Capítulo 15
El enfoque terapéutico integral de los pacientes con demencia

Ll. Tárraga Mestre

¿Tratamiento farmacológico frente a tratamiento no farmacológico?

En la actualidad los tratamientos farmacológicos de la enfermedad de Alzheimer, a pesar de la aparición de nuevas estrategias farmacológicas como la denominada vacuna o agentes neurotróficos, en fase de ensayo todavía, siguen siendo sintomáticos, paliativos sustitutivos, pero no etiológicos y, consecuentemente, curativos. Paralelamente se domina mejor la intervención de los síntomas no cognitivos y la morbilidad asociada a las demencias [1].

Por otra parte, las personas con enfermedad de Alzheimer presentan un variado abanico de alteraciones que se refieren no sólo al aspecto cognoscitivo, sino también al no cognoscitivo que se manifiestan como síntomas conductuales y de estado de ánimo. Sin duda, sería una estrategia equivocada el pretender la terapéutica exclusiva de unas alteraciones olvidando otros aspectos importantísimos como son la globalidad de la persona humana, su respuesta a las crisis o procesos de adecuación a los cambios derivados de las situaciones nuevas producidas por la propia enfermedad de Alzheimer.

Respecto a la dicotomía tratamiento farmacológico frente al no farmacológico, conviene recordar, como dice Varona [2], «dada la situación actual de "incurabilidad" de los síndromes demenciales primarios, así como su variada expresividad sintomatológica en la mayoría de los casos, será necesario utilizar ambos tratamientos conjuntamente, sea en un momento u otro de la enfermedad».

Ambos tratamientos comparten los mismos objetivos generales, es decir:

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar funciones perdidas o mantener las conservadas.
- Aumentar la calidad de vida.

Así pues, ambos tratamientos no son excluyentes; antes bien, la aplicación de las terapias blandas en el tratamiento de los trastornos cognitivos y de la conducta debe suponer la complementariedad del tratamiento farmacológico. Es decir, la mejoría clínica que aportan los nuevos fármacos, limitada en el tiempo y en la intensidad, ha de verse incrementada cuando el enfermo se encuentra en un medio protésico, activador y socializante, donde se administren dichas terapéuticas [3].

La comunidad científica y la opinión pública están hoy día más sensibilizadas para aceptar que la intervención sobre el tratamiento de la demencia es bastante más amplia que el mero tratamiento farmacológico. Así figura en las guías en demencias, fruto de las reuniones de trabajo y consenso de los miembros de las distintas sociedades científicas españolas que tratan este tipo de pacientes, en un intento de definir conceptos y orientar estrategias, las cuales desde el pasado año están apareciendo en España. Sirvan como ejemplo la publicada por el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología [4], o la más reciente de la Sociedad Española de Psiquiatría [5], o la publicación antes citada de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [3], o la Guía de Terapeutas Ocupacionales [6].

Desde hace unos años, en lugar de utilizar el término *no farmacológico*, que podría entenderse que excluye la intervención farmacológica, se viene utilizando la expresión de *terapias blandas,* con el sobreentendido de no agresivas.

El término terapia blanda se emplea como el conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona con enfermedad de Alzheimer u otra demencia afín con fines rehabilitadores de las capacidades cognitivas y modificadores de la conducta [7].

Los modelos psicosociales

Las terapias blandas responden a los tipos de intervención enmarcados en los modelos denominados psicosociales en el tratamiento de las personas con deterioro cognoscitivo y de la conducta. Los modelos psicosociales se han apartado de los modelos tradicionales meramente sanitarios, cuyo centro es la enfermedad y su objetivo principal es el de curar; o de aquellos otros basados en las consecuencias de la enfermedad centrados en el deterioro, la discapacidad o los hándicap derivados y que tienen como objetivo principal el de compensar el déficit o rehabilitar las funciones alteradas. Por el contrario, los modelos psicosociales se hallan especialmente orientados a las emociones (fig. 1).

Los modelos psicosociales pasan de la funcionalidad del pensamiento de la persona con demencia a valorar sus experiencias subjetivas y el modo individual de afrontar las consecuencias de la enfermedad. Por tanto, entenderemos como atención psicosocial el apoyo a los problemas mentales, afectivos y de la conducta que ocurren durante el proceso de adaptación a las consecuencias de la demencia [9].

Los modelos psicosociales tienen una serie de características comunes que facilitan su agrupación, si bien se diferencian en otras que les dan su peculiaridad. Se pueden resumir de entre las características comunes a todos ellos:

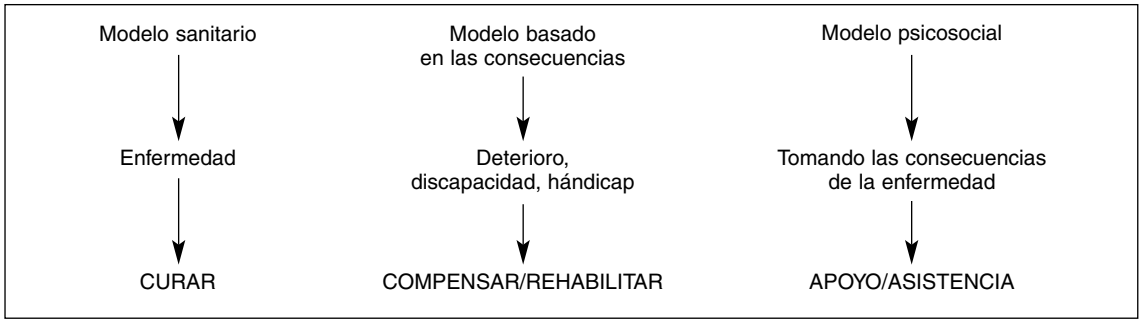

Figura 1 Diferentes perspectivas en el tratamiento de las personas con demencia. (Tomado de Finnema E, y cols., 2000).

- El tener un enfoque individual de las estrategias terapéuticas, esto es, dirigido a cada una de las personas.
- El poner especial énfasis en la validación del enfermo, atendiendo y potenciando su autoestima, maximizando sus capacidades residuales y minimizando los déficit.
- El enfoque multidimensional de los problemas conductuales, como síntomas que pueden ser expresados emocional o somáticamente, o como resultado de factores externos ambientales o internos del paciente [10].

Este enfoque global tiene en cuenta las necesidades de la persona con demencia y sus emociones sin olvidar las capacidades cognoscitivas y funcionales residuales, lo que favorece una intervención más adecuada a conseguir su bienestar [11].

Las enfermedades invalidantes, y la enfermedad de Alzheimer es un claro ejemplo de ellas, conllevan un balanceo entre la independencia del sujeto y la dependencia de su cuidador, de modo que al disminuir su independencia se acentúa la figura y necesidad del cuidador. Es por ello que éste y sus estados de salud física y ánimo son tan importantes, tanto en cuanto mayor sea la dependencia del enfermo, y por eso el cuidador deberá ser incorporado en cualquier intervención terapéutica global.

La *American Psychiatric Association* [12] ha hecho de las intervenciones psicoterapéuticas acerca de los enfermos de Alzheimer y otras demencias afines los siguientes cuatro grandes grupos:

1. Terapias de aproximación emocional (como las de validación, reminiscencia o de simulación de presencia).
2. Terapias de aproximación conductual (como las de modificación de conducta).
3. Terapias de aproximación cognitiva (como la terapia de orientación en la realidad o la de psicoestimulación cognitiva).
4. Terapias de aproximación a la estimulación (como las terapias de actividades, de actividades recreativas y de ocio, arteterapia, musicoterapia, etc.).

De entre los diferentes enfoque psicosociales destacan los siguientes:

- Modelo de los estadios evolutivos de Erikson [13].
- Modelo de la pérdida progresiva del umbral de estrés *Progressively Lowered Stress Threshold Model* (PLST) de Hall y Buckwalter [14].
- Marco dialéctico *Dialectical Framework* de Kitwood [15].
- Teoría de la fijación *Attachment Theory* de Miesen [16].
- Esquema de las limitaciones *Scheme of Limitations* de Souren y Franssen [17].

La persona tiene una tendencia natural hacia la búsqueda permanente de la homeostasis [12]. La validación posibilita una atención más específica y permite el alivio a las personas desorientadas al validar sus sentimientos [18]. Es común a múltiples enfermos de Alzheimer el que tengan una baja autoestima. No se va a analizar aquí las diversas causas que originan la disminución de la autoestima, pero es evidente que la facilitación de tareas adecuadas a sus capacidades residuales y el permanente aplauso ante los pequeños éxitos conseguidos mejoran su estado anímico, a la vez que le animan a proseguir la realización de nuevas tareas o de aceptar y participar en las actividades propuestas. Asimismo, un estado anímico elevado facilita momentos de felicidad ante pequeños sucesos y ahuyenta la tristeza y el mal humor.

A medida que progresa el deterioro en los procesos degenerativos disminuye la tolerancia diaria que tiene el enfermo al estrés. A menudo la persona con demencia sufre demandas superiores a su capacidad funcional, lo que aumenta su estrés y favorece la aparición de conductas no deseadas o catastróficas [13] . Es por ello tan importante el que se conozca el estado cognitivo funcional del enfermo mediante una amplia exploración neuropsicológica, y, por ende, la capacidad residual para la elección de las tareas que se le propongan y evitar, de este modo, enfrentarlo a aquellas situaciones estresantes y provocar respuestas no deseadas.

Existe una interacción permanente entre los trastornos neurológicos (situación) y los procesos sociopatológicos (factor causante) como causa de la demencia. La sintomatología del síndrome demencia, sin ignorar el paradigma biomédico, es el resultado de la interacción de varios factores (personalidad, historia, daños neurológicos, salud física y entorno neuropsicológico). Nuestra intervención ante los tres primeros factores es muy difícil, por no decir imposible; sin embargo, sí que podemos actuar ante su salud física, la psicología social y el modo de cuidado que se le ofrece, pudiendo y debiendo llegar a ejercer una intervención positiva e influenciar en estos aspectos de la persona. A mayor degeneración neurológica, menor estabilidad interior y las influencias negativas del entorno se acentúan, por lo que el ofrecer un entorno estable y afectivo ayuda a mantener un nivel psicológico más alto [14].

Todas las conductas se fundamentan en la proximidad de otra figura a quien apegarse, a la que, a su vez, genera una conducta atencional. La persona con demencia se obstina con la idea de que sus padres siguen vivos, ya como expresión de la necesidad de seguridad, ya como respuesta a su ansiedad ante algo extraño y estresante [15].

El sujeto intenta restablecer el equilibrio: los cambios conllevan una disrupción del equilibrio, para restablecerlo se precisa aceptar la nueva situación. Aprender a asimilar la dependen-

cia que causa la demencia, conservando su autoimagen positiva, preparándose para un futuro incierto, será una tarea de adaptación emocional; el aprender a desarrollar y mantener relaciones adecuadas con el equipo cuidador será una tarea de adaptación social necesaria para la asimilación del entorno en los centros de día o residencias.

El objetivo principal del modelo psicosocial propuesto por Souren y Franssen, que sigue el esquema descrito por Reisberg en 1988 [19], es que la persona permanezca activa durante el mayor tiempo posible. Los cuidadores juegan un papel muy importante en el proceso de adaptación del enfermo hacia las pérdidas funcionales que experimenta, ofreciéndole contacto, empatía y afecto. Este modelo posibilita la evaluación de las funciones residuales, de aquellas otras en las que precisa ayuda y de las actividades perdidas para, con todo ello, ajustar la elaboración del plan de cuidados personalizados a cada uno de los sujetos [16].

El Programa de Psicoestimulación Integral

Basado en los estudios relativos a esta área de conocimiento, M. Boada y L. Tárraga diseñaron, en 1990, el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Los autores aportan su experiencia clínica e investigadora en las áreas de la neurogeriatría y psicogeriatría, enmarcando la actitud terapeútica del PPI dentro del concepto antropológico de salud y enfermedad.

El PPI se define como una estrategia terapéutica fundamentada en la presencia de la neuroplasticidad neuronal y basada en la neuropsicología cognoscitiva, en la terapia de modificación de conducta y en el estado biopsicosocial del individuo, con el fin de mejorar y/o enlentecer el proceso clinicoevolutivo a corto y medio plazo [11].

En el *Alzheimer Centre Educacional*, centro de día terapéutico situado en Barcelona, desde hace más de una década se viene desarrollando el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), creado por la neuróloga Mercè Boada y el autor del presente artículo en 1991. Esta forma de intervención psicosocial se encuadra en el modelo de la involución cognitiva [11], recientemente llamada retrogénesis [20]. La involución cognitiva seguiría, pues, el camino inverso a la formación de la inteligencia descrita por Piaget [21, 22] y que es explicada posteriormente por Reisberg [23, 24] y otros autores para describir las etapas evolutivas de la enfermedad [11, 25-27].

El rendimiento de las personas, y por ende de los ancianos, en muchas áreas de su vida es inferior a su nivel de competencia; raramente se rinde al límite de su capacidad porque su situación no requiere el máximo funcionamiento y parecen tener una capacidad cognitiva de reserva [28] que puede activarse mediante el aprendizaje, el ejercicio o el entrenamiento. La teoría de la reserva cerebral permite explicar el hecho del hallazgo clinicopatológico de que existen individuos que no están clínicamente demenciados y que, sin embargo, cumplen criterios para el diagnóstico neuropatológico de enfermedad de Alzheimer [29]. Se postula que estas personas presentan una reserva cerebral, bien causada por un mayor número de neuronas o de la densidad de sus interconexiones en la juventud, bien por la disposición de estrategias cognitivas para la resolución de problemas o bien por la cantidad de tejido cerebral funcional que mantiene la persona [30]. Diversos autores afirman que esta reserva cerebral reduce la expresión clínica de la enfermedad de

Alzheimer, y fundamenta el hecho de que se pueda incidir en ella por diversos medios mediante la educación, la prevención de trastornos cerebrovasculares o la estimulación cognitiva. Así, personas con un nivel educativo alto podrían presentar un deterioro cognitivo importante sin presentar una demencia clínicamente objetivable [31].

Tres procesos parecen contribuir a la recuperación en la rehabilitación neuropsicológica:

a) La restitución del sustrato lesionado a través de la resolución de ciertos procesos patológicos producidos por la lesión.
b) La simplificación del entorno del paciente.
c) El reaprendizaje, usando los sistemas que permanecen funcionales [32].

Las técnicas empleadas son muy variadas y van de la estimulación cognoscitiva [33] a la cinesiterapia, musicoterapia y relajación, de las actividades ocupacionales al mantenimiento de las AVD, haciendo uso parcial de diversas terapias como la de la validación, la de remotivación o la de reminiscencia, facilitando la resocialización y participación del enfermo en las tareas grupales, respetando su decisión final. El conjunto de estrategias e intervenciones, tanto los dirigidos al enfermo como al cuidador principal, es el que define su carácter global, habiendo sido estudiados y comunicados sus resultados en diversos artículos antes citados.

El PPI pivota sobre diversos tipos de talleres en los que se prima una determinada área sobre las restantes. Así, en el taller de psicoestimulación cognitiva prevalecerán las actividades focalizadas en el ejercicio de las funciones cognoscitivas, como memoria, lenguaje, orientación, praxias, reconocimiento, razonamiento y cálculo. En el taller de psicoexpresión se focaliza la orientación en la persona y en el espacio, la coordinación motora, el ejercicio físico controlado, la expresión corporal y la relajación. En el taller ocupacional se favorece el entretenimiento mediante la participación en juegos de salón, tareas ocupacionales a su elección y actividades creativas.

La adecuación de las actividades al estado anímico y cognitivo del enfermo de Alzheimer y, por tanto, la agrupación de éstos según su estadio evolutivo son aspectos importantes a ser tenidos en cuenta en cualquier tipo de intervención orientada a estas personas.

El mantenimiento de las actividades, tanto instrumentales como básicas, de la vida diaria está siempre presente en los programas individualizados de intervención. El ejercicio y la administración de estímulos y consignas adecuados por parte de los educadores favorecen su conservación y, por ende, preservarán su autonomía durante más tiempo.

El Programa de Psicoestimulación Integral puede ser aplicado indistintamente en los hospitales psicogeriátricos, centros de día, en las unidades de larga estancia o en las residencias, siempre que dispongan de unidades específicas y personal especialmente entrenado para el tratamiento de las personas con demencia.

Por no ser éste el lugar adecuado para la exposición de los resultados del PPI, y habiendo sido ampliamente descritos en diversas publicaciones, se puede resumir que:

Los resultados de la aplicación del PPI en las personas con demencia, especialmente con enfermedad de Alzheimer, hacen evidentes los beneficios derivados de su práctica. El PPI es una

estrategia terapéutica que mantiene prácticamente estable durante un año la evolución clínica del deterioro y las actividades de la vida diaria. A medio plazo, seis meses, obtiene mejoras estadísticamente significativas en los distintos grupos de demencia analizados, incluyendo los pacientes con demencia tipo Alzheimer. A largo plazo, un año, todos los grupos mantienen mejoras con respecto a la evaluación basal, si bien el comportamiento de cada grupo es distinto: los sujetos con demencia de tipo subcortical mejoran más que los de demencia vascular, y éstos más que los que tienen enfermedad de Alzheimer. Las personas que sufren enfermedad de Alzheimer presentan, en los aspectos cognoscitivos, una mejoría creciente durante los seis primeros meses para ir disminuyendo progresivamente hasta anularse, al año, la mejora conseguida. La diferencia entre la puntuación obtenida y la que le hubiera correspondido sin ningún tratamiento sería estadísticamente significativa. Lo que permite afirmar que el PPI anula durante el primer año el déficit cognoscitivo producido por la evolución clínica natural de la enfermedad de Alzheimer [1, 7, 11].

Conclusiones

La sociedad española, en general, y la comunidad científica, particularmente, están más sensibilizadas ante la problemática asociada a las demencias. Se han producido importantes avances en la terapéutica tanto farmacológica como no farmacológica de la enfermedad de Alzheimer, pasando de una actitud nihilista a la posibilidad de incidir en el curso natural de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de las personas afectas y de su entorno familiar y social. Se ha pasado del aislamiento y la vergüenza a una sensibilización, una humanización, a una visión cada vez más holística del paciente con demencia, proponiéndose, por tanto, intervenciones multifactoriales que actúen en cada uno de los elementos de la constelación etiopatogénica con el fin de mejorar y enlentecer el proceso degenerativo a corto y medio plazo.

Las diferentes técnicas de psicoestimulación, dirigidas a estimular las capacidades funcionales residuales de personas que padecen degeneración cognitiva o un déficit cognitivo grave, han estado dispersas y no siempre bien diferenciadas en la abundante literatura existente. Una búsqueda sistemática y diferenciada en las bases de datos de Cochrane Library, EMBASE y MEDLINE permite concluir que los diversos artículos publicados sobre psicoterapia basada en técnicas de psicoestimulación en personas con demencia, intervenciones a nivel cognitivo (terapia de reminiscencia, entrenamiento cognitivo, terapias de orientación a la realidad, técnicas de entrenamiento mnésico), intervenciones de psicoestimulación sobre los síntomas conductuales, terapia ocupacional, musicoterapia, entrenamiento de actividades de la vida diaria y otras técnicas multimodales de intervención, no siempre se hacen con pacientes diagnosticados de algún tipo de déficit cognitivo, sino pacientes geriátricos utilizando como criterio de inclusión la edad.

A fin de poder valorar el efecto de las diversas intervenciones de psicoestimulación, es importante, pues, diferenciar claramente los grupos de pacientes (según el diagnóstico) con los que mejores resultados se obtienen y determinar qué técnicas son las más adecuadas, dependiendo de los grupos de edad, sexo, gravedad de la enfermedad. Se han de realizar estudios de la meto-

dología más precisa sobre diferentes subgrupos de pacientes, con ensayos clínicos aleatorios y controlados que permitan obviar las carencias de estudios anteriores.

Si bien se asiste, en estos diez años últimos, a una mejoría general tanto en la cantidad de servicios y recursos asistenciales específicos como en su calidad, medios y preparación de sus profesionales, dichos recursos son insuficientes. Se requiere aumentar las dotaciones y el esfuerzo inversor ya de los gobiernos ya de las instituciones privadas, dotaciones destinadas también a la investigación y desarrollo de estrategias y materiales ecológicos que faciliten las tareas rehabilitadoras para las personas con la enfermedad de Alzheimer.

Bibliografía

1. Tárraga L: El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35(S2):51-64.
2. Varona MA: Tratamientos no farmacológicos. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: *Demencia y geriatría*. Barcelona: Glosa, 2000; 57-71.
3. Boada M, Tárraga L: El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica* 1998; 1(1):82-106.
4. Barquero MS, Marcos A, Tárraga L (cols.): Unidades de día para pacientes con demencia. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, Sociedad Española de Neurología: *Guía en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. Masson, 2000; 213-227.
5. Sociedad Española de Psiquiatría: *Consenso español sobre demencias*. Madrid: Ed. Drug Farma SL, 2000; 93-163.
6. Terapia ocupacional en geriatría. En: Carbonell A: *Geriatría. Monografías de geriatría y gerontología*, vol. II, 2000; 3.
7. Tárraga L: Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; 27(1):s51-s62.
8. Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W: A review of psichosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2000; 14(2):68-80.
9. Dröes RM: Psychomotor group therapy for demented patients in the nursing home. En: Miesen BML, Jones GMM (eds.): *Care-giving in dementia, research and applications*, vol. 2. Londres/Nueva York: Routledge, 1997b; 95-118.
10. Taft LB, Fazio S, Seman D, Stansell J: A psychosocial model of dementia care: theoretical and empirical support. *Arch Psychiatr Nurs* 1997; XI:13-20.
11. Tárraga L: Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine* 1994; núm. extraordinario:44-53.
12. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patiens with Alzheimer's Disease and other dementias of late life. *Am J Psychiat* 1997; 154(5):1-39.
13. Erikson EH: *Childhood and society*. Londres: Imago Publishing Co. Ltd., 1963.
14. Hall GR, Buckwalter KC: Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs* 1987; 1:399-406.

15. Kitwood T: A dialectical framework for dementia. En: Woods RT (ed.): *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* Chichester (Inglaterra): John Wiley & Sons Ltd., 1996; 267-282.

16. Miesen BML: Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8:147-153.

17. Souren LEM, Franssen EH: Verbroken verbindingen: de ziete van Alzheimer deel lontstaan en verloop. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1993.

18. Feil N: Validation: an empathic approach to the care of dementia. *Clinical Gerontologist* 1989; 8:89-94.

19. Reisberg B, Franssen EH, Borenstein J, Ferris SH: Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:653-659.

20. Reisberg B, Kenowsky S, Franssen EH, Auer SR, Souren LEM: Towards a science of Alzheimer's disease management: a model based upon current knowledge of retrogenesis. *International Psychogeriatrics* 1999; 11 (1): 7-23.

21. Piaget J: *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix Barral, 1967

22. Piaget J, Inhelder B: *Psicología del niño*. Madrid: Morata, 1975.

23. Reisberg B: Dementia: A systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* 1986; 41(4): 30-46.

24. Reisberg B, Ferris SH, Kluger A, y cols.: Symptomatic changes in CNS aging and dementia of the Alzheimer type: Cross-sectional, temporal, and remediable concomitants. En: Bergener M, Reisberg B (eds.): *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia.* Berlín/Heidelberg: Springer-Verlag, 1989; 193-223.

25. Thornbury JM: The use of Piaget's theory in Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer Care and Related Disorders & Research* 1993; 7/8:16-21.

26. Matteson MA, Linton AD, Barnes S, Cleary BL, Lichtenstein MJ: The relationship between Piaget and cognitive levels in persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Aging Clin Exp Res* 1996; 8: 61-69.

27. Videoconferencia: *Alzheimer, un reto para la sociedad*. Ed. Fundación La Caixa, 1997; 45-53.

28. Baltes PB, Baltes MM: Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM (eds.): *Successful aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993; 1-34.

29. Snowdon DA: Aging and Alzheimer's disease: Lessons from the nun study. *The Gerontologist* 1997; 37(2): 150-156.

30. Mortimer JA: Brain reserve and the clinical expression of Alzheimer's disease. *Geriatrics* 1997; 52(supl. 2): S50-S53.

31. Jorm AF, Rodgers B, Henderson AS, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Mackinnon A: Occupation type as a predictor of cognitive decline and dementia in old age. *Age and Ageing* 1998; 27:477-483.

32. Barroso J: Recuperación de funciones. En: Junqué C, Barroso, J: *Neuropsicología.* Madrid: Síntesis, 1994; 453-495.

33. Tárraga L, Boada M, Morera A, Domènech S, Llorente A: *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones, 1999.