



LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Licda. Marisol Jara Madrigal*
Psicóloga

Resumen:

El presente artículo plantea la importancia de la psicoestimulación cognitiva en personas adultas mayores y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en la población longeva. La persona adulta mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere de la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de éstas funciones.

Abstract:

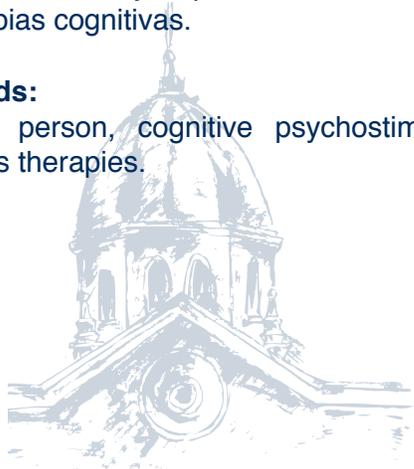
This article talks about the importance of cognitive psychostimulation and no pharmacological interventions for the old age population. The old age person suffers of cognitive aging that requires stimulation his/her functions in order to prevent their damage.

Palabras claves:

Persona adulta mayor, psicoestimulación cognitiva, terapias cognitivas.

Key words:

Old age person, cognitive psychostimulation, cognitive therapies.



* Licenciada en Psicología y estudiante de la Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, funcionaria del Hospital Nacional Psiquiátrico y Coordinadora del Trabajo Comunal de la Universidad de Costa Rica, 2007. San José, Costa Rica.

Correo electrónico: jaramary@hotmail.com

Introducción

En años recientes, se ha venido observando que la población de adultos mayores viene en ascenso, por lo que organizaciones tanto gubernamentales como privadas se han venido interesando en el bienestar y mejoramiento de la vida de la persona de edad avanzada.

En Costa Rica, existe un número importante de adultos mayores. Esta población representa en un 8% del total de habitantes y se espera que para el año 2025 la cifra aumente alrededor de un 20%” (Barberena, 1996).

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2001).

Sin duda, el deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. La información que se tiene al respecto se ha extraído, en gran medida, de estudios circunscritos a la demencia (Martínez, 2002). De hecho los factores de riesgo principales para padecer un deterioro cognitivo guardan mucha relación con la demencia.

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Pascual, Barlés, Laborda y Loren, 1998). De ahí, la importancia de tomar la



Psico-estimulación Cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial.

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

De ahí que el presente artículo busca responder a la pregunta ¿Qué es la estimulación cognitiva y la importancia que puede tener ésta en la intervención con personas adultas mayores? Mostrándole al(la) lector(a) una gran gama de aplicaciones de terapia cognitiva a la persona adulta mayor.

LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y LA IMPORTANCIA QUE PUEDE TENER ÉSTA EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS ADULTAS MAYORES

El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad. “El aumento de la esperanza de vida supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobretodo en los casos de incapacidad y dependencia” (López, Serra, Lozano, Tron, Vilalta, Garre, Camps, Hernández, Mariscot, Llinas y Pujol, 2000:1181).

La estructura poblacional de Costa Rica en los últimos años ha marcado una tendencia hacia el envejecimiento de su población, caracterizada por una declinación de las tasas de fecundidad y la reducción en la mortalidad general. De ahí, la necesidad de implementar programas de rehabilitación biopsicosocial que beneficien a las

personas adultas mayores a adquirir una mejor calidad de vida a través de una intervención multidisciplinaria.

La necesidad de una intervención multidisciplinaria y no solamente farmacológica o médica

Menciona Berjano (2002) que la intervención al grupo poblacional de adultos mayores desde el campo de la salud se debe realizar no solamente a nivel farmacológico o médico, sino a nivel multidisciplinario, ya que la atención exclusiva de una sola área sería escasa y no efectiva.

López y et.al. (2000) consideran que el tratamiento farmacológico tiene un beneficio a corto plazo, ya que éste se centra en la parte bioquímica de la persona, excluyendo otras áreas que integran al ser humano, tales como la psicológica, la social y la familiar.

Berjano (2002) menciona que todas aquellas acciones dirigidas a preservar la salud en el adulto mayor deben estar dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal, aspecto que proporcionaría una mayor satisfacción en personas de edad avanzada.

El sistema sanitario ha generado de este modo una fe ciega por parte del anciano (lo llamo la paradoja demagógica-sanitaria), de que sus problemas pueden ser resueltos a través de una ingesta adecuada de fármacos de tal modo que los mayores consideran la atención sanitaria que les presta, como muy satisfactoria (pág. 12).

Desde esta perspectiva, menciona Berjano (2002), que no sólo la atención sanitaria a las personas mayores debería cambiar sus postulados de prevenir y rehabilitar, a través del consumo de fármacos, sino que además, habría que llevar a cabo una fuerte inversión para lograr un cambio de actitudes entre las personas mayores ante su percepción de la salud y las formas de conservar o mantener la misma.



Dentro de esta misma línea, García (2002) señala que es necesario no sólo conocer los grandes síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir la mayor independencia.

Señalan López, López y Ariño (2002), que la vejez no es sinónimo de enfermedad, pero el aumento de expectativa de vida conlleva, en muchos casos, la aparición de pluripatología que, asociada a las patologías propias de cada persona, disminuyen en mayor o menor medida la funcionalidad y la cognición en las personas de edad avanzada.

El 45% de las personas mayores de 65 años tiene cierta limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD), por lo que exista o no una patología específica, es necesario una actuación interdisciplinar en las personas de edad avanzada, enfatizando la prevención a través del entrenamiento para conservar las funciones no alteradas y restablecer las funciones que se han afectado, ya que gran parte del decremento en la función puede relacionarse con desajuste o desuso (pág. 18).

En cuanto al área cognitiva, argumentan López, López y Ariño (2002), que la rehabilitación es un proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión, trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad, para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible.

Martínez (2002) menciona que en las últimas décadas se han desarrollado intervenciones no farmacológicas que reconocen la necesidad de ofrecer un abordaje integral a las personas con demencia.

Se vienen desarrollando un amplio espectro de intervenciones, las cuales pueden variar dependiendo

del ámbito (persona, cuidadores, ambiente), de las dimensiones fundamentales objeto de la intervención (cognitiva, funcional, psicoafectiva o relacional) e incluso del contexto donde se realizan (domicilio, centro de día, residencia...) (pág. 20).

Envejecimiento cognitivo

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias.

Actualmente se intenta descifrar qué procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida, la psicología del envejecimiento y del desarrollo puedan ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana. Estos resultados permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas, si utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas, entre otras.

En cualquier caso, el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente, independientemente de que los decrementos se puedan producir en todos los sujetos.

¿Por qué se requiere de estimulación cognitiva?

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita



umentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten.

Menciona Pascual y et. al. (1998) que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad.

El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, "... hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos" (Arriola e Inza, 1999:84). Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.

Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud frágil, una educación pobre, la presencia de algún tipo de patología, una falta de motivación, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales. Pero no sólo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva (Puig, 2000:146).

El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore.

En las personas de la tercera edad, ..."los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal" (Puig, 2000:147), ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y pontenciable,

este hecho abre una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

Arriola e Inza (1999) mencionan que el cerebro humano es una máquina de una capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero que a su vez mantiene un buen funcionamiento en un delicadísimo equilibrio.

Hay una gran cantidad de factores que a lo largo de la vida pueden alterar ese funcionamiento, pero la vejez es con diferencia y motivos obvios, la etapa de mayor fragilidad y vulnerabilidad en este sentido.

La primera línea de combate del deterioro cognitivo, se realiza sobre el anciano mentalmente sano. Es la línea preventiva y el arma de elección (en la Residencia), el programa de mantenimiento cognitivo. Cuando y tras utilizar las adecuadas herramientas de medición se constata la existencia de patología (Mini-Mental entre 15 y 25 puntos) es el momento de plantear la inclusión del anciano en el programa de rehabilitación cognitiva (Arriola e Inza, 1999:131).

Dichas autoras (1999) señalan que los resultados del trabajo en este campo de la rehabilitación cognitiva, no pueden ser medidos en términos de curación, sino de mejora en una primera fase (es decir, una instalación en su nivel real de deterioro) y de mantenimiento y disminución del deterioro.



Áreas básicas que se deben reforzar en terapias cognitivas

El programa de rehabilitación y mantenimiento cognitiva buscan intervenir y estimular las siguientes áreas:

Orientación y atención: Ambas funciones son fundamentales para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas, no obstante definir sus características específicas resulta ciertamente dificultoso.

En casos de alteración de la atención aparece falta de persistencia, facilidad de distracción, gran vulnerabilidad a la interferencia y dificultad para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas. En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

Memoria: Existen diferentes modelos teóricos sobre la memoria, desde los que afirman que la memoria consta de diferentes procesos, hasta los que opinan que la memoria está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.

Funciones ejecutivas frontales: Son las funciones que se le atribuyen al lóbulo frontal o también conocidas como funciones frontales, se podrían denominar como ejecutivas o conducta adaptativa, es decir, una conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas impulsivas disruptivas. Estas conductas deben controlar los cambios en el ambiente y, si es posible, prevenirlos.

También está ligada al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de autocuidado, de ahí que las personas con deterioro de esta área cerebral (por ejemplo, demencias) sufran un importante deterioro en este tipo de conductas y que en muchos casos es uno de los deterioros fácilmente observables, especialmente en personas que tenían muy desarrolladas las habilidades y capacidad de autocuidado.

Lenguaje: Se va a entender lenguaje no solamente al hablado, sino al habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.

Cálculo: Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.

Praxias: Se consideran praxias a la capacidad de realizar ciertos movimientos, en diferentes regiones del cuerpo: bucofacial y extremidades superiores (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001).

López, López y Ariño (2002) argumentan que no existe en estos momentos mejor fórmula que el entrenamiento cognitivo, ya que éste proporciona una ayuda para afrontar el deterioro multifuncional y entrena las capacidades que se encuentran preservadas o menos afectadas. “La estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el período de autonomía del paciente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad” (pág. 19).

Señalan López, López y Ariño (2002) que la mejoría del estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma.

Alfaro y Castro (2002) señalan que el paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida. Pretendiéndose que la estimulación cognitiva estimule las áreas en las que presentan déficit, favoreciendo a que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada.

¿En qué consiste la estimulación cognitiva?

La estimulación cognitiva consiste, según López, López y Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad



o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva.

La definición de lo qué es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral.

Se puede mencionar que al ir aumentando la población de adultos mayores, el área de la salud se ha venido interesando en estudiar más a fondo la dinámica y desarrollo de esta fase de la vida, procurándose establecer estrategias e intervenciones que permitan un mayor grado de satisfacción en las personas de tercera edad, visionándose obtener una mejor calidad de vida para ellas, de ahí la gran incidencia de formas de intervenir propuestas anteriormente.

Objetivos de cualquier tipo de estimulación cognitiva

Cualquier tipo de estimulación cognitiva lo que busca es alcanzar los siguientes objetivos:

- *Mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.*
- *Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.*
- *Mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos (Puig, 2000).*

Algunos tipos de estimulación cognitiva

En la actualidad existe una gran gama de tipos de estimulación cognitiva utilizables en personas adultas mayores, tales como: la Terapia de Reminiscencia, los Grupos de Buenos Días, Orientación a la Realidad y Programas de Psicoestimulación Cognitiva.

Terapia de Reminiscencia

La reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona. Es una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento (Laborda, 2002). Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales.

En las personas afectadas con demencia, sabemos todos que tienen más memoria de su juventud, ya que se tratan de recuerdos muy aprendidos, fijados y repetidos o que tienen un especial significado emocional o personal. La estimulación de los recuerdos y la expresión de los mismos puede ser de gran dificultad en aquellas personas con trastornos de lenguaje, pero el utilizar por ejemplo canciones u otro tipo de estimulación sensorial como olores, ruidos. puede ayudar a conseguir el efecto que deseamos.

Es importante conocer las diferencias individuales en el momento de aplicar técnicas de reminiscencia, e incluso prever las posibles reacciones de las personas. Conocer el pasado supone poder entender alguna de las reacciones actuales que presenta.

Menciona Laborda (2002) que lo que se busca alcanzar a través de la técnica de reminiscencia es favorecer y dar oportunidad de expresión de vivencias pasadas con el fin de potenciar la identidad de la persona. Por lo que se tiene que realizar sesiones grupales con personas de edad similar y afinidades parecidas, es decir, sean lo más homogéneas posibles. Utilizándose ciertos recursos prácticos como libros de historia de vida (se trata de realizar un libro donde se recogen los



datos biográficos (escritos o fotográficos) de la persona, como la infancia, trabajo, matrimonio, hijos, nietos.

Grupos de Buenos Días

Es una actividad ampliamente difundida dentro de programas generales de funcionamiento de las Residencias Geriátricas en países desarrollados (Arriola e Inza, 1999), donde deben acudir al grupo todos los(as) usuarios(as) que estén cognitivamente sanos, junto a una menor proporción de ancianos con demencia senil leve o moderada. El primer grupo estará informado de que una de sus funciones será la de estimular y dinamizar a este segundo grupo haciéndoles hablar, preguntándoles (¿Cómo se encuentran, qué realizaron durante el día anterior).

Mencionan Arriola e Inza (1999) que las funciones terapéuticas del grupo son las siguientes:

- Mantenimiento de la atención.
- Estimulación a la verbalización.
- Refuerzo de la autoestima.
- Ejercitación de las habilidades sociales.
- Integración en la colectividad (sentimiento de grupo).
- Orientación general.

Arriola e Inza (1999) señalan que los temas a tratar en este grupo serían:

- Saludo. Es importante interesarse por el estado de los miembros del grupo.
- Orientación tiempo-espacial. Se trabaja a través de un calendario móvil.
- Lectura y comentario de los titulares más importantes o llamativos del periódico.

El grupo los selecciona, comenta y cuelga sus fotocopias en una pizarra (a ser posible ampliadas).

- Comentario de las actividades y sucesos del día anterior.
- Lectura de las actividades del día y de los menús (comentado).

Grupo de Orientación a la Realidad

La Orientación a la Realidad es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan con personas con pérdida

de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismo y de su entorno (Leturia y Yanguas, 1999).

Mencionan Leturia y Yanguas (1999) que las metas principales a alcanzar a través de los Grupos de Orientación a la Realidad son:

- Proporcionar información sistematizada y repetitiva básica a personas desorientadas o confusas, respecto a orientación en el tiempo (temporal), en el espacio y respecto a las personas.
- Conseguir una mejora de las conjuntas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en casos de demencia.
- Estimular la comunicación y la interacción, como complemento de la modificación de conductas no apropiadas derivadas del tratamiento cognitivo.

Leturia y Yanguas (1999) señalan que en la dinámica de los Grupos de Orientación a la Realidad se producen las interacciones personales se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Prevenir el aislamiento social.
- Inducir comunicación y participación de todo el grupo.
- Atender y utilizar el lenguaje no verbal.



Los Grupos de Orientación a la Realidad pueden seguir el siguiente esquema de trabajo:

- Saludo y presentación.
- Identificación: ¿Quiénes estamos?, ¿quiénes faltan? El nombre de cada uno de nosotros.
- Orientación temporal: ¿Qué día de la semana es hoy?, fecha, mañana o tarde y relacionarlo con las actividades propias del momento, si hay alguna festividad cercana, etc.
- Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo, etc.
- Acontecimientos diarios, cotidianos.
- Ejercicios/ tareas de carácter lúdico relativos a funciones cognitivas: como son la orientación, la atención, la retención y la estimulación.
- Orientación espacial: Recuerdo.
- Orientación temporal: Recuerdo.
- Recordar la próxima sesión, cierre y despedida (Leturia y Yanguas, 1999).

Como bien, se puede percibir el Grupo de Buenos Días y el de Orientación a la Realidad guardan una estrecha relación dentro de su desarrollo de trabajo, lo que los podría hacer compatibles en su abordaje, realizándose una integración al trabajarse con éstos.

Programas de Psicoestimulación Cognitiva

Este es el programa de mayor carga terapéutica dentro del plan general de abordaje de usuarios(as) afectados por deficiencias cognitivas (pérdida de memoria, falta de atención, dificultades para leer y escribir, incapacidad para razonar y hacer asociaciones, etc).

Los Programas de Psicoestimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, cálculo, funciones ejecutivas, praxias) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quién se le aplique (Puig, 2001).

Está concebido tomando como premisa la flexibilidad y plasticidad cerebral y el demostrado efecto positivo de la actividad intelectual como obstáculo del deterioro cognitivo, y tomando como base de trabajo los sistemas pedagógicos (educativos) (Arriola e Inza, 1999).

El planteamiento es sencillo, en cuanto a su aspecto técnico, puesto que se basa en la utilización programada y sistemática de material, tratando de combinar diferentes áreas de estimulación (atención, memoria, comprensión, praxias).

Por otro lado, es necesario decir que es una sesión altamente exigente para el encargado de dirigirla, puesto que requiere mucha atención directa a los(as) usuarios(as) en la resolución de los problemas planteados, y un esfuerzo importante en la clasificación de los conceptos que se piden.

Los pasos indicados para aplicar Programas de Psicoestimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores se detallan a continuación:

1. Primeramente hace falta realizar una exploración del estado cognitivo de la población geriátrica existente en el Centro Psicogeriátrico o Geriátrico, a través de instrumentos que los midan. Se puede utilizar el Mini Examen Cognoscitivo (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2002). Este instrumento mide el grado de



funcionalidad cognitiva, evaluando las áreas de orientación, atención, lenguaje, memoria, praxias y la lectoescritura.

2. El paso siguiente es la formación de los grupos. Se recomienda que lo formen de 2 a 4 adultos mayores (dependiendo de los fines del Centro Geriátrico), para facilitar la intervención. Cada uno de los grupos se diferenciarán sólo en la hora de aplicación del tratamiento. Pueden distribuirse los(as) participantes en función de su edad, sexo, puntaje obtenido en el Mini Examen Cognoscitivo (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2002) o su disponibilidad de horario.
3. Seguidamente puede comenzar a aplicar el Programa de Psicoestimulación Cognitiva, diseñado por un profesional del área de la salud, tal como un(a) Psicólogo(a), un(a) Psiquiatra o un(a) Geriatra.
4. Una vez concluido el Programa de Psicoestimulación Cognitiva se administra por segunda vez el Mini Examen Cognoscitivo (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2002), con el objetivo de evaluar el grado de funcionalidad del programa aplicado.

La implantación de programas de entrenamiento cognitivo, en una institución del tipo que sea (centro de día, residencia, club social, centro sanitario), requiere pocos recursos y tiene considerables efectos beneficiosos. No se trata tanto de entretener a los mayores como de generar un punto de vista positivo y activo en ellos(as) y en los que les rodean. Se trata de establecer una disciplina (un programa exige estar pendiente unos días a una hora, para hacer algo) e incitar al esfuerzo con distintos objetivos: prestar atención, hacer trabajar la mente y revisar el fruto del esfuerzo. Se requiere, además, que la persona tenga que desplazarse, estar en grupo y comunicarse con otros. Todo esto es ya un entrenamiento cognitivo.

El objetivo debe ser entrenar las funciones que se pierden, no las que se tienen. No se trata, pues, de un taller de manualidades o de lectura, por ejemplo –sin menosprecio para estas actividades–, sino el entrenamiento de las habilidades que sabemos que están en riesgo en un grupo en particular (Calero, 2003).

Se trata de entrenar, no de instruir. Dar instrucciones sobre la manera de realizar algo no mejora la ejecución. Por ello, el objetivo debe ser ayudar, dar señales para que una persona recupere su modo de hacer las cosas. Generar una habilidad, no de enseñar trucos y ayudas. Los programas que se basan en suministrar ayudas (poner carteles indicadores de colores) no mejoran la habilidad personal, aunque ayuden a que una persona se organice mejor en un determinado contexto.

RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIAS COGNITIVAS

1. Antes de cada sesión se da un margen de cinco a diez minutos para dar tiempo a que los participantes lleguen al lugar donde se efectuará la terapia cognitiva.
2. Siempre se comienza saludando a todos e interesándose por ellos(as), se les pregunta cómo se encuentran y cómo han pasado los días que no se han visto con la intención de crear un ambiente armonioso y cooperativo. Destacar que la relación con una persona mayor tiene unas connotaciones específicas, es importante establecer siempre con ella unos lazos emocionales, con ciertas limitaciones, por su fragilidad y pérdidas inherentes a su condición.
3. Seguidamente se incide en su orientación temporal, se les pregunta si saben qué día de la semana es, el día del mes, el mes y el año en que vivimos. Está indicado ir alternando en cada sesión el



- adulto mayor interrogado y en caso de error pedir a los(as) compañeros(as) que lo corrijan.
4. Es necesario ampliar los materiales a tamaño folio para facilitar la discriminación de la persona adulta mayor.
 5. Se resuelven las dudas que puedan surgir durante el desarrollo de la aplicación de la terapia cognitiva.
 6. Se debe brindar una explicación de la utilidad de las tareas o ejercicios planteados en la terapia cognitiva a utilizar y se traslada al ámbito de las actividades de la vida diaria (AVD).
 7. Durante la realización de cada tarea es conveniente:
 - Reforzar las conductas que conduzcan a la solución.

Evitar la ridiculización de los(as) compañeros(as) delante de una tarea mal hecha.

 - Eliminar en todo momento las debilidades que puedan aparecer.
 - Minimizar cualquier situación de fracaso que se plantee. Hace falta que entiendan que cada persona tiene más facilidad respecto a un tipo determinado de tarea que respecto a otra.
 8. Es importante recoger los comentarios de lo que piensan de cada tarea presentada y valorar las dificultades que han encontrado en realizarla.
 9. Finalmente, se hace un resumen de la jornada y se convoca a todos(as) para la siguiente sesión, comentando que se harán otro tipo de actividades para estimularlos a volver.

Cualquier tipo de programa o terapia cognitiva aplicado a la población longeva beneficia el mejoramiento de las funciones cognitivas de las personas adultas mayores, aumentando así la autonomía de éstas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro G., Castro V. Grupo de estimulación cognitiva para el adulto mayor. San José, Universidad de Iberoamérica: Práctica Hospitalaria II, Maestría en Psicología Clínica, 2002.
- Arriola Manchola, E., Inza Iraola, B. Protocolos de atención en residencias para personas mayores. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales, 1999.
- Barberena, Ángeles. Las Tendencias Demográficas y el Desarrollo. (On Line) Disponible en: http://www.ladb.unm.edu/econ/content/obsereco/1996/_august/demografica.html, 1996.
- Berjano Peirats, E. Impacto social de la rehabilitación en los mayores. Percepción de los mayores ante sus problemas de salud. Revista Geriatrika, 2002; 18(4): 12.
- Calero, M. D. La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. Revista Geriatrika, 2003; 38(6): 305-307.
- Chapinal Jiménez, A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional. Barcelona, España: Editorial Masson, 1999.
- Fernández, N. El coste de la dependencia. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales, 1999.
- Folstein Marshal F., Folstein S., Mchugh P., Fanjiang G. Examen Cognoscitivo Mental (MMSE). Madrid, España: Editorial TEA, 2002.



Franco Martín, M., Criado del Valle C. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2002.

García Martín, S. Problemas de salud prevalentes en personas mayores. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(4): 13.

González Aragón, J. Aprendamos a envejecer sanos. México: Editorial Costa-Amic, 1994.

Laborda, Soriano, A.A. Terapia ocupacional en una Unidad de Demencias Avanzadas (UDA). *Revista Geriatrika*, 2002; 18(3): 40-49.

Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J. Las personas mayores dependientes y la complementación sociosanitaria: Un reto de futuro. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. *Gizartekintza*: Departamento de Servicios Sociales, 1999.

Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J., Leturia M. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. *Gizartekintza*: Departamento de Servicios Sociales, 1999.

Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J., Arriola Manchola E., Uriarte Méndez A. La valoración de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir. Madrid, España: Editorial Caritas, 2001.

López García A., López Bueno L., Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(4): 18-21.

López Pousa S., Serra Mestres J., Lozano Gallego, M., Tron Estrada, A., Vilalta Franch, J., Garre Olmo, J., Camps Rovira, G., Hernández Ferrándiz, M., Mariscot Bas, C., Llinas Regla, J., Pujol Gómez, C. Programa integral de atención

psicogeriátrica. (On Line) Disponible: <http://www.revneurolog.org/web/3012/i121181.pdf>, 2000.

Martínez Rodríguez, T. Las intervenciones no farmacológicas en las demencias. IX Reunión de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Castilla y León. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(7): 20-21.

Montorio, I. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. *Gizartekintza*: Departamento de Servicios Sociales, 1999.

Pascual G., Barlés G., Laborda Soriano A.A., Loren Torres L. Cognición- ocupación: Un binomio unido en la vejez. *Revista Geriatrika*, 1998; 14(3): 57-60.

Puig Alemán, A. Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). (On Line) Disponible: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_3/g-10-3-002.pdf, 2000.

Puig Alemán, A. Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Madrid, España: Editorial CCS, 2001.

Yanguas J.J., Leturia F.J., Leturia M., Uriarte A. Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico. Madrid, España: Editorial Caritas, 1998.