

BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVO / COMUNICATIVO EN ADULTOS CON DETERIORO COGNITIVO MODERADO DERIVADO DE DEMENCIA

Johanna Rodríguez Riaño¹
Diana Marcela Basto Moreno²

Fecha de Recepción: 19 de julio de 2012
Fecha de Aprobación: 30 de octubre de 2012

Resumen

La estimulación cognoscitiva va de la mano con habilidades comunicativas indispensables para promover actos de pensamiento, conociendo que el lenguaje y el pensamiento son habilidades recíprocas, dependen y coexisten. Se planteó el diseño y aplicación de un programa de estimulación cognoscitivo-comunicativa, para sujetos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia, durante. Se objetivó mantener, promover y/o compensar habilidades para la interacción comunicativa efectiva con su entorno. Se implementó el programa basado en actividades grupales e individuales y se usó como estrategia principal la interacción comunicativa. Participaron seis personas con diagnóstico neuropsicológico de demencia en estadio leve a moderado. Se realizó evaluación inicial y posterior de desempeño cognoscitivo y comunicativo para determinar cambios; la evaluación luego del programa mostró discretos cambios en pruebas de nominación, evocación y secuencialidad. La interacción comunicativa mostró tiempos superiores en atención, mantenimiento del tema de conversación e identificación de su interlocutor. Esto sugiere que estos programas pueden aportar al beneficio de contextos comunicativos que apoyen las relaciones interpersonales desde la interacción efectiva y contribuyan con otros procesos cognitivos superiores.

Palabras clave: demencia, trastornos cognitivos, terapia cognitiva, trastornos de la comunicación, fonoaudiología.

¹ Fonoaudióloga, Magister en Neurociencias. Universidad Nacional de Colombia. Investigadora, Grupo Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal: Estudio y Abordaje, Corporación Universitaria Iberoamericana. lj.rodriguezr@laibero.net

² Fonoaudióloga. Corporación Universitaria Iberoamericana.

BENEFITS OF A COGNITIVE - COMMUNICATIVE STIMULATION PROGRAM IN ADULTS WITH DERIVATE MILD COGNITIVE IMPAIRMENT OF DEMENTIA

Abstract

Cognitive stimulation goes along with communication skills necessary to promote acts of thinking, knowing that language and thought are reciprocal skills. This study proposed the design and implementation of program with cognitive and communicative for subjects with mild cognitive impairment resulting from dementia. The objective to maintain, promote and compensate communicative skills for effective interaction with their environment. Program was implemented based on group and individual activities and used as the main strategy communicative interaction. Six participants with neuropsychological diagnosis of mild to moderate dementia. We performed initial assessment and subsequent cognitive and communicative performance to determine changes, then the program evaluation showed evidence of discrete changes in nomination, evocation and sequentiality. Communicative interaction showed higher stroke care, keeping the conversation focused and identification of the caller. This suggests that these programs can provide the benefit of communicative contexts that support interpersonal relationships from the effective interaction and contribute to other cognitive processes.

Key words: dementia, cognitive disorders, cognitive impairment, cognitive therapy, communication disorders, speech and language pathology.

INTRODUCCIÓN

Además del deterioro típico de las habilidades cognitivas relacionado con el progreso de la edad, la condición de adulto mayor genera vulnerabilidad frente a múltiples patologías neurológicas adquiridas y/o degenerativas (accidentes cerebrovasculares, traumas craneoencefálicos, demencias) que inciden negativamente en las habilidades cognitivas. Las habilidades comunicativas como parte de los procesos superiores, inevitablemente suelen estar afectadas por múltiples factores entre ellos, el avance de la edad, la restricción social, el cambio de roles y las condiciones de salud (Geschwind, 1985; Hernández, Malagón & Rodríguez, 2006; Juncos, 1998).

Las características cognitivas se relacionan con bajas habilidades para adquirir nuevas memorias y suelen confundirse con actitudes relacionadas

con el progreso de la edad o la instauración patologías como la Enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad de Parkinson, la Demencia Frontotemporal, entre otras. Puede aparecer además, confusión mental, irritabilidad y agresión, cambios del humor, trastornos del lenguaje, pérdida de la memoria y el aislamiento a medida que las habilidades declinan (Ritchie, Touchon, Ledesert, Leibovici, & Gorce, 1997; Small, Stern, Tang & Mayeux, 1999).

Los déficits en comunicación como consecuencia de un daño neurológico se traducen en incapacidades para comunicarse, entender o expresar ideas de forma oral o escrita. La alteración del lenguaje verbal se denomina afasia, y se define como la pérdida de las habilidades para la producción o comprensión del lenguaje hablado o escrito por una lesión neurológica (Morato, 2003).

Las alteraciones comunicativas son ampliamente referidas en la literatura; en el lenguaje (afasia o trastorno de la comprensión y expresión del lenguaje); en el habla (la disartria o apraxia, alteraciones en el control y planeación motora); en la audición (pérdidas neurosensoriales, hipoacusias); alteraciones de procesamiento central auditivo y alucinaciones auditivas y, en los procesos cognoscitivos (alteraciones visoespaciales, en el razonamiento abstracto), en el cálculo matemático, déficit de aprendizaje (Barroso, 1997; González & Gómez, 2006).

Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno (2003), aseguran que los tratamientos farmacológicos actuales ofrecen moderados beneficios sintomáticos, pero no existe aún, tratamiento que retarde o detenga el progreso de la enfermedad, como factores de prevención frente al deterioro cognitivo y las demencias, se han sugerido variados hábitos conductuales, como la estimulación mental y una dieta balanceada, pero no existe evidencia real acerca de los beneficios de esas recomendaciones.

La importancia de la interacción comunicativa, en la tercera edad, se hace más visible que nunca, ya que permite y facilita vínculos participativos con el contexto social y familiar, cuando la rutina habitual cambia, los amigos ya no están en el mismo lugar, el círculo familiar se modifica, y la condición de salud interfiere en el desarrollo de actividades, esta interacción se perturba y genera aislamiento y exclusión. Las alteraciones específicamente en el léxico, la sintaxis, y el discurso son las más afectadas en el adulto mayor (Barroso, 1997; Boada & Tárraga, 2002; Hernández, et al., 2006; Meilán, Pérez & Arana, 2006).

La evidencia ha permitido comprobar que la demencia leve-moderada aproximadamente en el

75% de los casos logra beneficios de terapias adicionales a lo farmacológico; se han correlacionado otro tipo de estrategias terapéuticas sintomáticas y paliativas en beneficio del propio usuario y de su familia (Tárraga, 1991; Tárraga, 1994; Tárraga, 2001; Zanetti et al., 2001).

Estos enfoques provienen de diferentes áreas y se basan en diversos modelos de intervención, entre ellos, el más importante y usado es la estimulación cognitiva (Muñiz et al., 2005; Olazarán et al., 2004). Actividades como, escribir, ver cine, participar en grupos, leer, hacer juegos de mesa, tocar instrumentos musicales, hacer sopas de letras, rompecabezas, crucigramas, anagramas y otras actividades lúdicas, son experiencias que parecen disminuir el riesgo de deterioro cognitivo y conservar habilidades cognitivas aportando al mantenimiento de funciones de memoria, lenguaje, lógica, cálculo entre otros (Juncos, 1998; Olazarán, Poveda, Martínez & Muñiz, 2007; Palmero & Meilán, 2008; Peña-Casanova, 1999).

Estas actividades están mediadas directa o indirectamente por los procesos de aprendizaje y las experiencias cotidianas y emocionales que permiten mantener capacidades mentales y de comunicación entre el pensamiento y el entorno donde se desenvuelve el ser humano. Si los canales de comunicación están dispuestos para intercambiar información con el medio el uso de estos canales permitirán ejercitar habilidades cognitivas en el diario vivir y en actividades específicas (Hernández, et al, 2006; Juncos, 1998; Kuhl, 1986; Mateos, Meilán & Arana, 2002).

El canal usado en estos programas de estimulación es la comunicación desde lo sensoriales (visuales, auditivas, motoras, táctiles, olfativas), con procesos cognitivos (lenguaje, sensaciones, memoria, comportamiento, lógica), siempre co-

laborativa y complementariamente con elementos sociales, emocionales y motivacionales. Así, los programas de estimulación cognitiva deben optimizar la cognición, prevenir alteraciones en conducta y mantener en lo posible funciones cognitivas de usuarios con deterioro cognitivo, estas metas deben repercutir positivamente en el contexto familiar y en las relaciones asistenciales y familiares que logren disminuir la carga emocional del manejo y la interacción con personas con deterioro cognitivo y/o demencia (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2000; Zunzunegui et al., 2003).

Los programas referidos en la literatura para personas con demencia y/o deterioro cognitivo, generalmente se basan en el entrenamiento de capacidades específicas que apuntan a mantener habilidades específicas, sin embargo en la Enfermedad de Alzheimer y en otras demencias los programas de estimulación cognitiva deberían apuntar a varios procesos donde se complementen unos con otros (Peña-Casanova, 1999; Rodin & Langer, 1977; Tárraga, 1994; Woods & Britton, 1977; Woods, 2003)

Los enfoques básicos de estimulación cognoscitiva apuntan a la recuperación de habilidades perdidas, tratan de mantener únicamente habilidades cognitivas generales del paciente o la recuperación de habilidades cognitivas básicas deterioradas por la falta de ejercicio intelectual propio del envejecimiento (jubilación, pérdida de capacidades físicas y sensoriales, etc.), son programas generales, que intervienen sobre el procesamiento cognitivo y usan diversas tareas educativas.

Estos programas de estimulación cognitiva, suelen ser muy útiles con personas que no tienen daño cognitivo y comienzan a sufrir deterioros leves en sus funciones cognitivas; su alcance es

limitado, y pueden tener menores resultados en personas con algún grado de deterioro, suelen ser transitorios y pueden aportar frustración por la incapacidad para adaptarse a las capacidades reales de los pacientes a quienes van dirigidos (Montejo, Montenegro, Reinoso, De Andrés, & Claver, 1999; Montejo, Montenegro, Reinoso, De Andrés, & Claver, 1997; Martínez, 2002).

El International NPT Project y los expertos que lo conforman ha rotulado las acciones de este tipo de programas dentro de las Terapias no Farmacológicas (TNF); son intervenciones basadas en la modificación de signos cognitivos o el mantenimiento de habilidades del mismo tipo, a través de estrategias igualmente interactivas, comportamentales y cognitivas; estas se clasifican de acuerdo a quien va dirigido (paciente, cuidador, familiar) (Olazarán et al. 2007).

Peña-Casanova (1998), plantea ampliamente el concepto de estimulación cognitiva que incluye diversos métodos que plantean como objetivo modificar o mantener habilidades cognitivas del paciente con el fin de mejorar el rendimiento y la conducta. La terapia cognitiva define el tipo de procedimiento a intervenir, los objetivos del mismo y define claramente los resultados que se esperan lograrse.

La estimulación cognoscitiva se presenta dentro del grupo de intervenciones no farmacológicas; el objetivo de este tipo de programas es proporcionar herramientas para trabajar con las personas que sufren algún tipo de deterioro cognitivo y de esta manera, mantener y en lo posible retrasar el deterioro y pérdida de sus capacidades cognoscitivas. Por lo general, deben incluir actividades estructuradas encaminadas a promover, estimular y mantener procesos cognitivos de atención, percepción, memoria y lenguaje

(Calero, Navarro, Arrendó, G^a Berben & Robles, 2000; Peña-Cassanova, 1998).

Los programas deben incluir objetivos, estrategias de implementación, se debe tener en cuenta condiciones ambientales adecuadas en iluminación, niveles de ruido, climatización y confort personal, para que la intervención sea placentera para el usuario, a su vez debe incluir tareas específicas con material adaptado para la población de acuerdo con sus necesidades particulares, gustos y cotidianidad (García, 2005; Morato, 2003).

Peña-Cassanova, (1998), sugiere que un programa de estimulación cognitiva debe ser evidente y sustentable desde modelos teóricos existentes, ser individualizado y debe garantizar una intervención en integral; cuando sea posible, debería incluir un componente interdisciplinar. Además, debe tener un orden de prioridades respecto a los objetivos establecidos para la intervención, estar adaptado al sujeto, ser gradual y progresivo e incluir dentro de las acciones terapéuticas las habilidades cognitivas conservadas, el inicio debería ser lo antes posible y prolongarse durante el tiempo necesario.

Los programas de estimulación cognoscitiva ofrecen al paciente información sobre la ejecución de acuerdo al desarrollo de las tareas, así como reforzar el trabajo realizado, dando más valor al esfuerzo que al propio resultado. El orden de las tareas en las sesiones tanto para iniciar como para terminar debe ser claro, las actividades deben fomentar la motivación del usuario, donde las tareas que requieren más esfuerzo se desarrollen en la mitad de la sesión; indiscutiblemente se deben tener en cuenta lo afectivo y motivacional del usuario; todo esto seguido de la evaluación permanente de la ejecución y la consiguiente revisión periódica del programa para

realizar los cambios que se consideren oportunos (Montejo, et al., 1997; Montejo, et al., 1999; Olazarán, et al., 2007; Tárraga, 1991; Tárraga, 1994; Woods, 2003).

Las técnicas, estrategias y actividades propuestas en un programa de estimulación cognoscitiva deben permitir como elemento inicial la motivación de o de los participantes, durante todo el desarrollo de la terapia, y paralelamente permitir adaptabilidad y facilitación según los intereses y particularidades de cada persona, permitiendo sus participación desde las habilidades conservadas (Tárraga, Boada, Morera, Domènech, & Llorente, 1999).

El objetivo de esta investigación fue la construcción de un programa de estimulación cognoscitivo - comunicativa en población adulta mayor con demencia derivada de Demencia encaminado a mantener y promover las habilidades cognitivas y comunicativas a través de la interacción.

El programa se construyó a partir de diversos modelos internacionales, sin embargo se particularizó en la selección de estrategias y actividades, teniendo especial interés en correlacionar las habilidades cognitivas con estrategias comunicativas, que permitieran mantener y estabilizar lo más eficiente posible las capacidades cognitivas, comunicativas y conductuales de los usuarios con alteración en procesos superiores y además intentar lentificar el deterioro en habilidades comunicativas y cognitivas conservadas.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo explicativo, cuasi experimental, se hizo un pre test usando una evaluación inicial y se observó la interacción comunicativa del usuario, la fluidez verbal fonológica

y semántica y los componentes evaluados por el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) de Folstein, lo que permitió una caracterización inicial de la población; el mismo protocolo se usó en post test luego de la implementación del programa de estimulación, para determinar posibles cambios en las habilidades cognoscitivo comunicativas y el uso de estas en la interacción con su entorno.

Participantes

La población fue seleccionada por conveniencia de manera no probabilística, con criterios de inclusión de diagnóstico neuropsicológico de Enfermedad de Alzheimer, Demencia Frontotemporal y Demencia Mixta, en estadio moderado; con nivel de educación de más de nueve años.

El grupo en el que se implementó el programa estaba institucionalizado, compuesto por 6 sujetos, 4 hombres y 2 mujeres, con un rango de edad entre 64 y 84 años y entre 9 y 15 años como nivel de escolaridad; quienes cumplían con los criterios de inclusión emitidos por un grupo interdisciplinar y a través de opinión neuropsicológica experta.

Procedimiento

Se construyó el programa de estimulación cognoscitivo comunicativa como un instrumento, para mejorar, mantener, potencializar y compensar las capacidades y habilidades cognitivas de personas con deterioro cognitivo derivado de Demencia; usando la interacción comunicativa como base junto con las capacidades cognitivas preservadas.

El programa contiene recomendaciones para el desarrollo exitoso, así como estrategias sugeridas para apoyar la intervención exitosa, (comunicación verbal, re interpretación de la comunicación y la conducta, estimulación de la expresión, mo-

tivación a la acción; comunicación no verbal; parafraseo; uso de experiencias pasadas). Las actividades se plasmaron de acuerdo a sus participantes como grupales e individuales; y se compilaron por objetivo de trabajo; con un total de 52 actividades dentro de las categorías de interacción comunicativa, lectura, escritura, nominación y denominación; cada actividad estaba explícitamente establecida con objetivos, materiales y procedimiento.

La implementación del programa se estableció en jornadas de 4 horas durante cinco días a la semana por tres meses consecutivos, en donde se desarrollaron tareas grupales o individuales de acuerdo a la disposición de los participantes, la institución y el contexto general. Se promovió el desarrollo dentro de un entorno comunicativo funcional con adecuados niveles de ruido, higiene, iluminación, comodidad física y emocional.

RESULTADOS

La evaluación inicial previa a la implementación del programa en la Tabla 1, mostró deterioro en la comprensión y expresión verbal y dificultades en tareas de nominación, mejor rendimiento en repetición, nominación, orden de tres pasos, con demandas de claves fonéticas y semánticas, alto nivel de frustración. La prueba de fluidez verbal muestra puntajes por debajo 4 palabras en un minuto; con dificultad evidentemente marcada en las pruebas de fluidez fonológica. Los resultados mostraron que la población se caracterizaba por un deterioro moderado en capacidades cognitivas que interferían con el desarrollo de sus actividades cotidianas.

La interacción comunicativa mostró que en los participantes realizaban contacto visual y seguimiento visual esporádico, ligado directamente

al interés personal por el estímulo, su expresión verbal oral se complementa con algunos movimientos corporales y faciales como apoyo a la interacción. Los aspectos paralingüísticos mostraron prosodia y fluidez adecuadas cuando se usan para interactuar, las funciones pragmáticas son básicas, muchas veces es imposible iniciar o continuar una conversación o el tema de la misma; dificultad en el reconocimiento del contexto, con pérdida en precisión de conceptos, reemplazándolos con circunloquios, parafasias, y anonomias, su vocabulario es significativamente reducido. Reconocen su nombre sin embargo el inicio y mantenimiento de tema es muy bajo, realizan preguntas repetitivamente; con baja efectividad en la interacción con sus pares.

Los resultados obtenidos en las tres pruebas permitió caracterizar habilidades cognoscitivo-comunicativas básicas sobre las cuales se diseñó el programa de estimulación y con la que se realizó la prueba pos test.

Tabla 1. Resultados de evaluación inicial antes de implementación del programa.

| SUJETO | MMSE ^a | INTERACCIÓN COMUNICATIVA ^b | FLUIDEZ VERBAL | |
|--------|-------------------|--|----------------|-----------|
| | | | Fonológica | Semántica |
| 1 | 11/30 | 14/23 | 3/15 | 3/15 |
| 2 | 19/30 | 17/23 | 10/15 | 3/15 |
| 3 | 18/30 | 22/23 | 4/15 | 3/15 |
| 4 | 16/30 | 14/23 | 4/15 | 3/15 |
| 5 | 17/30 | 21/23 | 7/15 | 4/15 |
| 6 | 15/30 | 16/30 | 6/15 | 4/15 |

^a El MMSE evalúa orientación/10, memoria/3, atención y cálculo/5, evocación/3, lenguaje/9. El puntaje total es 30.

^b La prueba de fluidez verbal semántica y fonológica mide principalmente la velocidad y facilidad de producción verbal y la disponibilidad para iniciar una conducta en respuesta a una tarea novedosa; frente a la solicitud de evocar en un minuto palabras excepto nombres propios que inicien por /A/, /P/ y /F/ y palabras de las categorías gramaticales frutas y animales.

^c La interacción comunicativa se evaluó con aspectos verbales, no verbales, paralingüísticos y pragmáticos usados durante la interacción espontánea con pares; son 23 ítems calificados como (A) Adecuado (I) Inadecuado y (NS) No se observó, el puntaje corresponde al marcador como A.

El proceso de implementación del programa de estimulación cognitiva comunicativa, se realizó en sesiones de 30 minutos a una hora, con un total de 57 intervenciones, cinco días a la semana, durante el periodo de tres meses, de las cuales 38 sesiones fueron individuales y 19 grupales, esta distribución se hizo de acuerdo a las necesidades y disposición de los participantes. Las sesiones incluyeron actividades para propiciar la interacción comunicativa espontánea, denominación, lectura y escritura; usando estrategias planteadas de acuerdo a la motivación y habilidades de los usuarios. Cada actividad tenía un objetivo y procedimiento claros, sin embargo, por las características de la población en diferentes ocasiones, fue necesario modificar actividades para adaptarlas en beneficio del o los participantes.

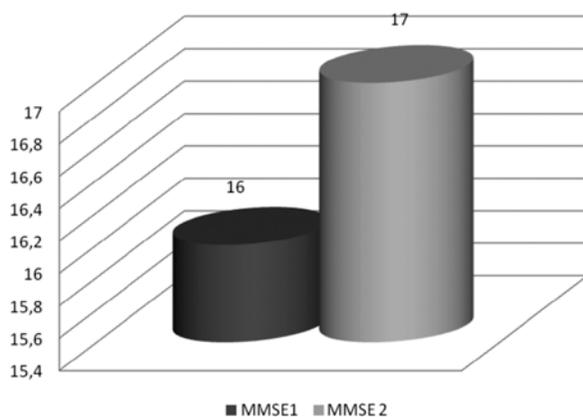
Las estrategias más usadas por su efecto facilitador en las sesiones individuales, fueron, adecuación de la comunicación verbal, reinterpretación del lenguaje y la conducta y estimulación de la expresión; en las actividades grupales fueron, motivación a la acción y retomar experiencias pasadas para comprender el presente.

Posterior a la implementación del proyecto se realizó una segunda evaluación usando el mismo instrumento de la valoración de la caracterización inicial; los tres instrumentos se aplicaron de la misma manera para generar un comparativo de habilidades antes y después de la implementación del programa (Ver tabla 2).

Los resultados de la evaluación final evidencian cambios sutiles en puntajes del MMSE, respecto al promedio total de la prueba en 1 punto; así, el resultado promedio del MMSE en la evaluación inicial fue de 16/30 puntos y en la segunda evaluación correspondió a 17/30 puntos (ver Gráfica 1).

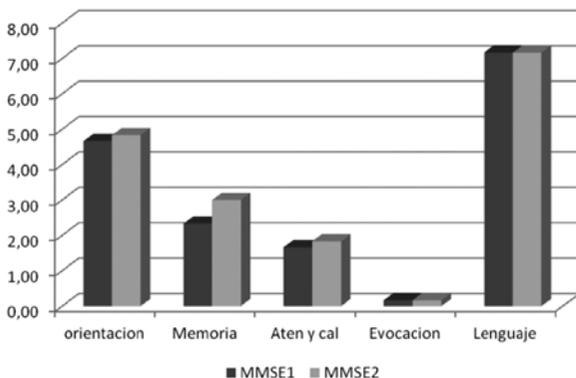
Tabla 2. Resultados de evaluación final después de implementación del programa

| SUJETO | MMSE | INTERACCIÓN COMUNICATIVA | FLUIDEZ VERBAL | |
|--------|-------|--------------------------|----------------|-----------|
| | | | Fonológica | Semántica |
| 1 | 15/30 | 14/23 | 3/15 | 3/15 |
| 2 | 19/30 | 17/23 | 10/15 | 3/15 |
| 3 | 19/30 | 22/23 | 4/15 | 6/15 |
| 4 | 17/30 | 14/23 | 4/15 | 3/15 |
| 5 | 17/30 | 17/23 | 7/15 | 5/15 |
| 6 | 16/30 | 19/23 | 6/15 | 4/15 |



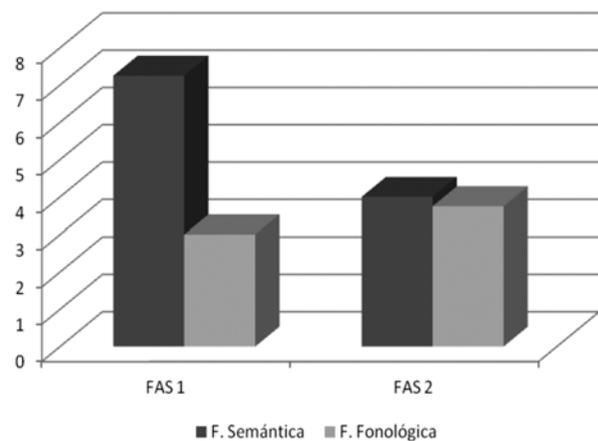
Gráfica 1. Promedio compartivo puntuaje total MMSE inicial y final.

Se observa un ascenso discreto del promedio en puntajes de las pruebas de orientación, memoria, atención y cálculo, mientras que en pruebas de lenguaje se mantuvieron los puntajes, lo que también ocurre en la prueba de evocación (ver Gráfica 2).



Gráfica 2. Comparativo promedio por prueba de MMSE inicial y final.

Los resultados en fluidez verbal de la evaluación inicial mostraron un promedio en la fluidez semántica de 3,75 y en fluidez fonológica de 3; en la segunda aplicación de la fluidez semántica mostró un promedio de 4 y en fluidez fonológica de 3,75. Se evidencian cambios con incremento del vocabulario semántico y fonológico no sólo en la prueba si no en contextos conversacionales y mejor proceso de evocación con aumento en el número de palabras desde diversas demandas (Ver gráfica 3).



Gráfica 3. Comparativo promedio prueba de fluidez verbal evaluación inicial y final.

Los aspectos pragmáticos mostraron mantenimiento en el uso de habilidades no verbales, igual que el seguimiento y contacto visual durante la interacción, mejoraron aspectos relacionados con inicio de tópico, lograban cambiar de tema en actividades como preguntar la fecha, la hora, tomando posición en la tarea planteada, aunque presentaban indiferencia ante algunas demandas, accedieron fácilmente a desarrollarlas. Aunque siguen presentando anomias identifican estrategias para solicitar claves a su interlocutor y llegar a nominar objetos familiares, de esta manera la interacción ya sea con sus pares o con otros pares se complementa.

Las asesorías se realizaron en la interacción diaria con el personal asistencial, sugiriendo estrategias durante el desarrollo de actividades cotidianas, promoviendo el uso de estas para generar hábitos comunicativos exitosos y efectivos, por parte del personal y de los usuarios.

Se hizo énfasis especial en el rol del personal en la efectividad de la interacción, se mostró que los usuarios siempre serán vulnerables a bajas interacciones, sin embargo quienes trabajan a diario con ellos son quienes orientan el desempeño de los usuarios. Al cierre del cronograma destinado para la implementación del programa se realizó un taller donde se socializaron resultados y se recopilieron orientaciones dadas previamente.

DISCUSIÓN

La implementación de programas de estimulación cognoscitiva han sido polémicos en cuanto a los resultados reales que aportan a la población en la que se aplica; en la literatura son escasos los soportes basados en la evidencia que dan cuenta real del aporte de la estimulación o de terapias no farmacológicas, en población con deterioro cognoscitivo derivado de patologías demenciales.

Sin embargo, vale la pena anotar que aunque está documentado que en cuadros demenciales la capacidad de aprender nuevos contenidos y las habilidades de retener nueva información y recordarla, son habilidades que se pierden vertiginosamente y que de acuerdo con su patología degenerativa de base, no se pueden recuperar.

Existen posturas neuropsicológicas que le apuestan a los tratamientos no farmacológicos, programas de estimulación, como herramienta de manejo para mantener habilidades y crear estra-

tegias que permitan promover mecanismos conservados.

Las dificultades de comprobación de la eficacia de este tipo de programas es necesaria ya que la puesta en común de los diferentes proyectos, debe asegurar encontrar su punto de confluencia y si se complementa con el desarrollo de estudios multidisciplinarios, podrían generar hipótesis comunes y resultados claros respecto al grado de eficacia, las condiciones que demandan el éxito de los programas, los procesos cognoscitivos a los que apuntan y el tipo de pacientes que se benefician de ellos y de su diseño.

El programa se llevo a cabo en dos momentos, los cuales nos dan una visión clara de la comunicación de los usuarios con deterioro cognitivo derivado de patologías demenciales; de acuerdo con los resultados arrojados.

Teniendo en cuenta que los instrumentos utilizados en la medición y caracterización no son los únicos existentes, se evidenciaron beneficios principalmente en tareas concretas de lenguaje y pensamiento, pero además en la interacción y el uso de la comunicación para proveer estrategias cognoscitivas en su vida cotidiana; tanto con otros usuarios como con sus cuidadores.

El interés de los usuarios en las rutinas propuestas es un valor agregado que evidencia la importancia del trabajo permanente y secuencial en personas con deterioro cognoscitivo; estos cambios se reflejaron en su momentos de socialización tanto en las conversaciones y en su participación como en los cambios actitudinales positivos, reduciendo episodios de agresividad y aumentando los niveles de tolerancia y participación en actividades propuestas.

A su vez se logró demostrar que el manejo fonaudiológico es importante en el mantenimiento de habilidades cognoscitivo comunicativas, ya que brinda herramientas y estrategias directamente al usuario y a sus cuidadores y familiares, que indiscutiblemente aportan positivamente a la interacción y la participación de los usuarios, un rol novedoso en el actuar fonaudiológico en adultos mayores con deterioro cognitivo.

Es importante implementar programas permanentes y constantes en el tiempo y realizar monitoreo constante de los aportes y resultados en las habilidades cognoscitivas superiores de los usuarios que logren mantener estas habilidades y lentificar el deterioro cognoscitivo.

De acuerdo con Woods (2003), es indispensable que este tipo de programas además de su objetivo cognoscitivo, aseguren promover la actividad social, el bienestar psíquico y físico, a través de un programa estructurado que sustente su eficacia por medio de controles de verificación. Esta eficacia probada debe ser contrastada tanto en el ámbito cognoscitivo, el conductual y funcional pero, también social e incluso en el físico.

Agradecimientos

Esta investigación contó con el apoyo de la Clínica Atardecer de los Años, que permitió el desarrollo del programa dentro de su institución, con algunos de sus usuarios; el agradecimiento se extiende a su Director Científico, Doctor Héctor del Río y al grupo interdisciplinar de médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonaudióloga y todo el grupo de enfermería.

REFERENCIAS

- Barroso, J. (1997). Daño cerebral y calidad de vida: demencias. Fundación Mapfre Medicina. Madrid.
- Boada, M. & Tárraga, L. (2002). La memoria está en los besos. Barcelona, España.: Ediciones Mayo.
- Calero, M.D., Navarro, E., Arrendó, M.L., G^a Berben, T.M., & Robles, P. (2000). Estimación del potencial de rehabilitación en ancianos con y sin deterioro cognitivo asociado a demencias. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 35(2) ,44-50.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognitiva en demencias. *Anales*. 26, 405-422.
- González, J. & Gómez. N. (2006). Deterioro cognoscitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 22(3).
- García L. (2005). *Gerontología Educativa: cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Panamericana. Madrid, España.
- Geschwind, N. (1985). Mechanism of change after brain after brain lesions. En: E. Nottebohm (Ed). *Hope for a new neurology*. (pp. 1-11). New York, U.S.A.: Ann Acad.
- Hernández J., Malagón C., & Rodríguez J. (2006). *Demencia Tipo Alzheimer y Lenguaje*. Bogotá, Colombia.: Centro Editorial Universidad del Rosario.

- Juncos, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento: bases para la intervención*. Barcelona, España.: Ed. Masson.
- Kuhl, J. (1986). Motivation and information processing. A new look at decision making, dynamic change, and action control. En R.M. Sorrentino y E.T. Higgins (Eds.): *Motivation and Cognition. Foundations of Social Behavior* (pp. 404-434). Nueva York, EE.UU.: Guilford Press.
- Martínez, T. (2002). *Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales: Asturias.
- Mateos, P. M., Meilán, J.J.G. & Arana, J.M. (2002). Motivational versus Volitional Mediation of Passivity in Institutionalized Older People. *The Spanish Journal of Psychology*. 5, 54-65.
- Meilán, J.J.G., Pérez, E. & Arana, J.M. (2006). Procesos cognitivos y neurológicos implicados en la memoria intencional. *Revista Española de Motivación y Emoción*. 20 (en red).
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., de Andrés, M. E., & Claver, M. D. (1997). *Programa de Memoria*. Madrid, España.: Ayuntamiento de Madrid.
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A., de Andrés, M. & Claver, M. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 34, 199-208.
- Morato A. (2003). *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Instituto de Salud Pública de Madrid. España. Recuperado el día 2 de Marzo de 2012 de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>
- Muñiz, R., Olazarán, J., Amador, B., González, M.J., Morillas, N. & Apesteguía, L. (2005). La atención sociosanitaria de la demencia en la Comunidad de Madrid. En: F. Bermejo (Ed.). *Libro blanco sobre la demencia y enfermedad de Alzheimer*. (pp. 55-71). Madrid, España: Siglo.
- Olazarán, J., Poveda, S., Martínez, U., & Muñiz, R. (2007). Estimulación cognitiva y tratamiento no farmacológico. En Martínez J.M. Lage & C. Carnero. (Eds). *Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas*. (pp. 91-102). Madrid, España.: Aula Médica.
- Olazarán, J., Muñiz, R., Reisberg, R., Peña-Cassanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A.J., et al. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer's disease. *Neurology*. 63, 2348-2353.
- Palmero, F. & Meilán, J.J. (2008). La motivación en personas mayores. En S. Ballesteros (Ed.). *Envejecimiento Saludable: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Madrid: UNED- Editorial Universitas.
- Peña-Cassanova, J. (1998). *Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principio generales*. Barcelona, España.: Fundación la Caixa.

- Ritchie, K., Touchon, J., Ledesert, B., Leibovici, D. & Gorce, A. (1997). Establishing the limits and characteristics of normal age-related cognitive decline. *Rev. Epidemiol. Sante Publique*. 45, 373- 381.
- Rodin, J. & Langer, E. J. (1977). Long-term effect of a control relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*. 35, 897-902.
- Small, S., Stern, Y., Tang, M. & Mayeux, R. (1999) Selective decline in memory function among healthy elderly. *Neurology*. 52, 1392- 1396.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2000). Orientación a la realidad para la demencia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Update Software. Oxford.
- Tárraga L. (1994). Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine*, 6, 44-53.
- Tárraga, L. (1991). Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Tratamientos de psicoestimulación. En: R. Fernández, J. Nicolás. (Eds.). *Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer*. (pp. 112-121). Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- Tárraga, L. Tratamientos de psicoestimulación (2001). En: R. Fernández, J. Nicolás (Eds.). *Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer*. (pp. 305-323). Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S. & Llorente, A. (1999). Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona, España.: Glosa Ediciones.
- Woods, R.T. (2003). Non-pharmacological techniques. En: N. Qizilbash, L. Schneider, E. Cui, P. Tavior, H. Brodaty, J. Kaye & T. Erkinjuni. (Eds.). *Evidence-based Dementia Practice*. (pp. 428-446) Oxford, U.S.A.: Ed Blackwell Science Ltd.
- Woods, R.T., y Britton, P.G. (1977). Psychological approaches to the treatment of the elderly. *Age Aging*. 6, 104-12.
- Zanetti, O., Zanieri, G., Di Giovanni, G., De Vreesse, L.P., Pezzini, A., Metitieri, T. & Trabucchi, M. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: A controlled study. *Neuropsychol Rehabil*. 11, 263-272.
- Zunzunegui, M., Del Ser, T., Rodríguez, A., García, M.J., Domingo, J. & Otero, A. (2003). Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Atención Primaria*. 31, 581-586.