

## ACTUALIZACIÓN DE TEMA

### **Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve**

### **Cognitive intervention in patients with mild cognitive deterioration and mild dementia**

**MsC. Eliesbel Díaz Barrientos <sup>1</sup> y MsC. Ana Madeline Sosa Coronado <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Geriátrica y Gerontología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

### **RESUMEN**

La intervención cognitiva es importante como parte del tratamiento no farmacológico en los pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. Esta investigación ofrece diferentes técnicas, instrumentos y métodos que incluye la referida terapéutica, lo que necesariamente contribuye al quehacer humano del personal médico y paramédico.

**Palabras clave:** intervención cognitiva, deterioro cognitivo ligero, demencia leve, tratamiento no farmacológico

### **ABSTRACT**

The cognitive intervention is important as part of the non-pharmacological treatment in patients with mild cognitive deterioration and mild dementia. This investigation provides different techniques, tools and methods including therapy, which necessarily contributes to human activity of the medical and paramedical staff.

**Key words:** cognitive intervention, mild cognitive deterioration, mild dementia, non-pharmacological treatment

### **INTRODUCCIÓN**

El deterioro cognitivo ligero o leve (DCL) constituye una especie de "frontera" entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, pero no suficiente, como para impedir su funcionalidad. En cambio, la demencia leve es la fase inicial en las demencias, un síndrome cuyas afectaciones intelectuales repercuten en las actividades sociales y laborales del sujeto y donde su

detección y tratamiento temprano resulta vital para la lentificación del curso involutivo de esta y el mantenimiento de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.<sup>1-2</sup>

A menudo los familiares de estos pacientes se plantean interrogantes y demandan una orientación profesional, teniendo en cuenta que en la actualidad aún se desconoce un tratamiento farmacológico efectivo que cure o detenga las enfermedades demenciales. En Cuba, los profesionales de la salud que laboran con estos pacientes y sus familiares, aplican el tratamiento no farmacológico, desde la rehabilitación integral en los órdenes funcional, psíquico y social.<sup>3</sup>

Sin embargo, en la esfera cognitiva se reduce a la facilitación de algunos consejos útiles a la familia o el cuidador y a la conceptualización y aplicación de algunas técnicas y terapias de rehabilitación, al no contarse con la suficiente disponibilidad de materiales, instrumental y capacitación para la realización a profundidad de la intervención cognitiva, con la exclusión del Centro Internacional de Restauración Neurológica en Cuba, que cuenta con el Servicio de Neuropsicología y desarrolla diversos programas de rehabilitación cognitiva.<sup>4</sup>

El presente trabajo pretende analizar los instrumentos y estrategias de intervención cognitiva que podrían utilizarse según el déficit cognitivo del paciente en los estados patológicos de deterioro cognitivo ligero y demencia leve, como terapéutica rehabilitatoria que posibilite retrasar o modificar el curso de la entidad clínica, lo cual sería de gran utilidad para ellos y sus familiares, así como para los profesionales vinculados a la atención del anciano.

## **DESARROLLO**

### **Instrumentos y estrategias de intervención cognitiva**

Se hace necesario explicitar que, previo a cualquier estrategia cognitiva, siempre deberá realizarse la correspondiente exploración neuropsicológica (diagnóstico neuropsicológico) que posibilite determinar las funciones cognitivas afectadas y aquellas residuales, para la posterior planificación de la estrategia interventiva a desarrollar. Se tendrá en cuenta además, la capacidad funcional del paciente (índices de funcionalidad), la edad y su nivel intelectual premórbido.<sup>5-7</sup>

A continuación se exponen diversas técnicas de intervención cognitiva:

Entre las técnicas comprendidas en la reeducación neuropsicológica se encuentran la recuperación espaciada, la facilitación de la codificación y recuperación de la información, el análisis de las rupturas conversacionales, la difuminación de los indicios de recuperación y el paradigma de aprendizaje con el menor número de errores, todas en forma de abordaje pedagógico y dirigidas a las funciones cognitivas de la memoria y lenguaje indistintamente.<sup>7-8</sup>

Existen otras técnicas en forma de reestructuración ambiental donde se incluyen la procedimentalización de las rutinas en la vida cotidiana y el acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas. Con excepción de estas 2 últimas, que serán explicadas, el resto de las técnicas de reeducación serán expuestas en conjunto con otros métodos y técnicas que pretenden favorecer, en común, una función cognitiva específica. Finalmente se incluyen otras como propuestas de adaptación al entorno humano, por medio de métodos de comunicación y técnicas de validación, buscando la adaptación del paciente.<sup>6</sup>

### **Procedimentalización de las rutinas de la vida cotidiana**

Consiste en aprender una secuencia muy estereotipada de una actividad de la vida diaria que presente algún problema. Se repite de la misma secuencia, de forma ritualizada.<sup>7</sup>

### **Acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas**

Trata de influir en el contexto donde se desenvuelve el paciente, al poner etiquetas que indiquen los espacios familiares del hogar, para que los reconozca y se oriente. Como ayudas externas, además, se pueden mencionar: las listas de cuadernos, la colocación de recordatorios en lugares visibles y luces de alerta en equipos electrodomésticos de cocina, entre otras.<sup>7</sup>

En relación con la estimulación cognitiva, entre las técnicas que la incluyen se encuentran las terapias de orientación a la realidad, la reminiscencia, la psicoestimulación por medio de las artes y otras motivaciones cognitivas específicas.

### **Terapia de orientación a la realidad**

Constituye uno de los métodos más utilizados en el ámbito de la psicogeriatría. Su fin es el de reorientar temporoespacialmente, autopsíquica y socialmente al paciente, restablecer su identidad personal (conexión con su entorno personal, familiar y social) y su autonomía a partir del reentrenamiento de los procesos de orientación y memoria.

Existen 2 formas de orientación a la realidad. Una formal denominada terapia de orientación a la realidad (TOR) en sesiones y otra más informal denominada TOR 24 horas. La TOR en sesiones se desarrolla con pequeños grupos de pacientes, y se comienza habitualmente con aspectos de orientación temporal (día, mes, año), espacial (lugar donde se encuentra) y personal (nombre y edad de los participantes) y continúa por el posterior análisis de eventos, generalmente del entorno próximo al paciente.

En la TOR el terapeuta se puede apoyar de instrumentos como periódicos, diario personal, objeto de discusión o imagen del mismo. Se plantea la existencia de 3 niveles de diferenciación, según el estado cognitivo del paciente: un nivel básico donde se tratan y repiten las informaciones actuales (en curso) y se trabaja con material de orientación a nivel elemental: orientación temporal básica (día, mes, fiestas), nombres e informaciones actuales; un nivel estándar que incluye además de los elementos de la orientación básica, otros propios de la estimulación, y se mantienen discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje; y el nivel avanzado donde se debaten temas parecidos a los realizados con personas que no presentan la afección.<sup>6</sup>

La TOR 24 horas se realiza durante todo el día con el auxilio de toda persona que tenga contacto con el paciente y el uso de ayudas externas como son las señalizaciones, calendarios, relojes grandes, pegatinas con el nombre y utilidad del objeto y la realización de actividades rutinarias.<sup>7-9</sup>

### **Terapia de reminiscencia**

Es una técnica que al igual que la anterior puede realizarse de manera formal por medio de sesiones dirigidas o informalmente a lo largo de todo el día. Consiste en recordar recuerdos de la historia personal del sujeto, estimular el proceso de la memoria, con la reactivación del pasado personal y el mantenimiento de su propia identidad y orientación autopsíquica. La variante más formal puede desarrollarse por medio de talleres grupales, al estimular el intercambio entre sus miembros sobre eventos pasados. Posibilita, además, la activación de la atención y el aumento del lapso de tiempo de concentración de esta en pacientes con demencia. El terapeuta puede apoyarse de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.<sup>5-8</sup>

### **Psicoterapia específica**

La rehabilitación mediante la psicoterapia en el anciano con deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia en la fase leve, alcanza gran efectividad con la terapia conductual. El modelo conductista centrado en el aquí y ahora, pretende llevar al paciente hacia la conducta adecuada, normal y deseada por medio de procesos de aprendizaje.<sup>10</sup>

Entre estas técnicas de aprendizaje se pueden citar: el reforzamiento, que consiste en incrementar la aparición de una conducta deseada. Existe el denominado reforzamiento positivo cuando la posibilidad de aparición de la conducta adecuada es seguida por una determinada consecuencia positiva como la aprobación, el elogio, frases de alabanzas, un gesto o una sonrisa. Si el aumento de la posibilidad de la conducta adecuada es seguida de la retirada del estímulo adversivo, se denomina reforzamiento negativo. Es un tipo de paradigma respuesta-consecuencia.

El castigo pretende reducir la probabilidad de la conducta inadecuada por medio de la presentación de un estímulo adversivo o retirada de uno positivo. Es un paradigma de tipo estímulo-respuesta. En la extinción al contrario del reforzamiento positivo o negativo, se trata de ignorar, retirar la atención, desatender continuamente la conducta que se desea eliminar para que pierda su efecto cada vez que se presenta.

Al respecto, el reforzamiento diferencial consiste en la combinación de la extinción con el reforzamiento de conductas incompatibles con la conducta no deseada. Este se basa en ignorar o desatender la conducta que se desea eliminar, al tiempo que se refuerza una conducta que sirva de disociación al paciente y de modificación de la conducta indeseada.

Por otra parte, el moldeamiento es ir reforzando, paso a paso, pequeños comportamientos que aproximan a la conducta deseada. El modelado es enseñar al paciente como ejecutar un comportamiento determinado; es servir de modelo al paciente para que imite y aprenda la conducta que se desea.

El ensayo de conducta consiste en la práctica repetitiva de la conducta deseada. Es útil en el mantenimiento de las rutinas cotidianas. En el desarrollo del control estimular se trata de crear señales o estímulos anticipatorios a la conducta deseada como facilitadores de su aparición, por ejemplo: una música determinada. Por último, la incitación radica en estimular verbal y extraverbalmente al paciente para que ejecute una conducta deseada (por ejemplo: una palabra o gestos de incitación).<sup>11</sup>

### **Propuestas de adaptación al entorno físico**

La orientación es el principal proceso cognitivo sobre el cual se trabaja. Busca la compensación del paciente por medio de modificaciones ambientales basadas en los principios de seguridad, prevención y simplificación. Propone un medio físico que le facilite una mejor adaptación y autonomía funcional.<sup>5-9</sup>

Entre las estrategias que la incluyen están el establecimiento de una rutina diaria que favorezca la orientación en el tiempo, la impedimenta de los cambios, también la facilitación de los lugares con señales, letreros y rótulos, la colocación de relojes, calendarios, programaciones del día, la creación de un ambiente agradable con luz y colores decorativos suaves y agradables, ayudas técnicas para el baño y la movilización para prevenir caídas y accidentes, la adecuación de las tareas cognitivas y de la vida diaria a las capacidades del paciente (vestirse-arreglarse, bañarse-lavarse, alimentarse, dormir, evacuar, moverse y caminar, tener ocupaciones y sentirse útil, distraerse y divertirse). La adaptación al entorno físico incluyen las técnicas de procedimentalización de las rutinas de la vida cotidiana y el acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas.<sup>10-13</sup>

### **Técnicas de comunicación y validación**

Hace referencia al cuidador, familiar u otra persona que interactúe con el paciente como facilitador de la adaptación de éste en su vínculo interpersonal. Significa adecuar la comunicación verbal y no verbal al grado de deterioro cognitivo del paciente. Permite con el entrenamiento y empleo de técnicas de comunicación y terapia de validación, establecer una interacción humana positiva para que el paciente alcance el máximo de sus posibilidades funcionales.

Las técnicas de comunicación constan de aspectos como la adecuación de la comunicación verbal que se resumen en hablar clara y pausadamente, con mensajes cortos y simples, mantener el contacto visual cara a cara, para conservar la atención y concentración; pronunciar los mensajes más importantes al inicio de la frase si esta es larga y compleja, repetir las informaciones necesarias, dejar tiempo para que se comprenda lo que se le dice, hacer comentarios sobre los acontecimientos en curso y formular preguntas cerradas que favorezcan la elección.

Otra técnica favorecedora de la comunicación es la reinterpretación del lenguaje y la conducta, la cual consiste en desatender la forma incorrecta del lenguaje e intentar deducir e interpretar su significado como una demanda del sujeto, con la atención a sus palabras y expresiones extraverbales más importantes.

De hecho, la estimulación de la expresión es otra de las técnicas que consiste en incitar y animar al paciente a las respuestas y repeticiones aunque sean incorrectas. Se resalta la expresión correcta en vez de corregir los errores. Se ayuda diciendo la palabra que tiene dificultad en evocar, en vez de esperar a que lo haga por si mismo. Ayudarle a encontrar el hilo de la conversación. No molestarle por las dificultades que muestre el paciente en la expresión y comprensión. Darle tiempo suficiente para que se exprese. Se estimula a la conversación aludiendo temas familiares y de su interés.<sup>6</sup>

El retomar experiencias pasadas como contacto con el presente propicia la comprensión de situaciones actuales por medio de la asociación con recuerdos significativos de situaciones semejantes anteriores. El control de la comunicación no verbal radica en ayudarse con gestos para hacerse entender, por medio de movimientos, expresiones faciales y posturas positivas, suaves; al mostrar buen ánimo, alegría, sonrisa, amabilidad, relajación, proximidad, gestos de seguridad, lo cual favorece la comunicación y facilita un clima de buen humor.<sup>6</sup>

La terapia de validación por su parte se basa en una actitud de respeto y empatía con el paciente, resume técnicas como parafrasear o repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente al emplear sus mismas palabras, imitar el tono de voz y la cadencia del habla para hacer que el anciano se sienta más seguro; imaginar lo opuesto que consiste en cambiar la distorsión cognitiva de un pensamiento (pensamiento negativo) y sustituirlo por otro positivo sobre el mismo objeto, para así solucionar al problema; observar e imitar los movimientos y emociones de la persona para crear confianza mediante la empatía e imitación al paciente, con la mejoría de la comunicación interpersonal; emplear la ambigüedad, donde ante comentarios o expresiones del paciente carentes de significado, podemos hacer comentarios o preguntas ambiguas que permitan mantener la comunicación y eviten la confrontación con el paciente.<sup>6</sup>

Una de las técnicas de reeducación cognitiva que pretende la adaptación interpersonal del paciente y su mejoría comunicativa es:

### **Análisis de las rupturas conversacionales**

Posibilita analizar las interrupciones que se producen en la comunicación, para desarrollar la estrategia más eficaz en función de su restablecimiento, por ejemplo: si no se ha

comprendido al paciente, se procura reestablecer la conversación con este mediante la formulación de una hipótesis o de una paráfrasis, en vez de requerirle más información.<sup>7</sup>

### **Talleres de entrenamiento de memoria**

Estos talleres están diseñados, tanto para personas sin alteraciones cognitivas y funcionales significativas, más bien afectaciones de la memoria asociado a la edad, como para aquellas con alteraciones leves (deterioro cognitivo muy leve y leve), los cuales por medio del adiestramiento en el conocimiento, empleo y control de las estrategias y técnicas implicadas en el proceso de la memoria, buscan la mejoría en el rendimiento, la prevención de posibles deterioros y el mantenimiento de la memoria como proceso residual en el anciano.<sup>8-14</sup>

En este, mediante ejercicios individuales o talleres grupales, se trabajan las siguientes técnicas o estrategias o ambas:<sup>15</sup>

**I.** El aprendizaje y utilización de estrategias de memoria como la categorización, visualización y asociación. La visualización consiste en favorecer la fijación y evocación por medio de las imágenes visuales. Permite la recuperación de información a partir de la combinación de la codificación visual de la información procesada, con otras como la verbal en su cotidiano vivir. Un ejemplo de visualización combinada con la codificación verbal podría ser al mostrar una lámina a los participantes, e indicarles que traten de recordar los detalles y decirlo en voz alta, como forma de recordar mejor una imagen, o la combinación visualización con codificación afectiva (dar valor afectivo a las asociaciones de imágenes realizadas). Otra estrategia es la asociación, la cual permite relacionar la información nueva con la existente previamente según su similitud con fecha, lugar, sonido, significado, semejanza visual, sonora, entre otras. En el caso de la asociación nombre-cara (asociación-visualización), para reconocer el nombre y apellidos de un sujeto, se puede asociar un atributo físico con su nombre, por ejemplo: un individuo de raza negra cuyo apellido se denomina "Prieto". Por último, la categorización consiste en el empleo de categorías en el ordenamiento, retención y recuperación de la información.<sup>14, 15</sup>

Algunas técnicas de reeducación y estimulación relacionadas con las estrategias de memoria anteriores, para pacientes con deterioro cognitivo moderado son:

### **Facilitación de la codificación y la recuperación de la información**

Se emplea diversidad de códigos (emocionales, semánticos, motores) en el almacenamiento y posterior recuperación de la información; por ejemplo, para aprender mejor las palabras mango y naranja, se podría potenciar una codificación de tipo léxico-semántico (frutas), entre otros. Muy útiles si el paciente genera por sí mismo estos tipos de codificaciones y si son usados en el momento de la recuperación (frutas, se pelan). Otro ejemplo resulta ser codificar en categorías los medicamentos que el paciente se toma, para el corazón, para los problemas reumáticos, y otros.<sup>7</sup>

### **Recuperación espaciada**

Se trata de hacer recordar al paciente una determinada información en intervalos de tiempo cada vez más largos (5, 40, 90 segundos). Cuando se presenta un fallo en la recuperación de la información, se lleva al intervalo de tiempo anterior en que se logró el recuerdo. Este método se relaciona con la memoria implícita. La mayoría de las intervenciones, que han utilizado esta técnica de recuperación espaciada, han encontrado una mejoría en el aprendizaje de nombres de objetos, asociaciones de nombre-cara y objeto-lugar.<sup>7</sup>

### **Difuminación de los indicios de recuperación**

Consiste en la disminución progresiva de los indicios dados al paciente en relación a la información que se desea recuperar, por ejemplo: en las asociaciones de nombre-profesión, luego de proporcionada la información se le pide que recuerde la profesión del nombre presentado; de fallar, se agregarían letras hasta que aflore la respuesta correcta. En la próxima sesión se brindaría información hasta la última letra que requirió, menos una, y se van eliminando progresivamente hasta que se de la recuperación deseada. También se pueden asociar con direcciones, números de teléfonos, y demás.<sup>7</sup>

### **Paradigma de aprendizaje con el menor número de errores**

Pretende evitar la ocurrencia de errores a la vez que favorece el aprendizaje. Los errores durante el aprendizaje se refuerzan por medio de la repetición.<sup>7</sup>

**II.** El entrenamiento con estrategias y técnicas en la solución de olvidos cotidianos pretende el aprendizaje de estrategias para situaciones de la vida diaria que pueden constituir olvidos cotidianos. Entre estos ejercicios están los dirigidos a la memoria prospectiva (recordar alguna tarea por hacer, un mensaje que dar), los relacionados con la memoria retrospectiva (el recuerdo de una actividad que se haya realizado), las acciones automáticas (abrir-cerrar el gas, una llave, la olla de presión, ingerir sus medicamentos), la memorización de nombres y textos.<sup>14</sup>

**III.** El entrenamiento en el desarrollo de la metamemoria busca el análisis de las quejas de fallos de memoria más frecuentes que refiere la persona, los mecanismos que este utiliza, que podrían constituir las posibles causas, y las posibilidades en cuanto a estrategias a emplear para su corrección. Como ejemplo, se puede trabajar con un objeto que se pierde, el lugar donde lo deja y repasar las estrategias que se pueden emplear, para controlar así los fallos y reforzar positivamente los buenos resultados de las estrategias o técnicas empleadas.<sup>14</sup>

Algunos de los instrumentos para la estimulación del proceso de la memoria son las adivinanzas, los ejercicios de completar frases, la descripción de objetos, el reconocimiento de personas, entre otros. Igualmente existen algunos procedimientos más específicos aplicables a fenómenos más concretos, entre ellos se encuentran la técnica de recuerdo de nombres, la cual trata de que el sujeto pueda registrar, retener y evocar los nombres de las personas siguiendo los siguientes pasos:

- Atender realmente el nombre.
- Repetirlo.
- Asociarlo a algún rasgo físico, cualidades, y otros.
- Buscar un significado al nombre y apellido.

Otro aspecto son las ayudas externas que se pueden usar como instrumentos para ganarle a los olvidos, entre ellos se encuentran las agendas o libretas de notas, tarjetas y demás.<sup>14</sup>

### **Terapia ocupacional. Psicoestimulación a través de las artes**

Consiste en el uso de las diversas manifestaciones del arte (música, dibujo, pintura, danza, cuentos) como terapia. Su objetivo es el de estimular funciones como la praxia, atención y concentración, función ejecutiva y visuoespacial, memoria episódica y remota y lenguaje en el paciente con deterioro cognitivo. Se llevan a cabo en espacios parecidos a los talleres de actividad artística.<sup>5-7</sup>

Taller de musicoterapia: Con una amplia aplicación en la práctica clínica, la musicoterapia en relación con el deterioro cognitivo tiene gran relevancia en el campo de la rehabilitación. Consiste en el uso terapéutico de la música para conseguir favorecer en el

paciente la mejoría comunicativa y de las relaciones interpersonales, el mantenimiento de la atención-concentración en función de una tarea concreta y el estímulo de la memoria a corto y largo plazo.<sup>8-11</sup>

Existen 2 formas de musicoterapia: un método activo y otro pasivo. Para el desarrollo del proceso interventivo de la musicoterapia activa se deberá:<sup>12-16</sup>

1. Hacer una recogida y análisis de información detallada en cuanto a la capacidad cognitiva, funcional y física del paciente.
2. Comprobar la habilidad o capacidad en la actividad musical (cantar, tocar un instrumento, bailar).
3. Determinar necesidad del paciente y objetivos de la actividad.
4. Planificar y desarrollar esta.
5. La final evaluación y control de los cambios detectados. En la musicoterapia pasiva se incluyen técnicas pasivas de audición musical, con el objetivo de favorecer los recuerdos, manteniendo la orientación e identidad personal. Propicia además, la relajación del paciente.

De manera general, la puesta en práctica de las diferentes modalidades de musicoterapia requiere de los siguientes pasos:

1. Un encuentro inicial donde se explora los gustos que tiene el paciente en cuanto a la música, confeccionándose así su historia psicomusical.
2. La aplicación de una prueba de receptividad musical, para explorar los efectos que provoca en el paciente los diferentes ritmos musicales.
3. La planificación y selección de la música correspondiente en dependencia de la historia psicosocial y demás datos obtenidos previamente, así como de los objetivos perseguidos.
4. El desarrollo del tratamiento musicoterapéutico.
5. La evaluación individual de los resultados obtenidos.<sup>10</sup>

Taller de arteterapia: Consiste en la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura), con fines terapéuticos. Constituye un espacio donde con medios técnicos básicos: pintura, papel, y acompañado de un especialista entendido en aplicación de técnicas de creación artística, estimula las capacidades del paciente: atención, secuenciación, praxias y capacidades visuoespaciales.<sup>5</sup>

Taller de cuentos y leyendas: Son narraciones cortas de sucesos reales o imaginarios con la finalidad de entretener, hacer reír y educar, pero también con su carácter terapéutico. Es un espacio de expresión verbal y extraverbal, de relación interpersonal, socialización y participación. Favorece el uso de la imaginación y la creatividad. Trabaja la memoria episódica y remota. Propicia al que escucha mantener la atención y concentración. Durante la narración del cuento, el narrador se puede acompañar de objetos, marionetas, entre otros. Su mejor realización será mediante la escenificación teatral de los personajes del cuento.<sup>5</sup>

Taller de danzoterapia: Ampliamente utilizado en el campo de los trastornos mentales. De igual modo posee gran utilidad en el tratamiento del deterioro cognitivo. La psicodanza permite mediante sus varias metodologías, fundirse en sus varias interpretaciones técnicas de la danza. En Cuba los ritmos tradicionales como el danzón, cha cha cha, mambo, mozambique, pilón, danzonete, guaracha, rumba y son, constituyen los bailes populares más afines al anciano. Busca el desarrollo del vínculo interpersonal por medio del movimiento, la rememorización de acontecimientos vividos, la mejoría del estado emocional, la liberación de tensiones y energía física y la facilitación del conocimiento del esquema corporal, lateralidad, agilidad y coordinación motriz, equilibrio y estructuración espacial.<sup>5</sup>



Actualmente, a partir de trabajos desarrollados por diversos especialistas que intervienen en la rehabilitación cognitiva en el campo de los deterioros cognitivos ligero y demencial, se pueden destacar como los más importantes, los métodos y técnicas expuestos en el **cuadro**.

Cuadro. *Clasificación de la intervención cognitiva según la enfermedad*

Entidad del sujeto ----- >	Deterioro cognitivo leve e incipiente demencia	Demencia leve y deterioro cognitivo moderado
Tipo de intervención terapéutica	Animación gerontológica, Reeducción neuropsicológica y Estimulación cognitiva	Reeducación neuropsicológica y Estimulación cognitiva
Lugar	Hospital de día geriátrico Sala de rehabilitación Centro comunitario de salud mental Círculo de abuelo Hogar de ancianos Hogar	Hospital de día geriátrico Hogar de ancianos Sala de rehabilitación Centro comunitario de salud mental Hogar
Responsables	Equipo multidisciplinario (neuropsicólogo, psicogeriatra, logopeda, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerontólogo y personal debidamente entrenado)	Equipo multidisciplinario (neuropsicólogo, psicogeriatra, logopeda, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerontólogo y personal debidamente entrenado)
Programas/ Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades sociolúdicas</li> <li>-Actividades en grupo</li> <li>-Talleres de expresión verbal</li> <li>-Juegos de fichas (dominó, ajedrez, cartas)</li> <li>-Lectura (libros, prensa, revistas)</li> <li>• Talleres de entrenamiento de la memoria</li> <li>-Estrategias de asociación, visualización y categorización.</li> <li>-Desarrollo de la metamemoria.</li> <li>-Estrategias y técnicas para los olvidos cotidianos.</li> <li>-Técnicas de recuerdo de nombres.</li> <li>-Adivinanzas, refranes, completar frases.</li> <li>• Talleres de estimulación cognitiva</li> <li>-TOR en sesiones a nivel avanzado</li> <li>•Psicoestimulación a través de las artes</li> <li>-Musicoterapia</li> <li>-Arteterapia</li> <li>-Cuentos y leyendas</li> <li>-Danzoterapia</li> <li>• Propuestas de adaptación al entorno físico</li> <li>-Uso de ayudas externas (agendas, libreta de notas, diario personal, almanaque)</li> <li>-Procedimentalización de las rutinas en la vida cotidiana</li> <li>• Psicoterapia específica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•TOR</li> <li>-TOR de 24 horas</li> <li>-TOR en sesiones</li> <li>•Terapia de reminiscencia</li> <li>-Reminiscencia a domicilio</li> <li>-Reminiscencia al aire libre</li> <li>•Psicoestimulación a través de las artes</li> <li>-Musicoterapia</li> <li>-Arteterapia</li> <li>-Cuentos y Leyendas</li> <li>-Danzoterapia</li> <li>•Propuestas de adaptación al entorno físico</li> <li>-Procedimentalización de las rutinas en la vida cotidiana</li> <li>-Acondicionamiento del contexto y ayudas externas</li> <li>•Métodos de comunicación</li> <li>-Adecuación de la comunicación verbal</li> <li>-Reinterpretación del lenguaje y la conducta</li> <li>-Estimulación de la expresión</li> <li>-Control de la comunicación no verbal</li> <li>-Experiencias pasadas como contacto con el presente</li> </ul>

- Terapia de validación
  - Análisis de rupturas conversacionales
  - Parafrasear
  - Imaginar lo opuesto
  - Emplear la ambigüedad
  - Talleres de entrenamiento de la memoria
  - Facilitación de la codificación y la recuperación de la información
  - Recuperación espaciada
  - Difuminación de los indicios de recuperación
  - Paradigma de aprendizaje con el menor número de errores
  - Psicoterapia específica
- 

En Cuba, están las bases creadas para el diseño y experimentación de programas interventivos, teniendo en cuenta el auge que está teniendo la creación de salas de rehabilitación, equipadas adecuadamente. Junto con los existentes hogares de ancianos, los hospitales de día geriátricos, las casas y los círculos de abuelos. Resulta importante que se cuente en todos los lugares con ese indispensable equipo multidisciplinario especializado para dicha tarea. En algunos de estos espacios, para alcanzar la óptima implementación de los programas, se precisa que la familia o el cuidador participen, lo que es fundamental, además, como apoyo y continuidad en la atención al paciente y el logro de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Debe destacarse que la intervención cognitiva solo forma una parte de la intervención no farmacológica. Su atención integral, que comprenda aspectos funcionales, cognitivos y sociales del paciente, según sus características y demandas en lo particular, son claves para la efectividad de este.<sup>3</sup>

## **CONCLUSIONES**

La intervención cognitiva en el paciente con demencia leve se ejecuta fundamentalmente en forma de estimulación cognitiva, la que incluye las técnicas de la terapia de orientación a la realidad, la reminiscencia, la psicoestimulación mediante las artes y la consulta de logopedia, así como los talleres de entrenamiento de la memoria, con el uso de diversas técnicas a manera de reeducación neuropsicológica, y las propuestas de adaptación al entorno físico y humano, que engloban, respectivamente, las rutinas en la vida cotidiana y ayudas externas. También se emplean métodos de comunicación y técnicas de validación, e intervenciones propias de psicoterapias específicas.

Por otra parte, la intervención en el paciente con DCL se promueve fundamentalmente a manera de reeducación neuropsicológica, con el desarrollo de técnicas en forma de adaptación al entorno y talleres de estimulación y entrenamiento de la memoria. A manera de estimulación cognitiva, mediante el empleo de la terapia de orientación a la realidad, en sesiones de nivel avanzado; asimismo, con intervenciones propias de psicoterapias específicas y la animación gerontológica por medio de diversas actividades sociolúdicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Carrasco M, de Blas Soto J. Deterioro cognitivo leve, ¿Una entidad necesaria? *Psiquiatría* 2004; 6(3).  
<<http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/133/15468/?++interactivo>> [consulta: 4 julio 2008].
2. Robles A. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002; 17(1):17-32.
3. Carrasco García MR. Rehabilitación integral al demente senil. Experiencia de la unidad de demencia. HDCQ Dr. Salvador Allende. *Bibliografía Básica*. En: Maestría longevidad satisfactoria. La Habana: MINSAP, 2004.
4. Centro Internacional de Restauración Neurológica: CIREN. Diagnóstico y evaluación. Restauración neurológica. 2008.  
<[http://www.ciren.cu/paginas/RESTNEUROLOGICA\\_COMPONENTES/restauracion\\_neurolologica\\_diagnostico\\_evaluacion.htm](http://www.ciren.cu/paginas/RESTNEUROLOGICA_COMPONENTES/restauracion_neurolologica_diagnostico_evaluacion.htm)> [consulta: 4 julio 2008].
5. Bruna Rabassa O, Cullell Gómez N. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. *Intervención en demencias*. Huelva: Diputación Provincial de Huelva, 2006.
6. Peña Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1999.  
<[http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/53163e3ae833f010VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/LibroAlzpart5\\_esp.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/53163e3ae833f010VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/LibroAlzpart5_esp.pdf)> [consulta: 4 julio 2008].
7. Tarraga L. Terapias Blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa psicoterapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; 27(supl.1):S51-S62.
8. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales Sis San Navarra* 2003; 26(3).  
<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000500007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007)> [consulta: 12 agosto 2006].
9. Martínez Lage JM, Pascual Millán LF. Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo? Madrid: Ediciones Aula Médica, 2003.  
<<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH0fdb.dir/doc.pdf>> [consulta: 12 agosto 2006].
10. Zaldivar Pérez D, Vega Vega R, Roca Perara MA. *Psicoterapia general*. La Habana: Editorial Félix Varela, 2004.
11. Martínez Rodríguez T. Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales, 2002.
12. Llach Forcada M. Programa de prevención del Deterioro Cognitivo y Detección Precoz. Lisboa: Institut de Sociologia i Psicologia Aplicades ISPA, 2006.
13. Yanguas J, Urdaneta E. Tratamientos no farmacológicos de las enfermedades neurovegetativas. San Sebastián: INGEMA, [200.?].  
<[http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/seminarios/tratamientos\\_no\\_farmacologicos\\_de\\_las\\_enfermedades\\_neurodegenerativas.pdf](http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/seminarios/tratamientos_no_farmacologicos_de_las_enfermedades_neurodegenerativas.pdf)> [consulta: 12 agosto 2006].
14. Maroto Serrano MA. La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>> [consulta: 12 agosto 2006].

15. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Preguntas frecuentes. Instituto de Salud Pública de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

<<http://www.madridsalud.es/centros/cognitivo.php>> [consulta: 22 septiembre 2008].

16. Roca I. Musicoterapia. Huelva: Diputación Provincial de Huelva, 2006: 20-30.

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/uszheimer-musica-01.pdf>> [consulta: 22 septiembre 2008].

Recibido: 21 septiembre del 2009

Aprobado: 4 noviembre del 2009

**MsC. Eliesbel Díaz Barrientos.** Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Avenida de los Libertadores y calle 4, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.

Dirección electrónica: [elio@ucilora.scu.sld.cu](mailto:elio@ucilora.scu.sld.cu)