

**LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LOS ADULTOS MAYORES
DE LA MENTE AL OBJETO**

**COGNITIVE STIMULATION IN THE ELDERLY
THE OBJECT OF THE MIND**

Autor: Jorge Valverdi

Terapeuta Ocupacional. Jefe de Actuaciones internas de la Dirección General de Auditoría Médica del Ministerio de Salud de la Ciudad de Santa Fe – República Argentina. Docente en Gerontología del instituto de capacitación laboral Domo Auka. – Doctorando en Ciencias de la Salud Facultad de Ciencias Médicas de la Ciudad de Córdoba.

valverdijorge@yahoo.com.ar

Resumen

La estimulación cognitiva, es una técnica que se aplica desde varias disciplinas debido a que permite que los pacientes, puedan alcanzar un máximo de rendimiento del intelecto con el fin de obtener una mejor calidad de vida. Esta mejoría constituye en gran parte, un recurso que puede ser aplicado desde terapia ocupacional, para el éxito en las actividades de la vida cotidiana de manera segura y practica.

Por lo tanto, lo que se pretende en esta publicación es dar ideas generales acerca de cómo obtener el máximo beneficio con el menor sacrificio por parte del paciente.

Palabras claves

Terapia ocupacional - Estimulación cognitiva - cognición - Adultos mayores - Actividades

Abstract

The cognitive stimulation is a technique that is applied from various disciplines because it allows patients can achieve a maximum yield of the intellect in order to obtain a better quality of life. This improvement is largely a resource that can be applied from occupational therapy, for success in activities of daily living and practicing in a safe manner.

Therefore, what is claimed in this publication is to give general ideas about how to obtain the maximum benefit with the least sacrifice by the patient.

Key words:

Occupational Therapy - Cognitive stimulation – cognition – elderly - activities

Introducción

Durante décadas la terapia ocupacional abordó el tema de los adultos mayores debido a que por años fue un tema medular de esta disciplina, enfocándolo desde distintas corrientes teóricas y haciendo énfasis en los distintos componentes del individuo.

En este contexto, Hopkins, H. y Smith, H. según las autoras Willard y Spackman⁽¹⁾ pioneras en terapia ocupacional, señalan que para evaluar y efectuar un tratamiento en las personas, en este caso adultos mayores con déficit en el desempeño debido a una restricción en la capacidad cognitiva, se debe tener en cuenta los componentes del desempeño funcional, estos se refieren a los estímulos que recibe del medio y que se entienden de la siguiente manera: a) Componente sensorio motor; b) Componentes cognitivos e integración cognitiva; c) Componentes psicológicos y destrezas psicosociales.

En efecto, conocer estos componentes facilitará que la actividad de buenos resultados, debido a que algunos terapeutas ocupacionales pueden dar las indicaciones correctas a los propios pacientes o a sus cuidadores, acerca de que actividad debe realizar el adulto mayor, pero estos pueden no entender como llevarlas a cabo, por lo que abandonan las actividades luego de dar comienzo, o realizarlas de manera equivocada.

Por lo tanto, la idea central de esta publicación, es proveer datos de interés que permita estimular los componentes del intelecto, para facilitar desde terapia ocupacional la correlatividad entre la mente y el objeto, propiciando de este modo el desarrollo de las actividades más convenientes y de la manera más placentera.

En este sentido, el interrogante que se plantea es:

¿Que hace que las actividades fallen?

¿Que actividades son las adecuadas para los pacientes?

¿Todas las actividades pueden generalizarse a otros pacientes?

¿El terapeuta tiene conocimiento acerca de cuales son las más indicadas?

A modo de poder dar una idea general acerca de esta problemática, a continuación se desarrollan los interrogantes que se mencionan anteriormente.

¿Que hace que las actividades fallen?

Como bien menciona Claudia Allen ⁽²⁾ en el modelo de la discapacidad cognitiva, no todas las personas tienen la capacidad suficiente para comprender el significado de las actividades o las directivas que le da el profesional, por lo tanto las actividades pueden fallar si no se tiene en cuenta el nivel del intelecto con su respectivo nivel de funcionamiento, ante esta cuestión es necesario tener en cuenta al menos cuatro puntos de referencia:

a) Cual es el nivel del intelecto que posee la persona, b) Cuales son las actividades que puede hacer c) cuales desea hacer y d) cuales son las que esta en condiciones de hacer.

Tomando como base conceptual a Claudia Allen, podemos decir que la evaluación describe la mejor relación o adecuación entre lo que una persona biológicamente es capaz de hacer (CAN DO) lo que una persona psicológicamente desea o está motivado para hacer (WILL DO) y lo que una persona en el contexto se le permite hacer (MAY DO). ⁽²⁾

Si se tiene en cuenta las anteriores concepciones, el terapeuta tendrá al menos varios puntos resueltos para su intervención.

¿Está en condiciones de hacer?



Con una estimación inicial que le proporcione un punto de referencia acerca de las concepciones antes mencionadas, los terapeutas pueden realizar sus intervenciones de manera más eficiente y efectiva, para seleccionar y utilizar evaluaciones de seguimiento pudiendo así verificar y confirmar la capacidad cognitiva funcional de la persona, cómo esta capacidad impacta en el desempeño, y cómo las demandas de la actividad y los contextos pueden ser modificados o adaptados para que puedan optimizar el desempeño.

El seguimiento de la evaluación puede incluir la interacción adicional con la persona que está siendo evaluada, con la familia o los cuidadores para comprender mejor lo que la persona es capaz de hacer, lo que la persona está interesada en hacer, y lo que es posible en el contexto de la persona, así como para proporcionar más conocimientos acerca de los patrones de comportamientos observados durante las evaluaciones. Siempre que sea posible, es importante realizar el seguimiento de las evaluaciones que se les ofrecen a las personas en el desempeño de las actividades y como estas han significado para ellos. Esto permitirá asegurarse de que están motivados para producir su mejor desempeño.

¿Que actividades son las adecuadas para los pacientes?

Las actividades adecuadas para el paciente son aquellas que luego de estimar que actividades puede hacer o cuales desea hacer, nos permita determinar cuales está en condiciones de hacer dentro de su capacidad cognitiva funcional. El término "cognición funcional" hace sensible la visión para aquellos terapeutas que observan a las personas con dificultades cognitivas, ya que estos tratan de funcionar en su vida cotidiana. Si bien podemos discutir las limitaciones cognitivas e incluso las hipótesis acerca de las áreas del cerebro que se han visto afectados por la enfermedad o lesión, el centro de la preocupación de todo terapeuta y esfuerzos de intervención debe ser mucho menos en el área específica del cerebro que se ha visto lesionado, y mucho más sobre el resto de la capacidad de procesamiento cognitivo. Estas capacidades residuales y desempeño relativo, deben corresponderse con las demandas de la actividad para permitir un óptimo desempeño funcional y participación en actividades significativas de la vida cotidiana.

Para poder lograr un buen resultado, no solo se deben tener en cuenta las actividades sino que también es necesario considerar el curso de la patología, como además considerar el punto de vista del paciente a cerca de su realización, recordando que antes de todo esta la persona como un ser social y como ser pensante.

En condiciones estables o post-agudas, los terapeutas deben emplear un análisis detallado de las actividades relacionadas con los modos de desempeño, para identificar como una persona presta atención a las demandas de desempeño motoras y verbales de aquellas actividades significativas que la persona quiere hacer, destacando los objetivos de intervención relacionados con las actuales capacidades. Los modos de desempeño son subdivisiones de los niveles cognitivos del Modelo de la discapacidad cognitiva, estos analizan los roles en el desempeño de las actividades.

Puede ocurrir que cuando se les proporcionan actividades a los pacientes, los terapeutas no sean capaces de predecir que bits de información necesitan para capturar la atención de estos pacientes, en otras palabras no sean capaces de generar las señales sensoriales que contengan información para capturar y mantener la atención. Estas señales se basan en los cinco sentidos: visual, auditivo, táctil, olfativo, o propioceptivo, las que pueden surgir tanto desde dentro de la persona, del ambiente, como del contexto en torno a la persona

Estos bits de información son una regla fundamental que les permite a los profesionales saber en que modo de desempeño se encuentra el paciente. Entendiendo a los modos como aquellos que proporcionan una secuencia de esfuerzos perceptivos para el proceso de información adicional, permitiendo conocer acerca cuanta información esta recibiendo el paciente al momento de realizar actividades⁽³⁾.

Para las personas que presenten condiciones de deterioro progresivo como es el caso de la Enfermedad de Alzheimer, los terapeutas pueden recomendar actividades significativas que permitan mantener la protección y la seguridad de la persona, reduciendo así la carga del cuidado de la familia y de los cuidadores.

Aspectos a tener en cuenta:

- Fomentar la relación brevemente para conocer a la persona antes de la evaluación. Si la relación se puede establecer con la persona, hay menos probabilidad de obtener una negativa para que el paciente realice las actividades. También es más probable que un confortable contexto proporcione apoyo a la persona para un desempeño óptimo.
- Si no sabe averiguar qué ocupaciones y actividades necesita hacer la persona, y qué factores contextuales podrían afectar el desempeño de la persona en un funcionamiento futuro, identifique otros factores personales que puedan afectar su rendimiento, tales como las barreras del idioma, las deficiencias en la visión o la función de la mano, temblores, o la familiaridad con una actividad conocida.
- Si la persona usa lentes o un audífono para mejorar el rendimiento funcional, se debe tener la certeza de que la persona está usando estos dispositivos cuando se lo esta evaluando. Considere la posibilidad de posponer la evaluación si estos dispositivos no están disponibles.

¿Todas las actividades pueden generalizarse a otros pacientes?

Luego de determinar el nivel cognitivo y comprobar cual es la capacidad de procesamiento de la información del paciente, es necesario hacer una comparación entre los requerimientos de la actividad y capacidad cognitiva residual. Esto permitirá establecer si el paciente podrá realizar las actividades dentro de sus posibilidades cognitivas funcionales.

Es importante además hacer hincapié en la importancia del análisis de la actividad como parte de la selección y el uso de las actividades terapéuticas adecuadas que promuevan el buen desempeño, por lo tanto es necesario comprender las capacidades que presenta el paciente, comenzando con la identificación de las señales sensoriales significativas que este pueda incorporar.

Si se logra identificar cual es el nivel cognitivo de los pacientes y que actividad se corresponde con esta, el terapeuta tendrá una herramienta valiosísima, debido a que posee casi toda la información que necesita para poder llevar a cabo la intervención correspondiente en el ámbito de salud en el cual preste sus servicios.

¿El terapeuta tiene conocimiento acerca de cuales son las actividades más indicadas?

Si bien los terapeutas están formados para poder establecer cual es la evaluación más indicada, determinar que actividad puede hacer el paciente es algo que exige mayor compromiso no solo consigo mismo sino que también con el individuo, debido a que hay tener en cuenta la triada antes mencionada: lo que la persona puede hacer, las que desea hacer y lo que desea hacer.

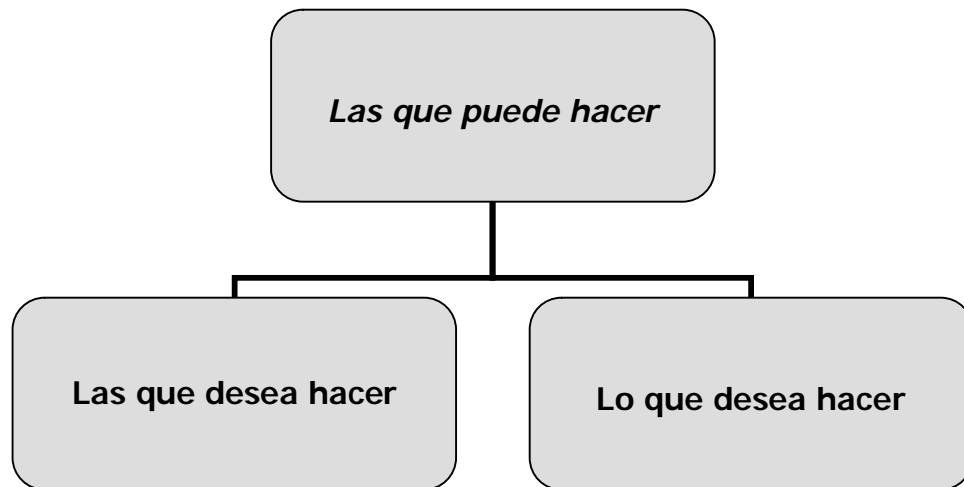


Figura 1. Triada de referencia de los aspectos para una actividad

Generalmente estos tres puntos de enfoque son tenidos en cuenta en los adultos mayores, para lo cual se utiliza la estimulación cognitiva, la que puntualmente se define como una intervención terapéutica de apoyo en el envejecimiento y complementaria al tratamiento farmacológico en ciertas patologías tales como la demencia u otras.

En este contexto, previo a introducirnos en las pautas para una buena intervención en la estimulación cognitiva, es necesario definir que es la cognición y cuales son los componentes del intelecto, tales como el Juicio, Percepción, Razonamiento, Memoria, Espacio temporal, Orientación.

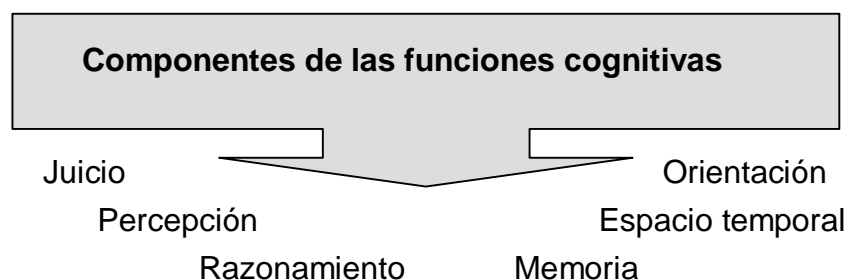


Figura 2. Cuadro organizativo de los componentes del intelecto

La cognición según Grieve ^(4,5) abarca: todos los procesos mentales que nos permiten reconocer, aprender, recordar y prestar atención a la información cambiante en el ambiente.

Mientras que Nessier ⁽⁵⁾, distingue a la cognición como al conocimiento que comprende a la actividad de conocer, esta a su vez involucra a la adquisición, organización, y uso del conocimiento.

En tanto, Varela ⁽⁶⁾, mencionan la cognición consiste en inactuar a partir de representaciones que se realizan físicamente en forma de códigos simbólicos dentro del cerebro.

También podemos decir que el concepto de cognición proviene del latín: cognoscere, es decir "conocer", este hace referencia a la capacidad que tienen las personas para procesar la información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos en detrimento de otros.

Para realizar la estimulación cognitiva, un terapeuta necesita evaluar frecuentemente la capacidad cognitiva de un paciente durante la realización de cualquier actividad que este está de acuerdo en hacer. Es frecuente escuchar negativas por parte de los pacientes cuando se le indican que realicen las pruebas estandarizadas, como también son buenas las excusas acerca de los malos resultados. Una evaluación justa y objetiva de la capacidad cognitiva, se basa en el supuesto de que el paciente quiera hacer la actividad. Por lo tanto, los terapeutas necesitan ser muy flexibles en la oferta de aquellas actividades que sean seductoras para las personas, para esto deben estar preparados para analizar cualquier actividad.

En este contexto, a lo largo de la vida las personas incorporan constantemente información del ambiente de acuerdo a la actividad que este realice, las que contribuyen a incrementar la capacidad del intelecto a través del ensayo error, posteriormente con el afianzamiento de la experiencia este sistema de ensayo error disminuye debido a que han incorporado una vasta fuente de información. No obstante el envejecimiento físico que avanza paulatinamente sin detenerse, el

envejecimiento cerebral de igual manera avanza pero sigue incorporando información.

Según Petersen ⁽⁷⁾ considera que Neuropsicológicamente, el envejecimiento cerebral se caracteriza por cambios cognitivos difusos poco discapacitante y que son más acentuados tanto en la esfera de la memoria, como en la rapidez de pensamiento y en el razonamiento.

Por lo tanto, si bien es cierto que hay investigaciones que apuestan a la farmacología como una herramienta que permita enlentecer el envejecimiento neuronal, contrariamente a esto el principal objetivo de las técnicas y estrategias no farmacológicas es mejorar la calidad de vida del paciente y su enfermedad.

Peña Casanova ⁽⁸⁾, establece algunos objetivos terapéuticos para las intervenciones cognitivas en la Enfermedad de Alzheimer, que bien pueden extenderse a otras patologías que incidan sobre el deterioro cognitivo, estas se detallan a continuación:

- 1) estimular y mantener las capacidades mentales;
- 2) evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales
- 3) dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente
- 4) estimular la propia identidad y autoestima
- 5) minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas
- 6) mejorar el rendimiento cognitivo
- 7) mejorar el rendimiento funcional
- 8) incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria
- 9) mejorar el estado y sentimiento de salud
- 10) mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o cuidadores

A lo largo del proceso de envejecimiento normal de una persona, el cerebro presenta cambios cuantitativos y cualitativos tanto en número de neuronas y extensión dendrítica, como en número y estructura de sinapsis. Estos cambios anatómicos, que son específicos de determinadas regiones (como el córtex o el hipocampo), probablemente se relacionan con disminuciones tanto en la capacidad conductual como en la plasticidad asociada al envejecimiento. Esta

disminución se refleja en diferentes cambios que podrían explicarse relacionándolas con el deterioro fisiológico y cognitivo asociado a la edad.

En consecuencia, el proceso de envejecimiento normal de una persona está íntimamente ligado con la plasticidad neuronal la que debe ser entendida como la respuesta que elabora nuestro cerebro, para adaptarse a las demandas y restablecer el desequilibrio secundario a una disfunción cerebral, constituyendo un concepto básico para comprender procesos tan aparentemente diferentes como el aprendizaje y la recuperación de funciones cognitivas y motoras tras una lesión ⁽⁸⁾. Para esta recuperación es necesario adoptar medidas tendientes a la rehabilitación tanto cognitiva como física.

Si bien Claudia Allen fue una de las pioneras en la década del 70 en intentar establecer criterios para intervenir a pacientes que padecían restricciones en la capacidad cognitiva, es decir en la capacidad de procesamiento de la información, sus técnicas de rehabilitación cognitiva fueron originalmente diseñadas para pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos, trasladando luego estas técnicas a personas afectados por lesiones cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, atención geriátrica, entre otros⁽⁹⁾. Por lo tanto el principio subyacente en la rehabilitación cognitiva postulado desde este enfoque, se basa en la aplicación de estrategias específicas de rehabilitación adaptadas a los déficits específicos de cada paciente. Si bien existen principios generales acerca de las técnicas de rehabilitación de cada función cognitiva, la rehabilitación cognitiva también es una arte en el cual el terapeuta debe diseñar programas de rehabilitación específicos que generalmente no se puede universalizar a otro paciente. En las sesiones de rehabilitación se le enseña al paciente cómo compensar las dificultades de las funciones cognitivas, casi como si se programara un computadora, en este caso utilizando funciones cognitivas preservadas con el objetivo de recuperar, mantener o aprender competencias específicas. La rehabilitación cognitiva es un proceso largo y por lo tanto puede suceder que sea costoso económicamente.

Una buena recomendación para aquellas personas que tratan o cuidan a estas personas que presentan dificultades para procesar la información, es que sepan

diferenciar al olvido patológico de los olvidos ocasionales, debido a que puede suceder que durante la etapa de abordaje el individuo olvide momentáneamente tanto las directivas para realizar la actividad, como el lugar donde dejó los elementos para trabajar.

Este déficit amnésico si bien suele constituir el trastorno inicial en la Enfermedad de Alzheimer, también puede coexistir en el envejecimiento fisiológico sin llegar a alcanzar un grado patológico. Por tal motivo es importante conocer la existencia de algunas estrategias que pueden reducir estas deficiencias. Para esta estrategia es posible que dependiendo del caso al cual se este tratando, una buena organización tanto de la actividad cualquiera sea ella como de la ubicación de los elementos de uso diario, permitan mantener ciertas habilidades amnésicas, tales como la atención y la memoria, que en definitiva es el centro de la rehabilitación cognitiva.

Para poder realizar de manera correcta la estimulación cognitiva que permita hacer uso de la capacidad residual, a continuación se desarrollan una serie de pautas:

1. *Escribir notas efectivas:*

Cuando el paciente centra su atención en resumir una información, exige primordialmente focalizar que es lo que hemos anotado durante el día, resumirlo, y transcribirlo en otras palabras. Este proceso le permite fijar la información en la memoria. Hacer resúmenes de las notas facilita la cantidad de cosas que tenemos que recordar, secundariamente a esto facilita la evocación y doblemente el ejercicio mental.

2. *Organizar la memoria de los lugares.*

Poner siempre los elementos en el mismo lugar, de manera que establezca un hábito en la memoria, si los elementos están en el mismo lugar la organización facilitará siempre saber dónde buscar cosas tales como: llaves en el llavero, libros en la biblioteca, teléfonos celulares y anteojos sobre la mesita del recibidor:

3. *Conformar una lista de tareas pendientes.*

Realizar una lista de todas las tareas que tiene que hacer pegándolas en muebles, heladeras, tableros, una vez finalizada la tarea pendiente marcar la tarea realizada.

4. Utilizar un calendario semanal o mensual de las actividades.

Establecer un calendario en el cual se pueda tener presente las actividades de toda la semana o mes, el que nos facilitará recordar visitas con el médico, aniversarios u otros acontecimientos.

5. Tener siempre a mano una agenda.

Permitirá tener siempre presente todo lo que tenemos que hacer. Algunas de ellas contienen calendarios, fechadores, alfabéticos telefónicos, apuntadores que de alguna manera son un organizador de las actividades.

6. Desarrollar hábitos de memoria.

Realizar actividades repetitivas favorece la creación de los hábitos, beneficia a la memoria porque automatiza ciertas actividades que facilita el recuerdo. Un buen ejemplo, es tener el hábito de controlar la agenda al iniciar la actividad diaria.

7. Crear rutinas.

Tanto los hábitos, las rutinas, como los mismos comportamientos, facilitan el buen funcionamiento cotidiano en personas que presenten o se sospeche déficits amnésicos. Si se les realizan cambios abruptos, las personas se desestructurarán y se confundirán provocando en algunas ocasiones daños irreversibles a su propia persona.

8. Utilización de ayudas externas.

Utilizar un diario íntimo permitirá que los pacientes anoten información relevante sobre su pasado, presente y futuro. La utilización del mismo resultará muy beneficioso para el paciente debido que al repasarlo no se sentirá tan desorientado y su vida tendrá un sentido, con pasado, presente y futuro. En definitiva una historia de vida.

9. Utilización de objetos.

Algunos objetos determinados les permitirán recordar citas, cumpleaños, eventos, fechas patrias, entre otros, estos objetos pueden ser libretas electrónicas, reloj-despertador o avisador, teléfonos móviles con alarmas y recordatorios. Otras

estrategias pueden ser hacer un nudo en un pañuelo, cambiarse un anillo de dedo, o anotar en un papel y luego colocarlo en el anillo, poner notas en lugares donde pueda verlos, agrupar objetos como llaves, agenda, portafolio o anteojos para que al usarlos estén todos a su disposición.

10. Otras personas

Un cuidador o familiar puede resultar de utilidad, debido a que estos les harán saber qué actividades debe realizar durante el día.

Existe una gran cantidad de profesionales e investigadores que han planteado diferentes programas de estimulación cognitiva. Cada uno de estos programas tiene objetivos específicos diseñados para diferentes contextos y poblaciones.

Cuando nos encontramos ante poblaciones con envejecimiento normal, los programas de estimulación cognitiva se pueden diseñar básicamente como una respuesta a quejas de pérdida de memoria, mientras que en aquellos pacientes que presentan procesos neurodegenerativos como la Enfermedad de Alzheimer, mal de parkinson, demencias, entre otros, las intervenciones consistirán en un tratamiento farmacológico con intervenciones complementarias de terapia ocupacional, como también de otras disciplinas. El objetivo principal tanto de las intervenciones complementarias farmacológicas como no farmacológicas, es retardar o endentecer el deterioro cognitivo favoreciendo el mantenimiento de las competencias necesarias para las actividades de la vida cotidianas. Si bien existe una gran variedad de fármacos para este tipo de tratamiento, por tratarse de patológicas que solo interviene un medico con especialidad en neurología a continuación solo se describen algunas estrategias no farmacológicas:

1. Orientación a la realidad.

Consiste en orientar al paciente acerca de la información relacionada con la actualidad, fundamentalmente con lo referente al tiempo, espacio y lugar, permitiendo que este pueda discernir entre fechas, datos personales, o circunstancias que han sido relevantes a lo largo de su vida, por ser un técnica multimodal, es decir verbal, visual, escrita o gestual es una de las técnicas que permiten morigerar tanto la desorientación como la confusión que presenta el paciente.

Estos tipos de abordajes, son indicados para propiciarle al paciente la estimulación necesaria que permita mejorar o mantener el estado de desorientación, mediante una comunicación fluida entre la díada terapeuta-paciente.

2. *Terapia de Reminiscencia.*

Es un abordaje agradable, útil, y de fácil aplicación, debido a que parte de viejas fotografías, libros, revistas, vestimentas, artículos domésticos, y todo elemento que sea de importancia propician el recuerdo de hitos que marcaron su vida. Se evocan acontecimientos históricos y vitales del paciente y se prioriza las vivencias que ha experimentado el paciente frente a la capacidad de recordar. El objetivo de esta intervención es estimular la identidad y la autoestima del paciente.

La reminiscencia se refiere generalmente al recuerdo hablado de aquellos acontecimientos por los que ha pasado la persona, estando solo o en compañía de uno o más individuos. Esta técnica facilita hacer una revisión de estos hechos para estimular y favorecer el recuerdo. Hacer una revisión de la vida, es hacer una revisión de las metas y anhelos que se formularon a lo largo de su historia. Generalmente esta revisión, es una ayuda para incentivar al paciente a que realice las actividades relacionadas con las que no ha podido llevar a cabo en su etapa productiva.

3. *Programas de estimulación cognitiva.*

Este tipo de intervención tiene como objetivo la rehabilitación y estimulación de las diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en aquellas que han sido deterioradas sino que además puede extenderse a la estimulación de aquellas que esta preservadas o relativamente preservadas. Con este tipo de intervención se trabajarán distintas funciones cognitivas tales como la atención, memoria, lenguaje, coordinación óculo-manual, reconocimiento visual, funciones instrumentales (lecto-escritura y cálculo) y razonamiento abstracto.

Claudia Allen ⁽¹⁰⁾, en su teoría de la discapacidad cognitiva propone que las actividades de estimulación cognitiva sean de acuerdo a cada nivel cognitivo, es decir que para aquellos de nivel cognitivo bajo las actividades sean solo de estimulación mientras que los del nivel cognitivo alto, sean de rehabilitación. Para

ello será necesario que periódicamente se haga una evaluación de la capacidad del intelecto para verificar si las actividades se corresponden con cada nivel.

Sin embargo otros autores como De Rotrou ⁽¹¹⁾, proponen sesiones grupales de 90 minutos, con una frecuencia semanal, conformados por grupos de no más de 8 a 10 pacientes en los que se trabajen los diferentes contenidos cognitivos tales como:

a). Orientación temporo-espacial:

Este abordaje permite trabajar tanto el tiempo como el espacio, para este tipo de actividad es necesario repasar acontecimientos como, fiestas tradicionales, cumpleaños, hitos históricos, entre otros.

b). Sucesos del pasado o recientes:

El recuerdo de los acontecimientos transcurridos a lo largo de la semana anterior permite reforzar la identidad, la autoestima y la autoconfianza, fortalecer además la memoria episódica y reducir la apatía y la abulia que provoca estar en establecimientos geriátricos, la cual se ve aumentada debido a que no es lugar habitual de residencia.

c). Lectura de Noticias:

Los pacientes mediante la lectura de las noticias, recuerdan acontecimientos actuales tanto nacionales como internacionales, políticos, económicos, sociales, y culturales, este abordaje refuerza la memoria semántica, la fluidez verbal y también reduce el aislamiento debido a que esta actividad requiere el intercambio de información permitiendo de esta manera la socialización.

d). Categorización semántica:

Mediante este abordaje lo pacientes ejercitan competencias funcionales como son la denominación, organización verbal, ortografía o la imaginación, a través de la lectura de textos en periódicos, revistas, libros, clasificando los conceptos principales o palabras significativas, a través de la construcción de asociaciones y decodificaciones contextuales.

e). Estimulación de las Funciones ejecutivas:

Consiste en realizar ejercicios matemáticos, geométricos y de aritmética, permitiendo la resolución de problemas, estimulando la atención y concentración,

y el razonamiento abstracto, cuyo objetivo es fortalecer la capacidad para el control mental, facilitar el juicio, la planificación, el razonamiento abstracto, la flexibilidad mental y la toma de decisiones

4. Modificación o adecuación ambiental.

En aquellos pacientes con condiciones médicas estables o con discapacidades a largo plazo que producen limitaciones cognitivas residuales, (como a.c.v., lesiones traumáticas, discapacidades del desarrollo, demencia, esquizofrenia, entre otros) las estrategias de intervención más variables, son las compensaciones ambientales, estas compensaciones buscan igualar la limitación producida por la patología cerebral, modificando el ambiente donde se desarrollan las tareas, para compensar las capacidades deficientes.

La modificación consiste en realizar cambios necesarios en el entorno para que el paciente realice las actividades de modo más seguro, adaptando los elementos a sus necesidades, permitiendo además que pueda ser lo más independiente posible, durante más tiempo y beneficiando al paciente para que se sienta menos frustrado ante las demandas del entorno.

5. Técnicas de comunicación y terapia de validación.

Este tipo de abordaje pretende favorecer desde la comunicación la relación terapeuta-paciente, en donde el profesional refuerza con palabras positivas toda actividad que el paciente realiza en forma inexacta, evitando que entre en conflictos internos y abandone la tarea, incrementa además su autoestima ante la posible declinación de las alteraciones cognitivas, reforzando la identidad personal del paciente, revalorizando la dignidad personal.

Para este abordaje un aspecto a tener en cuenta es hablar claro y pausadamente, ofrecer mensajes cortos y claros, utilizar un tono de voz adecuado y audible, solicitar las cosas de modo agradable y dar el tiempo que sea necesario para responder como para realizar las actividades, una buena medida es sentarse a la izquierda de la persona para que pueda ver como llevar a cabo cada actividad.

6. Musicoterapia.

Satisfacer las necesidades emocionales, sociales y espirituales son unos de los objetivos y metas de este abordaje, favoreciendo además la estimulación sensorial

como de la memoria, estimulando a que realice una buena entonación melódica, y ejercitando la capacidad auditiva rítmica.

Otro buen complemento es la construcción de instrumentos musicales para poder ejecutarlos, o alternando con el canto y el baile facilitando así la estimulación de las funciones cognitivas alteradas o manteniendo las funciones que se están deteriorando.

7. Ludoterapia.

Realizar distintos juegos, tiene la particularidad de que casi ninguna persona se niega a involucrarse debido a que el hombre es un ser incapaz de responder a la música.

A través de este abordaje se pueden facilitar algunos cambios en la conducta habitual, facilita la capacidad para mantener el interés, focalizar la atención, disminuir algunos efectos de la depresión, ansiedad o desesperación.

Si se logra que el paciente se integre a esta actividad y secundariamente obtenga resultados positivos, consecuentemente aumentará su autoestima y facilitará la inclusión a los distintos grupos.

Conclusión

Las estrategias de intervención de terapia ocupacional, deben orientarse hacia una universalidad de premisas tales como formulación de la situación clínica actual del paciente, conocimiento de la medicación utilizada, conocimiento de la capacidad cognitiva residual, reformulación de los ejes principales acerca de cuales son las actividades que puede hacer, cuales desea hacer y cuales son las que esta en condiciones de hacer el paciente.

Terapia ocupacional, puede contribuir estimulando los componentes de la cognición para orientarlos desde cada unos de estos hacia una actividad u objeto específico, encaminado a mantener o retardar el deterioro, favoreciendo la capacidad de superación ante las dificultades que se presentan diariamente, potenciando las habilidades y hábitos intactos.

Los profesionales mediante la entrevista inicial, evaluación y observación, formulan valoraciones acerca de las potencialidades del paciente,

complementariamente a esto analizan las actividades con la finalidad de ajustarlos a las capacidades remanentes.

No obstante, puede ocurrir que sea necesario realizar adaptaciones o adecuaciones en el ambiente, en aquellos elementos de uso particular del individuo para facilitar la realización de las actividades, como del control para el uso de los objetos.

En consecuencia, debe tener un amplio conocimiento acerca de cómo estimular las funciones del intelecto, para poder usarlas como una extensión de la mente – cuerpo dirigido hacia una actividad, logrando que sean una combinación única.

Bibliografía

1. Hopkins; H. L. & Smith, H. D. (1988). Willard and Spackman's occupational therapy. Philadelphia J. B. Lippincot.
2. Allen, C. K., Austin, S. L., David, S. K., Earhart, C. A., McCraith, D. B, & Riska-Williams, L. Manual for the Al/en cognitive level screen-5 (ACLS-5) and Large Allen cognitive level screen-5 (LACLS-5). Camarillo, CA: ACLS and LACLS Committee. (2007).
3. Allen, C.K., Earhart, C.A., & Blue, T. Occupational Therapy Treatment Goals for Physically and Cognitively Disabled. American Occupational Therapy Association, Rockville, Maryland. (1992).
4. Allen, C.K. Independence through activity: The practice of occupational therapy (psychiatry). American Journal of Occupational Therapy, (1982). 36. 731-739
5. Grieve, June. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales, Evaluación de la percepción y de la cognición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, (1995).
6. Varela Francisco J. Thompson Evan y Eleonor Rosch. De Cuerpo Presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. España. 1992. Editorial Gedisa.
7. Petersen RC, Smith G, Kokmen E y cols. Memory function in normal aging. Neurology 1992;42:396-401
8. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundació "La Caixa", 1999.
9. Valverdi J. Terapia Ocupacional. Cuadernos de repaso para entender al: MARCO DE REFERENCIA DE LA DÍCAPACIDAD COGNITIVA / Aplicado a los adultos mayores (citado en el mes de diciembre 2008) disponible en <http://www.espaciotovenezuela.com/adultos.html>
10. Allen, C.K. (1982). Independence through activity: The practice of occupational therapy (psychiatry). American Journal of Occupational Therapy, 36. 731-739
11. De Rotrou J, Cantegreil-Kallen I, Gosselin A, y cols. Cognitive Stimulation: A New Approach for Alzheimer's Disease Management. Brain Aging 2002;2:48-53.