

Aplicación de niveles asistenciales de rehabilitación psicofuncional en un centro de día para personas dependientes

J. RICARDO SALOM, C. ARIÑO, P. SAIS, C. LORENTE y P. MURCIANO

Geriser Centros de Día. Valencia.

Reumen.—El objetivo de este estudio es un ensayo para la aplicación de actividades integradoras mediante un programa psicofuncional en el que están integradas las actividades propias de la rehabilitación física y de la estimulación cognitiva. De esta manera los diferentes profesionales del centro de día se coordinan entre sí mediante un programa de atención personalizado, asumiendo las cargas asistenciales y facilitando a las familias el apoyo y el asesoramiento adecuados.

En Geriser Centros de Día se aplica al ingreso de los pacientes un protocolo de valoración psicofuncional que nos definirá los cinco niveles asistenciales en función del deterioro físico y/o cognitivo que presenten.

Es importante destacar la puesta en marcha de estos programas que ayudan a mantener la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores y nos invite a profundizar en el diseño de nuestros centros, basados en una orientación terapéutica para nuestros clientes y protésica para sus familiares.

Palabras clave: *Rehabilitación psicofuncional. Centro de día. Nivel asistencial. Plan de atención personalizado (PAP-G).*

APPLICATION OF HEALTH CARE LEVELS OF PSYCHOFUNCTIONAL REHABILITATION IN A DAY CENTER FOR DEPENDENT PERSONS

Summary.—The objective of this study is a trial for the application of integrating activities by a psycho-functional program in which physical rehabilitation and cognitive stimulation activities are integrated. In this way, the different day center professionals coordinate among themselves, using a personalized care program, assuming the health care loads and facilitating support and adequate advice to the families.

In the Geriser Day Centers, a psycho-functional assessment protocol is applied to the patients on admission that will define the five health care levels based on the physical and/or cognitive deterioration that they present.

It is important to stress the establishment of these programs that help to maintain the patient's and caretaker's quality of life and encourages us to go deeper into the design of

our centers, based on a therapeutic orientation for our customers and prosthetic orientation for their families.

Key words: *Psychofunctional rehabilitation. Day center. Health care level. Personalized care plan (PCP-G).*

INTRODUCCIÓN

La independencia psicofuncional fue el primer objetivo que nos planteamos tras las III Jornadas Científicas Hispano-Francesas celebradas en Valencia en noviembre de 1991. Un enfoque moderno debería utilizar los conceptos de asistencia integral y continuidad de servicios, por lo que creamos un centro de día en 1994 (en la actualidad Geriser consta de tres centros de día con un total de 220 plazas) para conseguir un nivel de cuidados medible que corresponda a las necesidades y valores de los partícipes, cuidadores y la comunidad, como bien dijo David Lindeman, pionero en la creación de los centros de día¹ (figs. 1 y 2).

Proporcionar cuidados médicos de buena calidad para las personas dependientes requiere una serie especial de conocimientos, habilidades clínicas y una actividad positiva.

METODOLOGÍA

Clasificación en niveles asistenciales psicofuncionales Geriser

Tras el ingreso, durante la primera semana, el equipo interdisciplinar procede a cumplimentar los datos de la historia clínica del paciente a partir de sus datos personales, familiares, estado de salud (atención primaria y especializada) y los resultados de la valoración integral. Es pieza fundamental la valoración psicofuncional ya que será la base para la elaboración del plan de atención personalizado Geriser (PAP-G)².

Fig. 1.—“Buenos días”: primera actividad del día. Recepción y técnicas de revitalización.

Fig. 2.—Integración de aparatos de rehabilitación en el centro. Facilitando ambientes.

La finalidad del PAP-G es establecer con carácter individual el conjunto de programas de intervención que deberán desarrollar las diferentes unidades del centro para atender las necesidades de cuidados clínicos y rehabilitadores que permitan el logro de los objetivos de mantenimiento, terapéuticos o rehabilitadores establecidos.

Valoración psicofuncional

En la valoración psicofuncional se realiza una completa anamnesis del paciente con todos sus antecedentes medicoquirúrgicos, etc. Posteriormente se realiza una valoración del estado cognitivo del paciente, para lo cual es de gran ayuda la utilización de una serie de escalas e índices.

Para poder prevenir las complicaciones tendremos siempre en cuenta los grandes síndromes geriátricos (estreñimiento, incontinencia, demencia, deshidratación, depresión, caídas, malnutrición, úlceras por presión y alteraciones del sueño).

Esta valoración consta de los siguientes apartados:

Exploración clínica³⁻⁵: antecedentes médicos y quirúrgicos; diagnóstico(s) actual(es); tratamientos far-

macológicos en curso; alergias/reacciones adversas a medicamentos; vacunas; exploración clínica; valoración nutricional, y síndromes geriátricos.

Neuropsicológica. La valoración neuropsicológica identifica, describe y cuantifica los déficit cognitivos y las alteraciones conductuales que se derivan de las distintas lesiones neuronales. Asimismo, detecta las lesiones difusas o múltiples (permite un diagnóstico compatible con la exploración neurológica por la imagen).

Los tests que se aplican para establecer el nivel asistencial son el Mini-Mental State Examination (MMSE) (de Lobo)⁶ y el ADAS-NO COG⁷. Para completar la valoración y elaborar el PAP-G, se aplica una batería de tests neuropsicológicos seleccionados en función de la enfermedad y la sintomatología del paciente, entre otros se utilizan: memoria verbal de fijación-retención de Rey, Memoria Lógica (WMS), Test del Dibujo del Reloj, gnosia visual compleja (Poppelratuer), praxia ideomotora (órdenes), etc.

Funcional³. La valoración funcional consta de:

- Antecedentes clinicofuncionales.
- Exploración funcional en la que se incide especialmente en las capacidades y limitaciones funcionales del paciente, en la postura, dificultades de la marcha y transferencias, así como necesidad de ayudas técnicas para las mismas, rigideces y limitaciones funcionales articulares, déficit musculares, amputaciones, etc.
- Medición a través de escalas de valoración funcional.

Grado de dependencia de enfermería. Se aplican los tests de Barthel⁸ (para las actividades de la vida diaria [AVD]) y Lawton (para las AVD instrumentales). Se establece en colaboración con la unidad médica las pautas de detección y seguimiento de los síndromes geriátricos.

Niveles asistenciales psicofuncionales de Geriser Centros de Día

Con todos estos datos, y en función del nivel de deterioro físico y cognitivo, se han establecido cinco niveles asistenciales con el fin de estructurar los programas de intervención y los planes de actividades.

Generalmente, la duración de cada programa de intervención es de 3 meses, finalizados los cuales se evalúan resultados. No obstante, en función de los objetivos y de las características del paciente se establecen períodos adecuados de evaluación, que pueden ser inferiores o superiores a los 3 meses y siempre ante cambios significativos en la evolución. Tras la evaluación, si los objetivos establecidos se alcanzan, continúa en el mismo nivel asistencial manteniendo el tratamiento; en caso

contrario, se procede a un replanteamiento de su nivel asistencial lo que conlleva un nuevo PAP-G (tabla I).

Nivel I. Pacientes que no tienen deterioro cognitivo y sí tienen un deterioro físico leve, moderado o grave.

Son aquellos pacientes que presentan unos índices de Barthel de 25/100 a 100/100, y un MMSE superior a 28/35.

Desde el punto de vista cognitivo se les incluiría básicamente en programas de entrenamiento de la memoria.

Todos ellos serían subsidiarios de ser incluidos en programas de actividades plásticas, ya que favorecen la actividad psicomotora, la actividad en equipo y la socialización, además de estimular el pensamiento abstracto, la imaginación y la creatividad.

Para el tratamiento funcional, según los valores del índice de Barthel, pueden clasificarse en:

– *Deterioro físico leve.* Barthel con valores entre 75 y 100. Se incluyen en programas de rehabilitación preventiva y de revitalización.

– *Deterioro físico moderado.* Barthel comprendido entre 50 y 75. Se realizan programas de rehabilitación terapéutica.

– *Deterioro físico elevado.* Barthel entre 25 y 50. Son pacientes con una alta demanda de cuidados de enfermería, y en ellos la rehabilitación estaría dirigida al mantenimiento de las capacidades funcionales residuales.

Nivel II. Pacientes sin deterioro físico y con un deterioro cognitivo leve. Son pacientes que presentan unos valores del índice de Barthel superiores a 75 puntos, pero con unos valores del MMSE comprendidos entre 21 y 27.

En estos pacientes el programa de rehabilitación psicofuncional tiene un predominio de estimulación cognitiva, siendo la rehabilitación funcional de carácter preventivo.

En determinados casos puede ser necesario establecer un plan de actuación ante alteraciones conductuales, buscando una posible relación causa-efecto, con el fin de tratar de identificar el origen de dicha alteración y poder intervenir.

Nivel III. Pacientes con deterioro físico y con un deterioro cognitivo leve.

Presentan unos valores del índice de Barthel comprendidos entre 50 y 75, y del MMSE de 21 a 27.

Se actuaría sobre ellos mediante programas de estimulación cognitiva y de actividades plásticas, planes de actuación ante alteraciones conductuales si fuese necesario, y desde el punto de vista funcional, con programas de rehabilitación preventiva y de revitalización o bien terapéutica en función del grado de deterioro físico del paciente.

TABLA I. Niveles asistenciales

Nivel I.	Pacientes sin deterioro cognitivo y deterioro físico de leve-moderado (MMSE 28/35, Barthel 25/100 a 100/100) Deterioro físico leve (Barthel 75-100/100) Deterioro físico moderado (Barthel 50-75/100) Deterioro físico elevado (Barthel 25-50/100)
Nivel II.	Pacientes con deterioro cognitivo leve y sin deterioro físico (MMSE 21-27/35, Barthel > 75/100)
Nivel III.	Pacientes con deterioro cognitivo leve y deterioro físico (MMSE 21-27/35, Barthel 50-75/100)
Nivel IV.	Pacientes con deterioro cognitivo y físico moderado (MMSE 13-20/35, Barthel 50-75/100)
Nivel V.	Pacientes con deterioro cognitivo y físico elevado (MMSE < 13/35, Barthel < 50/100)

Nivel IV. Pacientes con un deterioro cognitivo moderado y un deterioro físico igualmente moderado.

El índice de Barthel toma unos valores comprendidos entre 50 y 75, y los del MMSE entre 13 y 20.

Son pacientes que requieren una gran demanda de cuidados de enfermería, así como una vigilancia continuada. Requieren un tipo de intervención basado en programas de rehabilitación psicofuncional grupal con predominio de la estimulación cognitiva. Su objetivo es enlentecer la pérdida de las habilidades cognitivas y recuperar las capacidades residuales. Desde el punto de vista físico se trataría de mantener las capacidades funcionales presentes, una reeducación de la marcha y evitar las complicaciones de la inmovilización.

Nivel V. Son pacientes con deterioro físico y cognitivo elevados, con unos índices de Barthel menores de 50 y un MMSE menor de 13.

Son pacientes que requieren importantes cuidados de enfermería y con vigilancia continuada.

El tipo de intervención que se realiza en este nivel consiste básicamente en preservar la deambulación mediante reeducación de la marcha y movilizaciones pasivas, así como mantener las habilidades conservadas. En algunos casos es también necesario establecer un plan de actuación ante alteraciones conductuales (fig. 3).

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOFUNCIONAL

Los programas de Geriser Centros de Día⁹ se basan en la rehabilitación psicofuncional a la que se le incorpora otro tipo de programas en función de las necesidades del usuario. El diseño de cada programa de re-

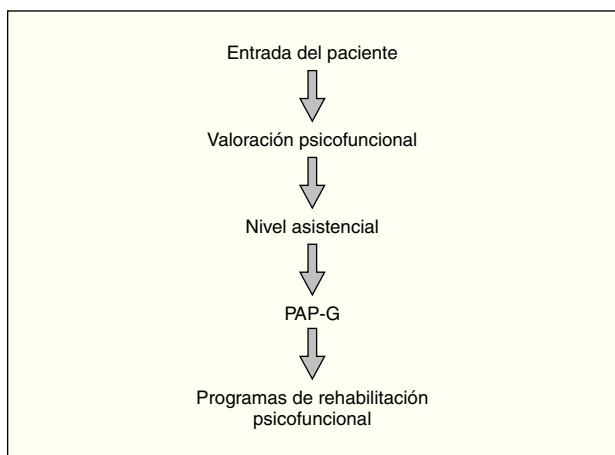


Fig. 3.—Plan de actuación.

habilitación psicofuncional y, en general, del programa individualizado parte del establecimiento previo del nivel asistencial al que se asignará al usuario y de la integración de su programa en el plan de actividades del centro.

Cada usuario del centro de día es subsidiario, como mínimo, de los siguientes programas:

- Programa de rehabilitación psicofuncional.
- Programa de estimulación continua.
- Programa de seguimiento y control de enfermedades y síndromes geriátricos.
- Programa de cuidados de enfermería.
- Programa de actividades plásticas y lúdicas.
- Programa de intervención familiar.

Una vez elaborado el PAP-G, se establece la composición cualitativa y cuantitativa de cada uno de estos programas para cada usuario.

El programa de rehabilitación psicofuncional es un conjunto de técnicas de rehabilitación y/o entrenamiento cognitivo y funcional, relacionadas y apoyadas entre sí, desarrolladas de manera interdisciplinaria, personalizada e integrada, que interviene en el ámbito preventivo, terapéutico y de mantenimiento sobre las al-

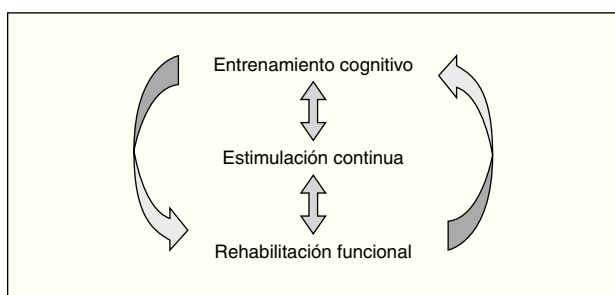


Fig. 4.—Programa de rehabilitación psicofuncional.

teraciones que pueden aparecer en las personas de edad avanzada por un proceso patológico o evolutivo.

Sus objetivos son:

- Adaptarse a las necesidades concretas de cada paciente.
- Readquisición de una mayor funcionalidad y mejora de la capacidad cognitiva.
- Incremento de la autonomía e independencia.
- Mejora de la calidad de vida, estado de salud y bienestar social.
- Favorecer la permanencia en el entorno sociofamiliar.

Metodología

Dentro de la psicofuncionalidad, se trata el área cognitiva y el área funcional:

- El entrenamiento cognitivo proporciona una ayuda para afrontar el deterioro cognitivo, estimulando las capacidades que se encuentren afectadas y manteniendo las que se encuentren menos afectadas y/o preservadas.
- La rehabilitación funcional continuada, específica y personalizada, previene la inmovilización y sus secuelas y recupera la funcionalidad en los procesos agudos.

Técnica

En función del nivel asistencial establecido, los programas se seleccionan, la frecuentación, si se realizará de forma individual o grupal, etc.

La intervención es personalizada y se basa en el establecimiento de objetivos de mejora o mantenimiento por paciente, medida de resultados y evaluación terapéutica continuada.

Los programas que forman la rehabilitación funcional son los siguientes:

- Programa de entrenamiento de memoria y/o estimulación cognitiva.
- Programas de rehabilitación funcional preventiva, terapéutica o de mantenimiento.

En la figura 4 se esquematiza el programa de rehabilitación psicofuncional.

Programa de entrenamiento de memoria

Es un programa dirigido a prevenir los deterioros de la memoria; ofrece recursos y técnicas que incrementan el rendimiento y educan en el manejo de ayudas externas.

Este programa está dirigido a pacientes que se caracterizan por: no presentar deterioro cognitivo, presentar deterioro cognitivo leve (DCL), alteración cognitiva, Mild Cognitive Impairment (MCI), pérdidas de memoria asociadas a la edad, Cognitive Impairment No Demencia (CIND), etc.

En estos grupos se encuentran pacientes con deterioro cognitivo causado por enfermedades como demencia o Parkinson, personas con problemas de memoria asociados a su proceso degenerativo evolutivo y personas que han sufrido degeneración neuronal (ictus, traumatismo, etc.), siempre y cuando el deterioro sea leve.

El entrenamiento de memoria tiene como objetivo:

- Entrenar a los pacientes a reutilizar las habilidades instauradas tanto mentales como sociales ya olvidadas (resocialización).
- Entrenamiento en las AVD y las AVD instrumentales con el fin de mejorar sus capacidades.
- Mantenimiento de las habilidades conservadas y enlentecer su pérdida definitiva.
- Entrenamiento en el uso de recursos externos.

Los pasos que se deben seguir son:

- Valoración neuropsicológica del paciente para determinar en qué áreas aparecen déficit cognitivos.
- Diseño de un plan de intervención personalizado dirigido al entrenamiento de estas áreas, considerando además las capacidades residuales del paciente.
- Junto con esta intervención, puramente psicoestimulativa, al paciente se le facilitan ayudas externas adecuadas para que mantenga durante el mayor tiempo posible la autonomía y la independencia en sus AVD y AVD instrumentales.

Programa de estimulación cognitiva

Está dirigido a intervenir en los procesos degenerativos, ejercitando tanto las capacidades mentales afectadas como las preservadas. Durante su desarrollo se realiza una adaptación en la dificultad de los ejercicios, dependiendo de las capacidades reales del paciente en cada momento evolutivo de su enfermedad¹⁰.

Este programa está dirigido a pacientes que se caracterizan por:

- Deterioro cognitivo causado por enfermedad orgánica como demencia vascular, Alzheimer, Parkinson, etcétera.
- Personas con problemas de memoria asociados a un proceso degenerativo evolutivo.
- Personas que han sufrido una lesión neuronal (ictus, traumatismo, etc.) y que presentan un deterioro cognitivo moderado-grave.

Los objetivos perseguidos son:

- Entrenar a los pacientes a reutilizar las habilidades instauradas tanto mentales como sociales ya olvidadas (resocialización).
- Entrenamiento en AVD y AVD instrumentales con el fin de mejorar sus capacidades.
- Mantenimiento de las habilidades conservadas y enlentecer su pérdida definitiva.
- Entrenamiento en la utilización de recursos externos.

Para la elaboración del programa se procede a:

- La valoración neuropsicológica, determinando en qué áreas aparecen déficit cognitivos.
- El diseño de un PAP dirigido a la estimulación de estas áreas, teniendo en cuenta que el deterioro de las capacidades mentales en las enfermedades neurodegenerativas es heterogéneo y se ven afectadas unas capacidades más que otras.

Programa de rehabilitación funcional preventiva

Es el conjunto de actividades físicas personalizadas y programadas, dentro del equipo interdisciplinar, orientadas a disminuir los riesgos fisiológicos propios de la edad y a retrasar al máximo los trastornos que suelen aparecer con los años (pérdida de equilibrio, disminución de la elasticidad, procesos osteodegenerativos, disminución de masa y de fuerza muscular, disminución de la funcionalidad e independencia en general, problemas leves en la marcha, etc.) manteniendo y/o mejorando las funciones preservadas.

El programa de rehabilitación funcional preventiva está dirigido principalmente a personas mayores con un déficit funcional leve y con alteración cognitiva leve o inexistente.

Los objetivos son:

- Reducir al máximo el riesgo de caídas.
- Informar sobre los estilos de vida más saludables: paseos al aire libre, cuidado del pie calzado, no fumar, mantener una hidratación correcta, utilizar cremas hidratantes, indumentaria apropiada, dieta y resocialización.
- Desarrollar el sentimiento de autoeficacia y autoestima, mejorando su independencia en las AVD y AVD instrumentales.
- Aumentar la amplitud articular, mejorando la elasticidad y flexibilidad en los movimientos.
- Disminuir el riesgo cardiovascular, controlando la presión arterial.
- Aumentar la capacidad respiratoria.
- Mejorar la postura.

Las actividades suelen realizarse en grupos reducidos (máximo 5-6 personas), según el nivel asistencial.

Los grupos de trabajo son los siguientes:

– *Grupo de corrección postural.* Para el logro de una marcha adecuada y prevenir la aparición de dolores raquídeos.

– *Grupo de reeducación de marcha.* Para conseguir una deambulación independiente con o sin ayudas técnicas previniendo al máximo el riesgo de caídas.

– *Grupo de prevención de alteraciones osteodegenerativas* con intervención a nivel de amplitud articular fuerza y masa muscular, así como flexibilidad en los movimientos.

– *Grupo de revitalización.* Aunque principalmente es preventivo, también se pauta a personas que requieren tratamiento y mantenimiento, por sus grandes aportaciones psicofuncionales.

Las actividades son específicas en cada grupo, pero cabe destacar una serie de características generales de estos ejercicios.

– Activo libre (se asistirá en los casos que lo requiera el usuario).

– Isotónico aeróbico submáximo (se trata de un ejercicio de trabajo articular activo por parte del paciente con un consumo de oxígeno apropiado).

– Entrenamiento de intervalo con un programa de condicionamiento físico de periodos cortos de ejercicio alternado con pausas regulares de reposo.

– Diario (preferentemente), buscando alternativas como paseos durante el fin de semana o cuando no se asista al centro de día.

Otras consideraciones que deben tenerse en cuenta en la rehabilitación física preventiva son:

– Las indicaciones y directrices del terapeuta deben ser claras y sencillas, con un tono motivador, a la vez que educado y cariñoso, sin olvidar lo que son, personas adultas que desean alcanzar una mayor calidad de vida.

– Hay que evitar cualquier riesgo de caída, tanto en la ejecución de los ejercicios como en la utilización de las ayudas técnicas pertinentes. Esto se consigue con una correcta formación-información del terapeuta hacia el paciente.

– Tener presente en todo momento las características de estos pacientes, evitando la fatiga, el aburrimiento y cualquier riesgo en el tratamiento de los aparatos que son necesarios durante la rehabilitación.

– El monitor debe conocer las contraindicaciones y precauciones de todas las técnicas fisioterapéuticas.

Programa de rehabilitación funcional de mantenimiento

Es el conjunto de actividades físicas personalizadas y programadas por el médico rehabilitador, dentro del

equipo interdisciplinar, orientadas a mantener las funciones preservadas en un contexto de máxima autonomía. Las funciones residuales conservadas por una persona con una determinada enfermedad se utilizan para iniciar una rehabilitación consecuente con unas necesidades concretas y con las alternativas asistenciales que el propio pronóstico funcional permita. Por otro lado, se evita que disminuyan las condiciones funcionales derivadas de la inactividad y el desuso.

El programa de rehabilitación funcional de mantenimiento va dirigido principalmente a personas con deterioro funcional elevado y deterioro cognitivo de leve a elevado.

Los objetivos son:

– Recuperar la función dañada.

– Mantener las funciones preservadas.

– Modificar las actitudes frente a una actividad.

– Cambiar los hábitos antiguos y acondicionar el medio a su nueva situación.

– Formación e información en el uso de las ayudas técnicas y ortesis necesarias para mejorar sus actividades diarias.

– Desarrollar el sentimiento de autoeficacia y autoestima, incidiendo en la adquisición de una conducta activa con hábitos adecuados a las necesidades de cada persona.

– Mantenimiento de la amplitud articular y de la potencia muscular conservadas.

– Reeducación de la marcha.

– Corrección postural para prevenir las deformidades más incapacitantes.

Las actividades generalmente se realizarán en grupos reducidos (máximo 8 personas), según nivel asistencial.

Los principales grupos de trabajo son los siguientes:

– *Grupo de hemiplejía instaurada.* Para conseguir una bipedestación correcta y una deambulación ergonómica, utilizando las capacidades residuales preferentemente.

– *Grupo de reeducación de marcha.* Intentando mantener la postura, corregir el equilibrio y usar correctamente las ayudas técnicas necesarias, así como evitar las caídas.

– *Grupo de prevención de alteraciones posturales.* Para enfermos de Alzheimer, modificando en la medida de lo posible la actitud de la persona frente a una actividad y acondicionando el medio a su nueva situación.

– *Grupo de revitalización.*

Las mismas técnicas y consideraciones que en el programa de rehabilitación funcional terapéutica, considerando que el ejercicio debe ser diario y se sustituirá durante el fin de semana por paseos al aire libre.

En el caso de personas sin deambulaci3n o con dificultad del cuidador para salir o pasear, se les facilitar3n los ejercicios que deber3n realizar en el domicilio (abrir y cerrar manos, doblar codo, levantar brazos por encima de la cabeza y marcha est3tica) durante 30 min diarios.

CONCLUSIONES

Estos planteamientos en el dise1o de la metodolog3a de nuestro trabajo nos han permitido los siguientes logros:

- Una asistencia de calidad.
- Una atenci3n que favorece la independencia, la dignidad y el bienestar de nuestros usuarios y sus cuidadores.
- Un modelo de cuidados personalizado que goza de la aceptabilidad de los clientes (usuarios y sus cuidadores).
- Unos programas de intervenci3n basados en la rehabilitaci3n psicofuncional como iniciativa innovadora.
- Un estilo de trabajo de nuestros profesionales, centrado en las acciones de promoci3n de la salud, estilos de vida saludables y en la rehabilitaci3n.
- Una especializaci3n de nuestros profesionales en el modelo de cuidados personalizado.
- Una misi3n y una marca Geriser con la que se identifican tanto clientes como personal de los centros.

BIBLIOGRAF3A

1. Lindeman D. Alzheimer Day Care Center, 1990.
2. Salom JR, Lopez A, Sais J, L3pez L, Ari1o C, Garay J. La estimulaci3n continua en la enfermedad de Alzheimer y

otras demencias en un Centro de d3a y Rehabilitaci3n. *Geriatrka* 2000;16:309-14.

3. Ring J. Valoraci3n funcional: una necesidad imperiosa en rehabilitaci3n. *Rehabilitaci3n (Madr)* 1994;28:2-11.
4. Salom JR. Prevenci3n en la tercera edad. Funci3n deteriorada. Factores que influyen en la incapacidad del anciano. Actividades terap3uticas y de mantenimiento. *Geriatrka* 1999;15:55-60.
5. Parre1o J. La incapacidad en Geriatr3a. *Rehabilitaci3n (Madr)* 1991;25:6-11.
6. Lobo A, Ezquerro J, G3mez Burganda F, Sala JM, Seva D3az A. El miniexamen cognoscitivo (un "test" sencillo, pr3ctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes m3dicos). *Actas Luso-Espa Neurol Psiquiatr* 1979;7:189-202.
7. Mohs RC, Rosen WG, Davis KL. The Alzheimer's Disease Assessment Scale: An instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacol Bull* 1983;19:448-50.
8. Baztan J, et al. 3ndice de Barthel. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;29:1-8.
9. Valverde D, L3pez I, Salom R, Ari1o C, L3pez A. Rehabilitaci3n psicofuncional en un Centro de D3a. *Residencial* 2002;26-30.
10. Tarraga L. Terapias blandas: programa de psicoestimulaci3n integral. Alternativa terap3utica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998;27:51-62.

Correspondencia:

R. Salom
Geriser Valenciana
Pintor Peris Brell, 6
46022 Valencia
Correo electr3nico: coral_geriser@ono.com