, con noticias actuales o pasadas, también les permite reflexionar sobre lo que están leyendo, formando así, un diálogo interior con ellos mismos. Por otro lado, los libros les permiten estimular la imaginación y trabajar sobre su capacidad de comprensión. A modo de expansión de la actividad, pueden también practicar la lectura en voz alta, y responder preguntas acerca de lo que han leído, para comprobar su capacidad de comprensión. En este sentido es una actividad de muy amplio recorrido, muy útil en el desarrollo del lenguaje. Para hacer la actividad lo más completa posible, es importante tratar de ofrecer lecturas que puedan ser atractivas para el lector, como noticias de su área de interés, ya sean de deportes, política o cultura, o bien libros sobre una temática específica, que produzcan un aliciente para la persona.

Como hemos comentado, permite trabajar la comprensión sobre lo que se está leyendo, y refuerza el sentido del significado de los símbolos y de las palabras, así como nexos para ampliar el léxico. Además, también trabaja sobre la memoria, sobre el hecho de

recordar lo que se está leyendo y relacionarlo con eventos pasados o actuales.

- El juego de las sílabas: este juego consiste en buscar palabras que empiecen por la última sílaba de la palabra dicha anteriormente. Esta actividad se debe realizar mínimo con 2 personas, por lo que será necesaria la participación del familiar o cuidador. Se empieza diciendo en alto una palabra, por ejemplo: Gato, y la otra persona debe decir otra palabra que empiece con la última sílaba de la palabra anterior, en este caso con “To” (por ejemplo: Tomás). Nuevamente, la otra persona debe de volver a pensar otra palabra que empiece por la última sílaba, y así sucesivamente. Esta actividad, a su vez entretenida, permite reflexionar acerca de las diferentes palabras del léxico para encontrar la más óptima en su objetivo de complicar al que tenga el siguiente turno. La actividad debe realizarse en un lapso de tiempo de entre 15-30 minutos, ya que puede causar fatiga en el participante. Resulta de utilidad alternarla con otras actividades semánticas.

Principalmente, este juego estimula la capacidad de acceso al léxico, y puede resultar muy complicado en pacientes con anomia avanzada, por lo que es importante no complicar las palabras a estas personas y adaptarse a su nivel de deterioro semántico. Adicionalmente, también se trabaja sobre la comprensión y expresión verbal.

- Entrenar caligrafía: realizar ejercicios de caligrafía es otra actividad importante a la hora de trabajar la semántica, sobre todo si es escritura libre, y requiere pensar en que palabras utilizar en cada momento. En esta actividad, se le pide al paciente que escriba un relato o algunas frases al azar con el objetivo de entrenar su caligrafía, y a la misma vez practicar su expresión escrita. Para esta actividad, es necesario ofrecerle un folio en blanco, y es de utilidad que realice dicha actividad en lápiz, por si comete algún error y debe de borrar lo escrito. Para ofrecer una experiencia más completa es importante dejar que la persona escriba aquello que prefiera y sobre el tema que le apetezca, aunque en ocasiones, el nivel de espontaneidad puede estar afectado y será necesario instruirle acerca de un tema sobre el que escribir o darle unas pautas específicas. Una de las variantes más interesantes de esta actividad,

y debido a la situación de confinamiento, sería escribir cartas a familiares o amigos, para de este modo seguir conectados a ellos pese a la distancia. De esta manera, la persona podría sentirse más ilusionada al realizar la actividad, y habría un aspecto emocional que repercutiría en forma de motivación.

Esta actividad es muy útil para repasar la expresión escrita y la capacidad de acceso al léxico, además, es muy fácil de realizar en casa. Sin embargo, también es útil para otras áreas cognitivas, como la motricidad, ya que debido a las praxias que sufren algunos pacientes con demencia, la escritura puede verse afectada de diversos modos. Por este motivo, entrenar la caligrafía puede ayudar a mantener un nivel de escritura aceptable.

- Sinónimos y antónimos: esta actividad consiste en decirle palabras o adjetivos al afectado por demencia, y que este responda con los sinónimos o antónimos de esa palabra. Esta es una de las actividades más complejas en el ámbito de la semántica, ya que la amplitud del léxico es una de las primeras capacidades que se pierde en dicho ámbito. Por este motivo, es importante detectar si la persona es capaz de realizar correctamente el ejercicio, o por defecto no encuentra las palabras y se frustra. En este último caso, será fundamental detener la actividad, y realizar otra más acorde a su nivel. Para facilitar la actividad, es de utilidad empezar primero con una categoría, en este caso los antónimos suelen ser más sencillos de completar, y presentar palabras más comunes y conocidas para el paciente. Si se desenvuelve con soltura, ya se podrá ir complicando el ejercicio gradualmente.

Este ejercicio es muy útil para pacientes con anomia leve, sobre todo en sus primeras fases, debido a la necesidad de acceso al léxico para desarrollar la actividad.

- Nombrar objetos: esta es otra de las actividades realizadas para reforzar la estimulación cognitiva de la semántica y el lenguaje, y está fundamentalmente orientada a personas con gran afectación en esta área, y con una anomia moderada o grave. Consiste en ir presentando al paciente objetos que estén en casa, para que nombre esos objetos, o bien señalándole algunos lugares de la casa, para que los nombre. Por ejemplo, se le puede presentar un libro, unas

pinzas de cocina, una silla, o una maceta, o bien señalarle el baño, la cocina o la terraza. El objetivo es que la persona sea capaz de nombrar esos objetos o lugares. Es necesario preparar los objetos que se le van a mostrar, y tratar de ir subiendo la dificultad a medida que vaya acertando los objetos anteriores. Si no son capaces de encontrar la palabra que nombra ese objeto, se les deberá preguntar si saben el uso de ese mismo objeto con el fin de ayudarles a descubrir su nombre. En el caso de que persista el problema, se les puede ayudar diciendo la primera sílaba de la palabra, y si tampoco les sirve para nombrar el objeto, se les dirá la solución y se pasará a una nueva palabra.

Esta actividad trabaja exclusivamente la capacidad de acceso al léxico y el uso del lenguaje. Es muy posible que sepan reconocer el objeto y su uso, pero no recuerden su nombre, por lo que es importante diferenciar si el problema es de anomia o corresponde a otra área cognitiva.

- Acertijos y adivinanzas: los acertijos y las adivinanzas ponen a prueba varias áreas de la semántica y son muy útiles en pacientes con anomia leve a moderada. Esta actividad consiste en decir un acertijo o una adivinanza, tanto conocida como inventada, para que la persona encuentre la solución a ese acertijo o adivinanza. El nivel de dificultad se debe aumentar o disminuir de manera acorde al nivel que muestre el paciente. Es aconsejable dividir las adivinanzas en temas o categorías, por ejemplo, hacer un listado de adivinanzas de animales, alimentos o países, y trabajar durante una sesión con ese listado concreto. Esto les puede ayudar mucho, ya que sabrán que la solución es de una categoría específica, y les será más fácil encontrar la solución.

Durante esta actividad, se trabaja principalmente la capacidad de acceso al léxico, aunque también participan otras capacidades cognitivas, como la atención a los detalles del acertijo, y el razonamiento lógico para relacionar la adivinanza con la solución más óptima.

- Jueves: cálculo. El término cálculo hace referencia al procedimiento mental, mediante el cual se llega al resultado de una operación. El cálculo agrupa distintos tipos de ejercicios, como las sumas, restas, multiplicaciones,

divisiones o cualquier otra operación con números. La memoria de trabajo es la capacidad más utilizada en el cálculo, ya que permite trabajar brevemente con los números para descifrar su resultado. El razonamiento lógico también es necesario, sobre todo en los problemas matemáticos. A continuación, describimos algunos de los ejercicios más interesantes sobre esta área de trabajo.

- Realizar sumas y restas: el principal ejercicio del ámbito del cálculo son las sumas y restas. El familiar o cuidador puede buscar estas operaciones por internet, o bien escribirlas en una libreta para que las realice el paciente. Este ejercicio también puede realizarse en distintos niveles de dificultad. Es aconsejable empezar con sumas y restas sin llevar, y dependiendo del desempeño de la persona, subir gradualmente el nivel de dificultad, e incluso probar con multiplicaciones y divisiones. Es posible que la persona tenga complicaciones a la hora de diferenciar los números o entender como funciona su procedimiento, por lo que el ayudante deberá realizar las operaciones de manera verbal, apuntando los resultados obtenidos.

Las operaciones matemáticas utilizan principalmente la memoria de trabajo, que es aquella encargada de manipular brevemente la información para obtener un resultado de ella. Además, también es necesario mantener la concentración para no perder la consigna de las operaciones.

- Problemas matemáticos: los problemas matemáticos consisten en una variación de las simples operaciones, en las que se debe utilizar también la razón, para entender cuál es la operación a realizar y obtener el resultado acertado. Como anteriormente, se pueden buscar ejemplos en internet, o usar la imaginación y utilizar aspectos que le resulten familiar, para crear los problemas matemáticos. Del mismo modo, es importante empezar con un nivel más fácil, e ir subiendo la dificultad dependiendo de su desempeño. En caso de mucha dificultad, tratar de explicar cómo se realiza el problema, y si prosigue la dificultad, pasar a operaciones simples.

Los problemas matemáticos también utilizan el área de la memoria de trabajo para conseguir llegar al resultado final y completar el ejercicio. Sin embargo, también es necesario el uso del razonamiento lógico para llegar a entender que está pidiendo el ejercicio, y que

operaciones hay que realizar para obtener el resultado. Además, la concentración y atención al detalle juegan un papel fundamental en este ejercicio.

- Contar objetos de casa: esta actividad está planteada a modo de originalidad, para tratar de estimular la curiosidad y el entretenimiento. Básicamente, consiste en contar objetos o utensilios de casa, con el objetivo de hacer más dinámico el ejercicio de cálculo. Al ser más cercano y tener una finalidad, puede que realicen esta actividad con más ganas. Se pueden utilizar distintos objetos para contar, y que se tengan en casa, como una colección de libros, las cartas de una baraja, lápices de colores o macarrones sin cocer, entre otros objetos. Esta actividad requiere la ayuda y supervisión de otra persona para corroborar o no el acierto. Añadir que, está dirigida sobre todo a personas con deterioro cognitivo moderado-grave, a quienes les empieza a costar realizar las operaciones simples.

En esta actividad se vuelve a trabajar principalmente, como en todos los ejercicios de cálculo, la memoria de trabajo. Esto implica contar mentalmente el número de elementos, y recordar el número final. Además, la capacidad de concentración y la capacidad visuoespacial también son activadas durante esta actividad.

- Viernes: funciones ejecutivas. Entendidas como actividades mentales complejas, necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento, para adaptarse al entorno de manera eficaz, y poder alcanzar las metas propuestas. Las funciones ejecutivas son entre otras, el razonamiento, la toma de decisiones, la flexibilidad mental, la planificación, la anticipación y la memoria de trabajo. Son necesarias para muchas de las actividades diarias, por lo que trabajar esta área es fundamental para la autonomía e independencia de la persona.
  - Organizar la casa: esta tarea es muy útil para el área de planificación, estructuración y organización, para secuenciar la información de manera eficiente. La actividad consiste en organizar las diferentes zonas u objetos de la casa. Se pueden ordenar cajones con distinta ropa, separar los utensilios de cocina según su uso, ordenar una colección de libros o limpiar la casa, entre otras. Hay distintas maneras de organizar una casa, y cada hogar puede adaptar sus características para una mayor eficiencia en la actividad.

Esta actividad utiliza distintas capacidades de las funciones ejecutivas, como la planificación, estructuración y flexibilidad mental. Además, también es necesaria la capacidad de concentración durante esta tarea.

- Hacer la lista de la compra: esta tarea consiste en dos pasos; primero revisar los alimentos que hay en casa, para después escribir la lista de alimentos que son necesarios, y hay que comprar. Hay diversas maneras de realizar esta actividad, desde listas de la compra sin restricciones y con la libertad de decisión por parte del paciente, hasta listas específicas de alimentos necesarios para una receta específica. En cualquier caso, será necesario un lápiz y un papel para escribir la lista completa. Al estar en situación de confinamiento, es posible incluso que se pueda hacer la compra por internet, y la actividad se vuelva más visual.

Esta actividad entrena sobre todo la capacidad de planificación, ya que obliga a la persona a generar una lista con los alimentos necesarios para esa receta. También es necesaria la organización y estructuración para realizar la lista de manera eficiente.

- Clasificar por grupos: la tarea de clasificación es muy fácil de realizar en casa, y se puede hacer de manera conceptual en un papel, o de manera práctica con diferentes objetos. Esta actividad consiste en clasificar en distintos grupos, dependiendo de la pertenencia de ese elemento. Por ejemplo, se pueden clasificar animales según si son acuáticos, terrestres, insectos, mamíferos o aves. Otro ejemplo sería clasificar objetos de casa, según si pertenecen a la cocina, el salón, el baño o el dormitorio. De manera práctica, se podrían clasificar los alimentos de casa, y repartirlos en cajas, según si son verduras, lácteos, carnes, frutas, o bien según su gusto, salado o dulce. Son muchas las ideas que pueden surgir acerca de cómo realizar esta actividad, por lo que la imaginación del ayudante es fundamental.

Esta actividad estimula principalmente la toma de decisiones, ya que hay que agrupar los distintos elementos según su pertenencia, y la planificación y organización, ya que hay que estructurar la información que se tiene y organizarla en grupos. Además, el razonamiento y la flexibilidad cognitiva permitirán obtener la

respuesta más adecuada a la actividad, y de este modo poder agrupar correctamente cada elemento.

- Dibujar y pintar: esta actividad permite desarrollar la imaginación de la persona y potenciar su creatividad, así como ejercitar la mente. Se pueden usar cuadernos de pintura o imprimir dibujos y mandalas para que el paciente pinte del modo que prefiera. Se pueden usar lápices de colores, crayones o pinceles para realizar el ejercicio de pintar. Hay personas a las que se les tendrá que decir de qué color y modo pintar el dibujo, ya que no serán capaces de hacerlo por si solos, mientras que otros preferirán hacerlo a su manera y potenciar su creatividad. La otra tarea consiste en dibujar. Hay diversas maneras de planificar esta actividad: se puede ofrecer un dibujo para que trate de copiarlo lo mejor que pueda, decirle exactamente lo que debe dibujar sin ofrecerle una copia visual, o permitirle dibujar aquello que prefiera, sin ponerle límites o restricciones.

Esta actividad repercute positivamente en distintas áreas y capacidades mentales. Principalmente estimula el razonamiento lógico y la capacidad de toma de decisiones. Además, también se refuerza la atención a los detalles, la concentración sostenida, la creatividad, la planificación y la fluidez mental.

- Coser: esta es otra de las actividades que se pueden realizar en el hogar de forma sencilla. Lo único que se necesita es hilo y aguja. Es una actividad que requiere la supervisión del familiar o cuidador, para que se realice de forma correcta, y no haya incidencias con la aguja. Se pueden realizar de un solo color y de manera más sencilla, sin un objetivo de diseño final, o se puede complicar la actividad y realizar de distintos colores y con algún objetivo de diseño. Las ideas de diseño pueden ser más sencillas, como bufandas o gorros, o más complicadas, como jerséis.

Esta actividad repercute positivamente en distintas capacidades de las funciones ejecutivas, principalmente en la motricidad fina y la capacidad de precisión, normalmente deterioradas por las praxias. Además, la atención, la concentración y la coordinación también son reforzadas mediante esta tarea.

- Sábado: estimulación sensorial. Las actividades de estimulación sensorial son aquellas que activan el cerebro y provienen del entorno. Son el primer

contacto que tenemos con el entorno, para que el cerebro procese esa información, y elabore respuestas y comportamientos basándose en ese primer contacto. Así pues, las actividades de estimulación sensorial refuerzan ese contacto del entorno con nuestros sentidos, y nos permiten activar las áreas cerebrales correspondientes. Se captan los estímulos del entorno, y se razona a partir de esa información. En estas actividades se refuerza principalmente la memoria, lo que muchas veces puede provocar que se conecte con las emociones más primarias. Por este motivo, son actividades que pueden mejorar muchas áreas básicas de la cognición, y reducir los síntomas neuropsiquiátricos, como la ansiedad y la depresión.

- Musicoterapia: esta actividad consiste en utilizar la música para estimular cambios positivos en el estado de ánimo y el bienestar general. Se le puede poner distintos tipos de música, aunque la más efectiva para realizar esta actividad es aquella que le provoque recuerdos sobre su vida. En este sentido, es interesante buscar música de su época, y preguntar cuáles son sus artistas favoritos. Para hacer la experiencia más completa, se pueden utilizar instrumentos que se tengan en casa, e incluso pedir a la persona que trate de cantar aquellas canciones que conozca y recuerde. Es importante tratar de motivar al enfermo y cantar con él las canciones para animarle a participar.

Esta actividad forma parte de la estimulación sensorial, ya que la música proviene del exterior, y conecta con nosotros a partir del sentido del oído. Esta tarea tiene la capacidad de avivar recuerdos. Genera conexiones neuronales entre recuerdos y emociones, retrasando el deterioro cognitivo. También mejora la concentración, y mediante el baile, la coordinación y la movilidad.

- Reconocimiento de texturas: esta actividad utiliza el tacto como principal sentido para realizarse. Su funcionamiento es el siguiente: se vendan los ojos de la persona que realizará la actividad, y se le van ofreciendo objetos que se tengan en casa, para que reconozca que tipo de objetos son, o que textura tienen. Hay diversas maneras de realizar esta actividad: la más compleja sería reconocer exactamente que objeto es el que está en las manos de la persona, y nombrarlo. Sin embargo, hay otras maneras de realizar esta actividad, como investigar el tipo de textura que tiene el objeto, o

diferenciar entre frío o calor, entre otras. Se puede adaptar a los objetos y texturas que se tengan en el hogar.

Esta tarea estimula el sentido del tacto, que está ligado a la emoción de la persona. Esta actividad permite conectar con el área emocional de la persona y frenar el deterioro mediante el contacto con esta área. Las emociones permiten trabajar la memoria episódica y autobiográfica. Además, también se trabaja la concentración y la semántica, al tener que nombrar dicho objeto.

- Identificación de olores y sabores: esta actividad se realiza mediante los sentidos del olfato y el gusto, que están estrechamente relacionados. Consiste en vendar los ojos al participante, e ir presentando distintos alimentos para que reconozca el sabor y lo nombre. Se puede realizar de manera más sencilla, nombrando solamente si el sabor es dulce, salado, amargo, ácido o umami, o de manera más compleja teniendo que adivinar el alimento en cuestión. Sin embargo, esta última se realiza solo en personas con deterioro leve. En cuanto a los olores, se pueden presentar diversos olores, tanto de alimentos como de otros objetos. La manera más sencilla de realizar este ejercicio es decir si el olor es más fuerte o menos, y relacionarlo con un ámbito concreto, como en el ámbito de los perfumes, los alimentos o algún otro ámbito. Para ayudar se le pueden ofrecer diversas opciones para que elija una.

Esta actividad utiliza los sentidos del olfato y el gusto y se utiliza para mantener las capacidades sensoriales, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. También se trabaja la concentración.

- Ver películas: esta actividad se realiza mediante el sentido de la vista y del oído. Se pueden visualizar distintas películas y de diversos ámbitos, aunque las más beneficiosas serían películas de comedia o drama, ya sean clásicos o películas de su época.

Mediante esta actividad pueden conectar con recuerdos y emociones. Estas películas les conectan con emociones básicas y les permiten desarrollar la estimulación sensorial. Además, también se entrena la atención y concentración.

- Domingo: el domingo es un día en el que se le puede dar valor como el día de descanso. Darles esa información sobre el domingo les puede conectar con la realidad y generarles ilusión. Por este motivo, se les puede decir que

elijan que actividades, de las realizadas anteriormente, quieren disfrutar durante este día, y ofrecerles dichas actividades. Puede ser considerado por ellos como un día especial, y que lo vivan con más ilusión y motivación. Además, aprovechando que es un día destinado al descanso, se pueden realizar distintos ejercicios de relajación, para que conecten con ellos mismos.

- Ejercicios de relajación: los ejercicios de relajación permiten a la persona conectar con ella misma, y tienen muchos beneficios en la salud. Se pueden realizar de distinto modo, aunque siempre con la colaboración del familiar o cuidador. Es aconsejable pedir al paciente que cierre los ojos y se concentre en la relajación. Una de las maneras en la que se puede realizar, es empezando con respiración profunda, y pidiéndole que visualice de forma mental distintas situaciones o eventos. Otra de las formas sería mediante música relajante, para que pueda concentrarse en la música y las emociones que le producen. En conclusión, son distintas las maneras en que se pueden realizar estos ejercicios de relajación, y cada persona lo puede adaptar a su manera.

	<b>Actividad matinal</b>	<b>Actividad de tarde</b>
<b>Lunes</b>	Atención y concentración: puzles	Memoria: terapia de reminiscencia
<b>Martes</b>	Funciones ejecutivas: coser	Semántica: lectura de libros, periódicos o revistas
<b>Miércoles</b>	Cálculo: sumas y restas	Estimulación sensorial: musicoterapia
<b>Jueves</b>	Funciones ejecutivas: hacer la lista de la compra	Memoria: visualizar fotografías antiguas
<b>Viernes</b>	Cálculo: problemas matemáticos	Atención y concentración: dominó y bingo
<b>Sábado</b>	Semántica: entrenar caligrafía	Estimulación sensorial: ver películas
<b>Domingo</b>	Ejercicios de relajación	Actividad a escoger por el paciente

Tabla 2. Ejemplo semanal de trabajo, semana 1.

	<b>Actividad matinal</b>	<b>Actividad de tarde</b>
<b>Lunes</b>	Atención y concentración: juegos de mesa	Memoria: cocinar recetas
<b>Martes</b>	Funciones ejecutivas: dibujar y pintar	Semántica: juego de las sílabas
<b>Miércoles</b>	Cálculo: sumas y restas	Estimulación sensorial: identificación de olores y sabores
<b>Jueves</b>	Funciones ejecutivas: organizar la casa	Memoria: refranes y cuentos populares
<b>Viernes</b>	Cálculo: contar objetos de casa	Atención y concentración: identificación de sonidos
<b>Sábado</b>	Semántica: acertijos y adivinanzas	Estimulación sensorial: reconocimiento de texturas
<b>Domingo</b>	Ejercicios de relajación	Actividad a escoger por el paciente

Tabla 3. Ejemplo semanal de trabajo, semana 2.

#### **4.4. Fase de intervención**

Durante mis prácticas en la fundación Uszheimer, centro de día especializado en todo tipo de demencias, tuve la oportunidad de realizar algunas de estas actividades a algunos de los pacientes del centro. Realicé sesiones con 3 grupos distintos de pacientes, un primer grupo de usuarios con deterioro cognitivo leve, un segundo grupo con deterioro cognitivo leve-moderado, y un tercer grupo con deterioro cognitivo moderado. Los resultados obtenidos de esta intervención fueron captados solo a nivel de observación.

A cada grupo se le aplicó 3 sesiones distintas de estimulación cognitiva, una de atención y concentración, una de estimulación sensorial y una de semántica o funciones ejecutivas. La actividad de atención se basó en puzles, adaptados al nivel de cada grupo, la de estimulación sensorial se basó en una actividad de discriminación auditiva, con sonidos comunes, y la tercera actividad fue distinta para cada grupo, siempre adaptada a su nivel. Las sesiones fueron muy satisfactorias para los usuarios del centro, que una vez finalizadas, manifestaron su satisfacción y su alegría al realizar actividades de distinta índole. Algunos se cansaron o no les gustó demasiado alguna actividad, por lo que, a la hora de organizar un futuro plan

de trabajo, se deberían cambiar por otras actividades más acordes a su gusto, que trabajen esas mismas áreas cognitivas.

No se pudo evaluar el programa de intervención en pacientes con deterioro cognitivo grave debido a la dificultad de realización, por lo que se recomienda no utilizar el programa en estos pacientes, y buscar alternativas más óptimas a sus necesidades.

#### **4.4.1. Grupo con deterioro cognitivo leve**

En el primer grupo formado de 5 pacientes con deterioro cognitivo leve, realicé una primera sesión de puzles de 30 piezas, con la solución ilustrada al lado. 4 de los 5 pacientes realizaron el puzle en un tiempo cercano a los 20 minutos, y comentaron disfrutar realizando la actividad. El paciente restante no quiso terminar la actividad por cansancio. Esta primera sesión trabajó la atención y concentración de los usuarios. La segunda sesión se basó en una actividad de funciones ejecutivas, en la que debían solucionar una serie de pruebas para descubrir la solución a un acertijo (Anexo I). 3 de los usuarios realizaron el ejercicio de forma correcta en un tiempo de 15 minutos. Los dos restantes realizaron de forma incorrecta el ejercicio, aunque cuando se les explicó el funcionamiento, pudieron resolverlo. Durante esta actividad, los usuarios comentaron su interés, al ser de gran dificultad y plantearles un reto. La tercera actividad trabajó la discriminación auditiva. Los pacientes debían relacionar el sonido emitido, con su emisor. Esta actividad se realizó en grupo, y los 5 pacientes pudieron ayudarse entre ellos para realizar correctamente la actividad. Al finalizar, todos comentaron su satisfacción con dicha actividad.

#### **4.4.2. Grupo con deterioro cognitivo leve-moderado**

En este segundo grupo, se escogieron 4 pacientes con deterioro cognitivo leve-moderado, y se modificaron algunas de las actividades realizadas al primer grupo. En la primera sesión, se trabajó la atención y concentración mediante puzles, aunque esta vez de 16 piezas. 2 de los usuarios realizaron los puzles de manera correcta en un lapso de 15 minutos, mientras que los 2 restantes necesitaron ayuda para terminar la actividad. Sin embargo, todos manifestaron su satisfacción con dicha actividad. La segunda actividad trabajó la semántica, y se basó en ejercicios de denominación de imágenes, y de acceso al léxico (Anexo II). 3 de los pacientes realizaron con dificultad la actividad, pero la hicieron correctamente, mientras que la persona restante tuvo mucha dificultad debido a su anomia. La tercera actividad estuvo también basada en la atención y estimulación sensorial, y fue una

modificación de la actividad de discriminación auditiva, con el añadido de que se les entregó una ficha con los objetos ilustrados, para facilitarles el ejercicio. Los 4 manifestaron su satisfacción al realizar la actividad, y la hicieron correctamente.

#### ***4.4.3. Grupo con deterioro cognitivo moderado***

Finalmente, este tercer grupo estuvo formado por tres pacientes, debido a la posible ayuda necesaria durante las actividades. La primera actividad volvió a ser sobre atención y concentración, mediante la realización de puzles de 8 piezas. Los 3 usuarios necesitaron ayuda para completar la actividad, aunque pudieron terminarla y en todo momento mostraron su alegría al realizarla. La segunda actividad trabajó la semántica y la memoria, y se basó en ejercicios de acceso al léxico y relación de significado (Anexo III). Los 3 usuarios realizaron la actividad de forma correcta, aunque algunos necesitaron ayuda en la lectura y comprensión del enunciado. Finalmente, la última actividad volvió a ser de discriminación auditiva, aunque de nuevo se modificó para adaptarse al nivel de deterioro, y se les entregó una ficha con objetos a pintar cuando oyeran el sonido emitido (Anexo IV). Es decir, debían pintar el objeto que emitía el sonido que oían. Tuvieron algunas dificultades de relación, pero con ayuda y repasando cada dibujo uno a uno, pudieron realizar correctamente la mayoría de objetos de la actividad, y comentaron estar muy entretenidos durante la misma.

## Conclusión

Durante la redacción y estudio de este trabajo, se ha podido corroborar el grave efecto cognitivo y psicológico que el confinamiento y sus consecuencias han producido sobre los pacientes con demencia. La mayoría de estudios comparativos han demostrado un avance significativo del deterioro cognitivo en los pacientes, respecto a años anteriores. El deterioro durante este periodo, ha avanzado a una velocidad superior a la esperada, causando además, la presencia de síntomas afectivos asociados, que han aparecido de forma más grave y numerosa en los pacientes con demencia. Esta situación ha obligado a los familiares a tener que cuidar de sus parientes con demencia, provocando en muchos casos, situaciones en las que no saben como actuar o proceder.

Los distintos estudios clínicos, la mayoría de ellos basados en los resultados de test especializados como el MEC, han mostrado que los pacientes con demencia han obtenido resultados más bajos después del periodo de confinamiento, que los que habían obtenido anteriormente. Aunque esta es una situación predecible, debido al carácter neurodegenerativo de la enfermedad, los resultados, y por ende el deterioro cognitivo, han avanzado a una velocidad superior a la que se había producido en los años anteriores, y a la que se hubiese producido durante una situación de no confinamiento. En resumen, el confinamiento, debido a la ruptura de la rutina de tratamiento de refuerzo cognitivo, ha acelerado el periodo de deterioro cognitivo propio de la enfermedad.

Además, el confinamiento no solo ha acelerado el deterioro cognitivo, sino que, en muchos pacientes, ha producido la aparición de síntomas neuropsiquiátricos o ha agravado su manifestación. La gran mayoría de los estudios han confirmado, tanto por una evaluación clínica, como por la experiencia directa de familiares y cuidadores, un incremento de los síntomas afectivos, que ha llegado a afectar a más de la mitad de los pacientes evaluados. En otros pacientes, han aparecido nuevos síntomas afectivos y psicológicos durante el periodo de confinación. Los que se han descrito con mayor porcentaje, han sido los de ansiedad, depresión, apatía, agitación e irritabilidad y agresividad. Sin embargo, se han descrito muchos otros, como alteraciones del sueño y el apetito, desinhibición, labilidad emocional, alucinaciones y delirios.

El principal problema ha sido que el periodo de confinamiento ha pausado uno de los tratamientos esenciales de la enfermedad, la estimulación cognitiva. La sociedad no estaba preparada para esta situación, y los centros de día y hospitales especializados tuvieron que cerrar para evitar los contagios. Sin embargo, al no

haber una alternativa, ni saber el tiempo que iba a durar el confinamiento, muchos pacientes dejaron durante meses el tratamiento. Las soluciones pues, llegaron tarde y en algunas ocasiones no fueron efectivas. Los centros de día y residencias han intentado proponer la estimulación cognitiva online, aunque han tenido que ir adaptándose gradualmente a las demandas de cada paciente.

Los problemas y la falta de prevención hacia esta situación de confinamiento, ha evolucionado a la creación de un gran número de propuestas de intervención y programas de estimulación cognitiva que puedan realizarse desde casa. En este trabajo, se ha propuesto un programa de intervención con recomendaciones generales y un programa semanal de actividades que pueden ser realizadas desde casa. En él, se ayuda a los familiares y cuidadores a entender la enfermedad de sus parientes, y saber cómo actuar en cada situación, adaptándose al nivel de deterioro que sufra. En el programa se dan pautas para realizar actividades de estimulación cognitiva, reforzando y entrenando distintas áreas afectadas por el trastorno, cómo la memoria, la semántica, el cálculo, la atención y concentración, las funciones ejecutivas y los sentidos, entre otras. Este programa de intervención se realiza con el único objetivo de prevenir otra situación parecida en la sociedad, que obligue a producirse un nuevo confinamiento o alguna situación que pueda ser parecida.

Este programa de intervención múltiple, ha sido probado a nivel reducido en 3 sesiones distintas, con 3 grupos distintos de deterioro cognitivo, en el centro de día de la fundación Uszheimer. Los resultados, captados a nivel observacional, captaron sensaciones muy positivas. La gran mayoría de los participantes pudieron completar todas las actividades de manera correcta, o con algo de ayuda. Además, una vez finalizadas las actividades, los usuarios manifestaron su satisfacción y comentaron haber estado muy entretenidos durante su realización. Esta intervención pudo demostrar que estas actividades pueden ser válidas en pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado, adaptadas al nivel de cada usuario, en una posible situación de confinamiento en la que necesiten realizar actividades de estimulación cognitiva en casa. Los pacientes con deterioro cognitivo moderado fueron los que tuvieron más dificultades al realizar las sesiones, lo que obligaría a modificar las actividades a su nivel de deterioro para que el programa de intervención pueda resultar útil para estos pacientes. Además, esto nos informa que este programa no sería útil en pacientes con deterioro cognitivo grave, por lo que sería necesario buscar otro programa más acorde a sus aptitudes.

## Bibliografía

Allegri, R., Arizaga, R., Bavec, C., Colli, L., Demey, I., Fernández, M., Frontera, S., Garau, M., Jiménez, J., Golimstok, A., Kremer, J., Labos, E., Mangone, C., Ollari, J., Rojas, G., Salmi, O., Ure, J. y Zuin, D. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120–137.

Ancinas, V. (2005). Estimulación cognitiva con enfermos de Alzheimer. *Envejecimiento, salud y dependencia*, 153–172.

Arango, J. y Lynn, H. (2002). Signos y síntomas comportamentales y psicológicos más comunes en la enfermedad de Alzheimer. *Suma psicológica*, 9(1), 35–53.

Barguilla, A., Fernández-Lebrero, A., Estragués-Gázquez, I., García-Escobar, G., Navalpotro-Gómez, I., Manero, R., Puente-Periz, V., Roquer, J. Y Puig-Pi Joan, A. (2020). Effects of COVID-19 Pandemic Confinement in Patients With Cognitive Impairment. *Frontiers in Neurology*, 11.

Barranco-Quintana, J., Allam, M., del Castillo, A. y Navajas, R. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, 40, 613–618.

Bermejo, F. y del Ser, T. (1993). Demencias conceptos actuales. Ferrer Internacional.

Borelli, W., Augustin, M., de Oliveira, P., Reggiani, L., Bandeira-de-Mello, R., Schumacher-Schuh, A., Chaves, M. y Castilhos, R. (2021). Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Dementia Associated with Increased Psychological Distress in Caregivers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease*, 80(4), 1705–1712.

Brown, E., Kumar, S., Rajji, T., Pollock, B. y Mulsant, B. (2020). Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 712–721.

Canales, J. y Medina, C. (2021). Atención de Terapia Ocupacional en Demencias durante el contexto de Pandemia COVID-19. Sistematización de experiencia desde el Centro Kelluwun, Hualpén. *ContextO*, 7, 75–100.

Canevelli, M., Valletta, M., Toccaceli-Blasi, M., Remoli, G., Sarti, G. y Nuti, F. (2020). Facing dementia during the COVID-19 outbreak. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68, 1673-1676.

Chen, Z., Liu, S., Gan, J., Ma, L., Du, X., Zhu, H., Han, J., Xu, J., Wu, H., Fei, M., Dou, Y., Yang, Y., Deng, P., Wang, X. y Ji, Y. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Lockdown on Mild Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease and Dementia with Lewy Bodies in China: A 1-Year Follow-Up Study. *Front Psychiatry*, 12.

Cohen, G., Russo, M., Campos, J. y Allegri, R. (2020). COVID-19 epidemic in Argentina: worsening of behavioral symptoms in elderly subjects with dementia living in the community. *Front Psychiatry*, 11.

Custodio, N., Castro-Suárez, S., Montesinos, R., Failoc-Rojas, V., Cruz del Castillo, R. y Herrera-Perez, E. (2021). Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Alzheimer's Disease During SARS-COV-2 Pandemic in Peru. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 36.

Donolo, D., Davicino, N., Muñoz, M. y Barrera, M. (2009). El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 6-11.

Lara, B., Carnes, A., Dakterzada, F., Benitez, I. y Piñol-Ripoll, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *European Journal of Neurology*, 27(9), 1744–1747.

Llibre, J., Gutiérrez, R. y Zayas, T. (2021). Cuidados de las personas con demencia durante la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(1).

Llibre, J. y Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 264-269.

Llibre, J. y Guerra, M. (1999). Enfermedad de Alzheimer: Situación actual y estrategias terapéuticas. *Revista Cubana de Medicina*, 38(2), 134-142.

Lopera, F. (2004). Enfermedad de Alzheimer. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 29–32.

Iodice, F., Cassano, V. y Rossini, P. (2021). Direct and indirect neurological, cognitive, and behavioral effects of COVID-19 on the healthy elderly, mild-cognitive-impairment, and Alzheimer's disease populations. *Neurological Sciences*, 42(2), 455–465.

Manini, A., Brambilla, M., Maggiore, L., Pomati, S. y Pantoni, L. (2021). The impact of lockdown during SARS-CoV-2 outbreak on behavioral and psychological symptoms of dementia. *Neurological Sciences*, 42, 825-833.

Merizalde K. (2015). Deterioro de las praxias en pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. *Revista Médica Vozandes* 26, 57 – 59.

Pérez, M.R., Gómez, J.J. y Dieguez, R.A. (2020). Características clínico epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2).

Peña-Casanova, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Fundación «la Caixa».

Peña-Casanova, J. (1999). Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Fundación «la Caixa».

Romano, M., Nissen, M., del Huerto, N. y Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 175.

Russo, M. J., Cohen, G., Campos, J. y Allegri, R. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? *Neurología Argentina*, 13(3), 159–169.

Sánchez-Gaviria, J., Forero, B., Espitia, A. y Montañés, P. (2020). El dibujo como método de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos y pacientes con trastorno neurocognitivo: Implementación por medios virtuales como respuesta al aislamiento por pandemia de COVID-19. *Semillero de Investigación en Neuropsicología*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia.  
<https://psyarxiv.com/48sek/>

Sánchez-García, M., Rodríguez-del Rey, T., Pérez-Sáez, E. y Gay-Puente, F. (2022). Síntomas neuropsiquiátricos en personas con demencia relacionados con el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. Revisión sistemática exploratoria. *Revista de Neurología*, 74, 83-92.

Saldaña, L. (2021). Estimulación cognitiva y sensorial a través de la cocina y la alimentación: propuesta de intervención psicopedagógica para personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer en fase leve. Universidad de Valladolid.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49582/TFMG1381.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Setó-Salvia N. y Clarimón J. (2010). Genética en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, 50, 360-364.

Tondo, G., Sarasso, B., Serra, P., Tesser, F. y Comi, C. (2021). The Impact of the COVID 19 Pandemic on the Cognition of People with Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4285.

Von Bernhardt M. (2005). Mecanismos neurobiológicos de la enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 123-132.

# Anexo I

## Ejercicio de funciones ejecutivas para grupo con deterioro cognitivo leve

### Prueba 1: carta del Inspector Fernando

Buenas tardes c4mpañeros,

Esta carta tiene que ser entregada al personal de la fundación Uszheimer, situada en Barcelona, en el barrio de Hort8, en relación a la denuncia del robo. Desafortunadamente, los 1adrones están espiando, y no puedo rebelarle información acerca de que ha sido robado. Como el código de inspectores nos obliga a no dar infor5ación acerca de los casos privados, me he asegurado de que solo ustedes puedan descifrar la informa3ión acerca de que ha sido robado, y de cómo pueden recuperarlo. Para ello he puesto una serie de p6stas que solo pueden ser resueltas por vosotros. Para empezar, deben descubrir que objeto es el que ha sido robado esta semana por los ladrones, y lo podrán descubrir fijándose en los números y ordenando sus letras. Veamos si son ustedes los verdaderos 7estinatarios de la carta o si son unos impostores. Buen2 suerte!

QUE HAN ROBADO LOS LADRONES?.....

---

### Prueba 2: acertijo de letras

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

SOL



SQZAZIZCNQDR

+1

LED

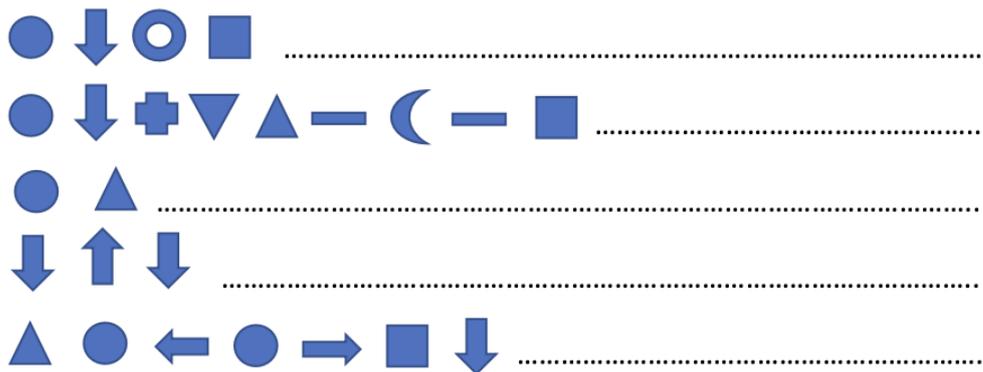
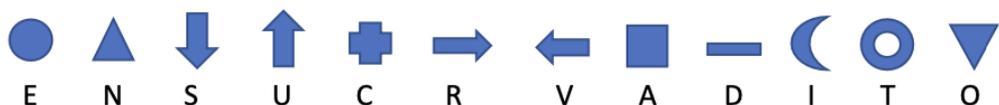


DFÑUSÑ

-1

QUIENES SON LOS LADRONES?.....

**Prueba 3: descubrir las formas**



DONDE ESTÁ ESCONDIDA?.....

**Prueba 4: abrir la cerradura**

Para abrir la cerradura tendrás que pintar estos números: 1, 2, 6, 8, 9, 11, 13, 17, 19, 21, 23, 25, 26, 32, 33, 37, 39, 40, 42, 47, 48, 54, 55, 59, 63, 65, 67, 68, 74, 76, 77, 80, 86, 90, 91, 96, 99.

82	3	31	18	60	92	81	43	46	72	66	52	14	89	46	45	75	69
36	8	17	21	44	30	64	77	86	76	1	3	85	64	55	6	37	48
7	22	79	99	36	93	58	54	41	14	25	56	22	50	26	56	10	70
10	78	33	49	73	93	79	13	4	71	9	57	84	95	19	29	53	15
5	65	16	60	7	51	16	2	32	80	76	45	12	66	74	96	39	70
52	98	42	4	94	95	75	20	62	27	47	28	49	38	43	62	44	40
20	35	12	91	34	29	24	41	78	53	63	57	61	98	87	69	29	90
81	90	67	83	27	50	61	5	97	51	59	38	28	15	23	68	11	88
32	95	89	41	82	31	88	97	35	85	87	72	60	56	82	61	57	83

CUÁL ES LA COMBINACIÓN?.....

### Prueba 5: sopa de letras

Estos son los alimentos que han sido robados:

CHOCOLATE  
SOPA  
PERA  
GARBANZOS

PESCADO  
MANZANA  
CANELONES  
TOMATE

BISTEC  
QUESO  
ATUN  
ENSALADA

A	R	C	H	O	C	O	L	A	T	E	S	E	R	I	L	L	A	P	P
G	F	H	G	G	C	A	A	R	T	O	V	A	R	A	T	U	N	U	A
L	S	U	U	V	F	C	H	B	I	M	H	O	R	T	A	F	U	N	C
T	O	R	S	G	H	A	M	I	I	A	A	T	O	E	U	X	O	A	A
O	S	A	S	J	O	C	A	N	O	N	T	X	Z	P	E	S	V	O	N
N	E	E	E	P	T	A	N	S	O	Z	O	A	S	E	X	Z	S	B	E
U	U	I	W	P	O	P	E	S	C	A	D	O	C	S	J	W	I	Q	L
Q	Q	E	U	H	M	G	A	F	H	N	G	A	R	V	E	Y	K	B	O
J	E	G	Q	E	I	A	Z	U	C	A	N	X	B	X	Q	O	I	O	N
K	W	E	O	R	R	M	A	S	L	O	B	Z	A	E	U	S	N	Y	E
P	V	S	N	I	T	Z	O	Z	B	K	G	P	J	A	T	A	E	D	S
E	M	Q	O	S	O	L	A	A	N	T	A	U	P	E	U	Z	P	W	U
E	L	U	N	D	A	D	S	B	J	P	R	U	C	B	Q	S	C	Z	A
A	L	E	X	E	B	L	A	Q	I	O	B	P	W	R	X	Z	E	O	D
Y	Y	R	E	N	S	O	A	Z	J	Y	A	U	E	C	Q	R	D	J	X
Z	S	I	F	F	U	P	O	D	W	S	N	Q	P	A	R	E	P	P	S
X	U	O	X	U	E	B	S	U	A	U	Z	O	W	P	L	O	M	J	I
Q	U	A	P	O	B	D	A	B	K	Y	O	P	Z	O	Y	I	O	Q	J
M	A	E	T	A	U	I	O	X	J	Q	S	A	T	O	M	A	T	E	B
O	R	I	L	U	Z	E	U	I	I	O	W	X	O	B	Q	W	O	U	X

## Anexo II

### Ejercicio de semántica para grupo con deterioro cognitivo moderado-leve

#### Lee la frase y elige la palabra adecuada:

1. Lugar donde van los niños a aprender:

Castillo	Tienda	Colegio
----------	--------	---------

2. Ciudad en la que se encuentra actualmente:

Madrid	Barcelona	Sevilla
--------	-----------	---------

3. Ensuciar algo:

Oler	Limpiar	Manchar
------	---------	---------

4. Lugar en el que se practica la natación:

Piscina	Jardín	Bañera
---------	--------	--------

5. Padre de mi padre:

Hermano	Tío	Abuelo	Sobrino
---------	-----	--------	---------

6. Medio de transporte que viaja en el agua:

Coche	Barco	Avión	Tren
-------	-------	-------	------

7. Cual de los siguientes es un país:

Madrid	Europa	Francia	Ciudad
--------	--------	---------	--------

8. Se utiliza para escribir:

Lápiz	Goma	Tijeras	Pastel
-------	------	---------	--------

Escribe palabras que empiecen con las siguientes letras:

BA	CA	LA

Escriba 5 palabras de cada categoría:

Ciudades	Partes del cuerpo	Nombres de mujer	Colores

Completa las siguientes palabras:



\_\_ JAS



CO \_\_



\_\_ \_\_ \_\_ LLA



\_\_ LE \_\_



\_\_ \_\_ \_\_ JA



\_\_ NE \_\_

## Anexo III

Ejercicio de semántica y memoria para grupo con deterioro cognitivo moderado

Escribe una palabra que empiece con cada letra del abecedario:

<b>A</b>	
<b>B</b>	
<b>C</b>	
<b>D</b>	
<b>E</b>	
<b>F</b>	
<b>G</b>	
<b>H</b>	
<b>I</b>	
<b>J</b>	
<b>K</b>	
<b>L</b>	
<b>M</b>	
<b>N</b>	
<b>Ñ</b>	
<b>O</b>	
<b>P</b>	
<b>Q</b>	
<b>R</b>	
<b>S</b>	
<b>T</b>	
<b>U</b>	
<b>V</b>	
<b>W</b>	
<b>X</b>	
<b>Y</b>	
<b>Z</b>	

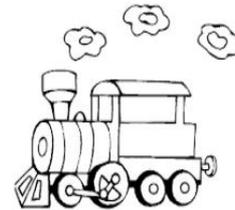
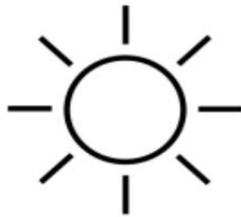
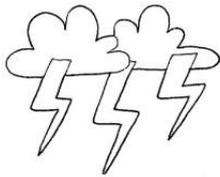
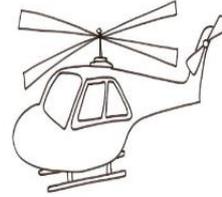
**Rodee con un círculo el tiempo que tarda en:**

<b>Lavarse los dientes:</b>	3 minutos	10 segundos	20 minutos
<b>En pasar un día</b>	10 horas	24 minutos	24 horas
<b>En pasar un mes</b>	30 días	24 horas	11 días
<b>Ponerse los zapatos</b>	1 día	2 minutos	2 horas
<b>En pasar una hora</b>	24 horas	30 minutos	60 minutos
<b>Dormir por la noche</b>	8 horas	15 minutos	3 días
<b>Cerrar los ojos</b>	1 segundo	10 minutos	30 minutos
<b>Poner una lavadora</b>	30 días	25 minutos	50 horas
<b>Freír un huevo</b>	5 minutos	2 horas	45 minutos
<b>En pasar un año</b>	365 días	300 horas	12 minutos
<b>Ducharse</b>	10 horas	8 minutos	7 días

## Anexo IV

### Ejercicio de discriminación auditiva y atención

#### Identificar sonidos



**Identificar sonidos (2)**

