

El cielo que olvida sus estrellas

Saul Martínez-Horta

AUTOR DISPONIBLE PARA ENTREVISTAS

Las enfermedades del cerebro como nunca te las han contado



El cielo que olvida sus estrellas es un libro de divulgación científica que propone una travesía intelectual y emocional por los misterios del cerebro humano y las enfermedades que lo amenazan. Con un enfoque único, profundo y poético, esta obra combina ciencia de vanguardia con una narrativa cercana y evocadora.

Dirigido tanto al lector curioso como al profesional en busca de una visión integradora, este libro ofrece claridad, emoción y rigor para entender mejor cómo pensamos, sentimos y recordamos... y qué ocurre cuando esas funciones empiezan a apagarse.

¿Por qué este libro?

Porque estamos en un momento en que el cerebro ocupa un lugar central en la ciencia, la salud y la cultura. Sin embargo, rara vez se nos explica, de forma comprensible y conectada con las emociones, qué ocurre cuando ese órgano extraordinario empieza a fallar. Este libro cubre ese vacío. Su estilo narrativo combina metáforas potentes, historias reales, hallazgos científicos actuales y claves prácticas para el día a día.

Una visión diferente

Este no es un manual técnico ni una fría recopilación de síntomas. Es una invitación a mirar el cerebro como un cielo interior, donde cada función es una estrella, y cada enfermedad, una forma distinta de oscuridad. Es sobre todo, una guía para conservar ese cielo lo más claro posible, durante el mayor tiempo posible.

«Lamentablemente, no en pocas ocasiones nuestra realidad nos obligará a enfrentarnos con alguna de las casi infinitas posibilidades que nos depara la vida. Entre estas posibilidades, siempre se encontrarán las enfermedades, que podrán obligarnos a cambiar de manera súbita o progresiva el camino que habíamos decidido tomar para ir dando pasos en nuestra historia.

Enfermedades capaces de alterar todos los pasos previstos hay muchas. Las hay que duelen, las hay que matan, que paralizan, que escuecen y que desconciertan a quien la padece y a quien lo acompaña. Sin embargo, de entre todas ellas, yo he centrado mi vida en un pequeño grupo: las que arrasan, habitualmente poco a poco, con todo lo que fuimos, somos y quisimos ser. Las que no solo nos alejan del camino previsto, sino que borran de los mapas cualquier posible ruta que nos hubiese permitido llegar a un lugar conocido o esperado».

SOBRE EL AUTOR

Saul Martínez-Horta es neuropsicólogo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y director de la Unidad de Neuropsicología del Centro de Diagnóstico e Intervención Neurocognitiva (CDINC) de Barcelona. Cuenta con una extensa experiencia en la práctica clínica y en la investigación de enfermedades neurodegenerativas.

Autor de numerosos artículos en revistas científicas y colaborador en libros de neurología y neurociencias, además es ponente habitual en congresos nacionales e internacionales y participa regularmente en charlas organizadas por las asociaciones de pacientes. Divulga su conocimiento en X (antes Twitter) a través de su cuenta @smartinezho1.



© Enrique Campaner

SUMARIO

Prólogo

I. La arquitectura del ser y del sentir

Las constelaciones del cerebro
La coreografía de la mente
Cartografía esencial de las funciones mentales y de sus fracasos elementales
El mapa sensorial de la experiencia: ¿cómo percibimos?
La huella del aprendizaje: ¿cómo aprendemos y recordamos?
El cuerpo en acción: ¿cómo nos movemos?
El pulso afectivo de la mente: ¿cómo nos emocionamos y cómo nos motivamos?
El gobierno de la mente: ¿cómo razonamos y decidimos?
El gran distribuidor de la información: el papel del tálamo
En el corazón del sistema: el tronco encefálico

II. Los mecanismos que erosionan, fracturan y derrumban el ser y el sentir

Neurodegeneración: cuando las proteínas se rebelan
Enemigos con nombre propio

III. Los múltiples rostros del daño

Enfermedad de Alzheimer
Las otras caras de la enfermedad de Alzheimer
El caso de Maribel
El elegante señor Lázaro
Enfermedad de Parkinson
El caso del señor Antón
El caso de los violines que dejaron de sonar
Los parkinsonismos atípicos
Demencia con cuerpos de Lewy

El caso de Juan

El caso de los violines que empezaron a sonar

Atrofia multisistémica

Adelaida

Parálisis supranuclear progresiva

La abuela de Juan

Degeneración corticobasal

Las inmóviles apariciones y otros problemas de la señora Gaitán

Las demencias frontotemporales

La variante conductual de la demencia frontotemporal

Las afasias progresivas primarias

La neuropsicología nunca miente

El caso de Esperanza y sus fantasmas

La enfermedad de Huntington

Un ángel caído

Nina

Enfermedades priónicas: demencias rápidamente progresivas

Ignacio

IV. Prevenir, convivir y cuidar en las enfermedades neurodegenerativas

Prevenir, retrasar y decidir: el peso de los factores de riesgo potencialmente modificables y de la toma de decisiones

Cuidar y convivir: la vida junto a la enfermedad

Glosario

Para saber más

Recursos útiles para las personas con enfermedades neurodegenerativas

Créditos de las imágenes

«Las enfermedades del cerebro son difíciles de comprender, en parte, por la forma que adquiere el producto de un cerebro estropeado y porque nos cuesta comprender que somos la consecuencia de un silencioso diálogo en nuestro particular cosmos interno, cuya actividad perfectamente concertada sustenta de manera delicada todo aquello que nos define».

PRÓLOGO

Las enfermedades neurodegenerativas, en cifras

«En nuestro mundo — este planeta tan majestuoso visto desde lejos como ocasionalmente atroz cuando se observa desde cerca —, viven actualmente unos **66 millones de personas** que padecen alguna de las múltiples enfermedades neurodegenerativas. **Cada año se diagnostican casi doce millones de nuevos casos**, lo cual implica que **cada mes se diagnostiquen un millón de casos nuevos**, cada día cerca de treinta y dos mil casos, cada hora más de mil trescientos y cada minuto veintidós casos nuevos.

[...] Podemos estimar que **en el 2050 el número de casos de personas afectadas en el mundo alcanzará los 175 millones**, lo cual implica un incremento anual del 3,3 %».

p. 12

LA ARQUITECTURA DEL SER Y DEL SENTIR

La coreografía del cerebro

«En el cerebro, existe una continua coordinación entre sistemas que dialogan entre sí empleando un lenguaje tan simple como mágico: el lenguaje de las oscilaciones. Cuando una región del cerebro realiza una tarea en particular para dar lugar a una función, las neuronas que configuran esta región tienden a mostrar un patrón de actividad en una determinada banda de frecuencia, algo así como si todas ellas bailasen a un determinado ritmo.

[...] Cuando distintas zonas del cerebro bailan al mismo ritmo, esta sincronización revela una forma de comunicación, de diálogo entre distintas zonas del cerebro. Esto define lo que entendemos como relaciones funcionales, gracias a las cuales, en ausencia de una “carretera” física, se compone otra forma de conectoma».

p.37

Nuestro cerebro y la percepción del mundo

«El cerebro dedica una parte esencial de su función a hacer continuas predicciones relativas a lo que está sucediendo allí afuera para ayudarnos a construir la realidad a la que nos exponemos. Dicho de otro modo, nuestra percepción del mundo no es una reproducción fotográfica exacta dentro de nuestro cerebro de una realidad externa, sino que **nuestra percepción es, en gran medida, una construcción derivada tanto del procesamiento automático de la información que se recibe como de lo que el cerebro estima como significado más probable, incluso antes de que se haya recibido la información.**

Para conseguir hacer esto, en esencia el cerebro se sirve de la **experiencia**, del **conocimiento acumulado**, de las **expectativas**, del **estado emocional** y de la **alta especialización de determinadas regiones** a la hora de procesar ciertos estímulos».

p. 55

Memoria explícita / Memoria implícita

«La **memoria explícita** hace referencia a aquellos recuerdos de los que somos conscientes y que podemos verbalizar, por ejemplo, describir lo que cenamos ayer. Este tipo de memoria tiene que ver con los conocimientos a los que podemos acceder intencionadamente, por ejemplo, para responder una pregunta o narrar una experiencia. A nivel cerebral, este sistema depende en gran medida de estructuras del lóbulo temporal medial, especialmente del hipocampo y de la corteza entorrinal y perirrinal.

La **memoria implícita** o no declarativa, hace referencia a aprendizajes que no requieren consciencia ni verbalización y que se manifiestan en la conducta o el rendimiento. Este tipo de memoria suele mantenerse relativamente preservada incluso en personas con severas alteraciones de la memoria explícita, dado que los sistemas de la memoria implícita implican estructuras y regiones cerebrales distintas a las que dan sustento a la memoria explícita».

p.65

El pulso afectivo de la mente

«Desde un punto de vista anatómico y funcional, el sistema límbico integra información sensorial, visceral, cognitiva y endocrina para generar respuestas emocionales ajustadas al entorno y a las necesidades internas del organismo. En este sistema, las estructuras clave son la amígdala, el hipocampo, el cíngulo, el hipotálamo, así como áreas del córtex orbitofrontal y medial prefrontal».

p. 79

El gran distribuidor de información: el tálamo

«El tálamo no es una simple estación de paso, sino que es un núcleo regulador, un filtro que prioriza, organiza y estabiliza la información que circula por el sistema nervioso central. Las alteraciones del tálamo pueden dar lugar a síndromes con un impacto transversal. En el ámbito sensorial, pueden provocar disfunción visual, auditiva, pérdida de sensibilidad y formas de dolor sumamente intenso y persistente».

p. 92

LOS MECANISMOS QUE EROSIONAN, FRACTURAN Y DERRUMBAN EL SER Y EL SENTIR

«Existe una infinidad de circunstancias, enfermedades y factores que pueden lesionar el cerebro de manera transitoria o persistente, dando lugar a múltiples manifestaciones clínicas. Estos factores incluyen la exposición a agentes tóxicos procedentes del exterior como pueden ser los metales pesados como el plomo, el mercurio o el manganeso, los disolventes, pesticidas o sustancias habitualmente banalizadas como el alcohol, la cocaína u otras drogas de abuso. En ocasiones, el medio lesivo se encuentra en nuestro interior fruto de desequilibrios químicos y del metabolismo, como sucede en la hipoglucemia o la hiperglucemia, en las alteraciones graves del sodio o del calcio, en el acúmulo de amonio o exceso de cobre. Por otro lado, las infecciones del sistema nervioso por virus, bacterias, hongos o parásitos que alcanzan el cerebro por la sangre — por contigüidad desde focos vecinos o a través de los nervios —, así como las excesivas respuestas del sistema inmune dirigidas por error contra estructuras nerviosas o activadas a distancia por tumores, también son claramente susceptibles de poder lesionar el cerebro. Igualmente, determinados fallos eléctricos como en la epilepsia, o interrupciones del riego sanguíneo, los traumatismos craneoencefálicos, las anoxias, el crecimiento celular anómalo de los tumores, así como un amplio grupo de trastornos genéticos y metabólicos congénitos pueden condicionar profundamente el desarrollo y la supervivencia neuronal».

pp. 97-98

Neurodegeneración y proteinopatías

«La neurodegeneración es un proceso biológico que tiene un claro carácter patológico caracterizado por la pérdida progresiva de la estructura, función y viabilidad de las neuronas, conllevando indefectiblemente a un patrón de progresiva muerte neuronal que sucede de manera insidiosa, pero continua e imparable. Si bien existen distintos mecanismos que pueden llevar a la neurodegeneración, muchos de estos mecanismos comparten un elemento primordial muy similar que implica a distintas formas de proteínas. Eso es, determinadas proteínas juegan un papel central en la mayor parte de los procesos neurodegenerativos que conocemos y es por ello que muchos procesos neurodegenerativos los consideramos "proteinopatías"».

p.104

Factores genéticos de riesgo

«Además de las formas hereditarias, existe un conjunto mucho más amplio de casos en los que la genética no determina de forma directa que una persona vaya a desarrollar una enfermedad neurodegenerativa, pero sí influye de manera significativa en la probabilidad de que eso ocurra. Es lo que conocemos como factores genéticos de riesgo. Estos factores no son mutaciones determinantes, sino variantes genéticas comunes en la población general, también llamadas polimorfismos, que, por sí solas, no causan la enfermedad, pero sí modifican la vulnerabilidad del sistema nervioso, influyendo en cómo reacciona ante el envejecimiento, la inflamación, el estrés oxidativo o ciertos factores ambientales».

p.112

LOS MÚLTIPLES ROSTROS DEL DAÑO

Alzheimer

«En países como España, **más de 800 000 personas viven con algún tipo de demencia**, y la enfermedad de Alzheimer representa cerca del 70 % de los casos. [...] En el grupo que comprende desde los 65 hasta los 74 años, aproximadamente padecen enfermedad de Alzheimer entre un 3 % y 5 % de las personas. Si pasamos al grupo que engloba la población entre 75 y 84 años, los casos con enfermedad de Alzheimer incrementan notablemente, con un 20 % de presencia en la población en esta franja de edad. Finalmente, por encima de los 85 años, la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se sitúa entre el 30 % y el 40 % de las personas».

p.120

«El concepto de **afasia** se define como el trastorno del lenguaje que se produce como consecuencia de una patología cerebral y que supone la pérdida aguda o progresiva de la capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones».

p.136

«En estos casos, nuevamente no predomina una **alteración de la memoria episódica** como primer síntoma ni como manifestación central de la enfermedad. En estos casos, predominan [...] muchas de las manifestaciones conductuales prototípicas de los **síndromes frontales**, como las alteraciones del juicio, de la conducta y del control de impulsos.

[...] A diferencia de la forma clásica de presentación de la enfermedad de Alzheimer en forma de una alteración progresiva de la memoria, el **síndrome corticobasal** se caracteriza por la combinación de síntomas motores, sensitivos y cognitivos, que suelen iniciarse de forma asimétrica, afectando más a un lado del cuerpo».

pp. 137-139

Parkinson

«Se calcula que **una de cada 100 personas mayores de 60 años vive con la enfermedad de Parkinson**. La **edad media de inicio de esta enfermedad** se sitúa **entre los 60 y 65 años**, aunque en algunos casos puede comenzar antes. De hecho, **entre un 5 % y un 10 % de los casos de enfermedad de Parkinson debutan antes de los 50 e incluso de los 40 años**, constituyendo lo que conocemos como **enfermedad de Parkinson de inicio precoz o juvenil**».

p. 147

«En el parkinsonismo existe una forma de **enlentecimiento motora evidente**, conocida como bradicinesia, que claramente afecta a la ejecución de movimientos voluntarios. Esta **bradicinesia** se puede acompañar de otros síntomas como la rigidez muscular, el temblor en reposo, que configura la forma prototípica de temblor parkinsoniano rítmico, lento y desencadenado cuando la persona no ejecuta acciones y la inestabilidad postural, donde fallan los mecanismos automáticos e inconscientes que utiliza el cuerpo para mantener el equilibrio. En consecuencia, la persona con un parkinsonismo muestra un patrón de movimiento terriblemente lento donde además disminuye la amplitud del movimiento, dando lugar a pasos cortos, a una escritura sumamente empequeñecida que denominamos micrografía y a una pérdida de la expresividad facial, que se acompaña de rigidez, ocasionalmente de temblor en reposo y de inestabilidad».

p. 148

«Los **parkinsonismos atípicos** engloban todo un conjunto de enfermedades que comparten la existencia de un parkinsonismo como síntoma central, pero con una evolución clínica distinta a la esperada en el contexto de una enfermedad de Parkinson. Los parkinsonismos atípicos los podemos dividir entre primarios y secundarios. Dentro de los secundarios, podemos encontrar una inmensa lista de condiciones no neurodegenerativas que pueden dañar diferentes estructuras de los ganglios basales, desencadenando síntomas típicos y atípicos de un parkinsonismo, como por ejemplo podemos ver en el parkinsonismo vascular, en la hidrocefalia normotensiva o en determinados trastornos del metabolismo, intoxicaciones, trastornos autoinmunes u otros. Por otro lado, los parkinsonismos atípicos primarios hacen referencia a distintas enfermedades neurodegenerativas en las que se presenta un síndrome parkinsoniano que no está causado por una enfermedad de Parkinson y que, además, asocia síntomas atípicos como una forma de progresión rápida, una mala respuesta a los fármacos de reemplazo dopaminérgico, deterioro cognitivo temprano muy marcado, alucinaciones tempranas, apraxia y otros signos de compromiso cortical, alteraciones de los movimientos oculares, caídas, signos cerebelosos y signos de fallo autonómico como hipotensión, urgencia urinaria, disfunción sexual, estreñimiento, sudoración excesiva, estridor inspiratorio o apneas, entre otros».

p. 173

Demencia con cuerpos de Levy

«Dentro de las demencias neurodegenerativas, tras la enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy es la segunda causa más frecuente de demencia en nuestra sociedad, siendo la edad de diagnóstico media en torno a los 65 años y presentando, igual que sucede con la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas, una clara relación entre prevalencia e incremento de la edad. A pesar de que la demencia con cuerpos de Lewy tenga toda una serie de características clínicas y neuropatológicas propias, **es fácil que se pueda confundir con una enfermedad de Alzheimer** y, además, una proporción significativa de personas afectadas por demencia con cuerpos de Lewy asocian cambios patológicos propios de una enfermedad de Alzheimer, en cuyo caso, **podemos asumir la coexistencia de ambas patologías**.

[...] Predominan **múltiples anomalías en todo aquello que tiene que ver con la capacidad para percibir, construir e interpretar el mundo visual y espacial externo**, dando lugar a formas inicialmente simples, pero progresivamente complejas de **agnosia visual**, de **desorientación** y de **agnosia topográfica**. [...] Otro elemento central del perfil cognitivo de esta enfermedad son las **fluctuaciones de la atención**. Ello significa que la capacidad de controlar, dirigir o mantener la atención fluctúa».

p. 177

Atrofia multisistémica

«Esta enfermedad la encontramos en **entre dos y cinco personas por cada 100 000 habitantes**. [...] **No es una enfermedad frecuente**, como sí lo son la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Lewy o la enfermedad de Alzheimer. La edad de inicio de la atrofia multisistémica se sitúa en torno a la segunda mitad de los 50 años o inicios de los 60 años, siendo por lo tanto una enfermedad que debuta de manera relativamente temprana en comparación con otras. La **supervivencia media** de una persona afectada por esta enfermedad desde que empiezan los síntomas oscila de media **entre los seis y los diez años**, siendo por lo tanto una enfermedad con una tasa de supervivencia en el tiempo significativamente muy inferior a la que vemos en otros procesos neurodegenerativos frecuentes.

[...] Predominan desde el principio los episodios recurrentes de caída de la presión arterial, de urgencia, incontinencia o retención urinaria, de disfunción sexual, de estreñimiento, y de sudoración y alteración de la capacidad para regular la temperatura corporal. De noche, además del trastorno de conducta del sueño REM característico de las sinucleinopatías, suele aparecer un ronquido áspero que puede esconder lo que denominamos estridor laríngeo».

pp. 193-196

Parálisis supranuclear progresiva

«Es un **parkinsonismo atípico minoritario** que tiene una prevalencia estimada de **unos cinco casos por cada 100 000 habitantes**. La **edad de inicio media de esta enfermedad se sitúa en torno a los 60 o 70 años de edad**, siendo muy frecuente que el diagnóstico definitivo llegue unos tres o cuatro años después de haberse diagnosticado una enfermedad de Parkinson. [...] La evolución clínica de la parálisis supranuclear progresiva no es buena, mostrando una velocidad de progresión mucho más rápida que la que encontramos en la enfermedad de Parkinson y en la demencia con cuerpos de Lewy, asociando una completa pérdida de la independencia durante los primeros cuatro años y complicaciones severas a nivel respiratorio y en el plano de la deglución e ingesta de alimentos que fácilmente comprometen la vida de las personas afectadas en torno a los seis años de evolución».

pp. 200-202

La enfermedad de Huntington

«Si existe una condición neurodegenerativa totalmente determinada de manera genética que hace que el destino de los portadores de la mutación que la causa esté totalmente escrito desde el momento en que fueron concebidos, esta es la enfermedad de Huntington. [...] Es una enfermedad neurodegenerativa causada por una mutación bien conocida en el brazo corto del cromosoma 4, en un gen que conocemos como HTT, específicamente en la región que codifica para una proteína que denominamos *huntingtina*. [...] **Cualquier persona portadora de la mutación puede transmitirla a la siguiente generación con una probabilidad del 50 %**. [...] Desde un punto de vista clínico, la enfermedad de Huntington se caracteriza, de manera general, por el progresivo desarrollo de toda una serie de síntomas de naturaleza motora, cognitiva y neuropsiquiátrica. El profundo compromiso de los ganglios basales juega evidentemente un papel trascendental a la hora de dar sustento al desarrollo de toda una serie de manifestaciones motoras. Pero a diferencia de lo que nos encontramos en la enfermedad de Parkinson y en otros parkinsonismos, en la enfermedad de Huntington, especialmente en las etapas iniciales, no predomina lentitud, temblor o ausencia de movimiento, sino que se expresan toda una serie de continuos e impredecibles movimientos anormales por todo el cuerpo, que de algún modo se traducen en algo similar a una caótica danza».

p.271

¿Cuánto tiempo tenemos por delante?

«Ante el fatídico diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa, esta es **una de las preguntas que con mayor frecuencia aparece por parte del paciente o de las familias**. Atendiendo al carácter lentamente progresivo que caracteriza la gran mayoría de enfermedades neurodegenerativas, sabemos que el proceso patológico lleva sucediendo desde hace muchos años y que, en caso de estar delante de un diagnóstico temprano, **tenemos por delante un período de tiempo que suele abarcar desde tres hasta más de veinte años en función de la patología de la que se trate**. ».

p. 267

Enfermedades priónicas: demencias rápidamente progresivas

«El rasgo clínico más llamativo de estas enfermedades es el **patrón de rápida evolución** que exhiben las personas afectadas, de modo que en pocos días, semanas o meses, se suceden toda una serie de evidentes cambios que incluyen un patrón de deterioro cognitivo sumamente acelerado, de desarrollo de trastornos de conducta, de desorientación y de trastornos del movimiento, para, finalmente, **precipitar el fallecimiento de la persona afectada habitualmente antes de que haya pasado un año desde el inicio de los primeros síntomas**. [...] Las enfermedades priónicas pueden tener en su origen tres posibles causas que nos permiten clasificarlas. Las formas más frecuentes son las que denominamos **esporádicas**, y son aquellas donde no existen antecedentes y, simplemente, sin que sepamos ni cómo ni por qué, una proteína priónica normal adquirió una forma letal que se contagió a todas las demás».

pp. 287-289

«La **hipertensión arterial**, ese enemigo tan bien conocido en nuestro mundo occidental y que en muchas ocasiones o bien detectamos tarde, tras varios años conviviendo con ella, o bien le hacemos poco caso, promueve que esa elevación continuada de la presión actúe a modo de un martillo que, de manera continua, incesante, va golpeando las paredes de los vasos sanguíneos cerebrales. En consecuencia, sin que nos demos cuenta, este continuo golpeteo favorece que los capilares se vuelvan más frágiles, que aparezcan pequeños e inadvertidos sangrados y cicatrices, así como distintas formas de respuesta inflamatoria frente a esta sucesión de eventos, que, lejos de resolver el problema, van dejando un rastro de tejido neuronal muerto o disfuncional.

[...] El **azúcar** nos gusta a prácticamente todos, pero también intoxica, y en la diabetes mellitus, una enfermedad sumamente frecuente en nuestra sociedad, su pobre control contribuye a que el exceso de glucosa vaya causando un daño progresivo en forma de microangiopatía en los pequeños vasos del cerebro».

p.307

«La **obesidad** y los **niveles elevados de colesterol LDL y de triglicéridos** configuran también algo parecido a una epidemia inherente a nuestra sociedad [...] Resulta crucial tener en cuenta otra serie de factores que juegan un papel central a la hora de ir dando forma a la patología cardiovascular, metabólica o endocrina, como son **el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas de abuso, la actividad física y la dieta**».

pp.309-310

«Cuando la memoria empieza a fallar, debemos **ir incorporando sistemas alternativos de apoyo** que, de manera discreta, **faciliten la vida de la persona**, sin invadir su independencia y sin que ello suponga que estos sistemas hagan todo el trabajo. De este modo, el uso de rutinas estables en lo relativo a todo aquello que es cotidiano, como el hecho de mantener horarios fijos para comer, para dormir o para tomar la medicación, no solo ayuda a mantener a la persona organizada, sino que, construyendo un hábito, contribuye a que se mantenga una funcionalidad sin requerirse explícitamente el ejercicio del recuerdo de cuándo hacer ciertas cosas, porque, en esencia, terminan haciéndose tras haber formado un aprendizaje procedimental».

p.323

«Ante el fracaso de la atención y de la planificación, resulta esencial **dividir las tareas en pequeños pasos**, y no establecer una secuencia de acciones donde fácilmente la persona se va a perder.

[...] En las etapas donde empieza a funcionar mal el GPS interno, pero no la capacidad para reconocer los elementos que conforman el mundo externo ni su significado, resulta esencial **que se acompañe a la persona en los desplazamientos** y que se **refuerce el apoyo en señales visibles que la pueden ayudar a situarse**, como por ejemplo determinadas flechas o rótulos

[...] Ante los primeros síntomas de déficit del **reconocimiento de caras y de objetos**, es importante que los cuidadores comprendan que estos fallos no reflejan que la persona haya olvidado, por ejemplo, quién es su hijo o su pareja, sino que está experimentando dificultades para reconocer a quién pertenece el rostro que tiene delante. Pero, obviamente, esa persona sabe quién es y recuerda a su hijo o a su pareja. Ante estas situaciones, **incidir en preguntar una y otra vez: "Pero ¿no me ves, no sabes quién soy?" solo genera frustración**. Por el contrario, empezar por usar algunas pistas, por ejemplo, la voz y con ello intentar situar a la persona con un: "¿Te resulta familiar esta voz? ¿A quién te recuerda?", o incluso sumar el contexto a este pequeño ejercicio teniendo en cuenta dónde se encuentran las personas y, en consecuencia, quién esperaría que estuviese allí».

pp.325-326

Para más información:

Ignacio Almirall
M: 630 18 78 44
ialmirall@newsw.es

Lola Escudero. GeoPlaneta
M: 619 212 722
lescudero@planeta.es