



Acreditado por el  
Consell Català de Formació Continuada  
de les Professions Sanitàries-  
Comisión de Formación Continuada del  
Sistema Nacional de Salud con  
**3,6 créditos**



Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)



## módulo 2

### Demencias: diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y detección precoz

- 4 Demencias: concepto, clasificación y casos clínicos
- 5 Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz
- 6 Tratamiento farmacológico de la demencia
- 7 **Rehabilitación cognitiva**
- 8 Terapia física
- 9 Factores de riesgo y factores preventivos en el deterioro cognitivo
- 10 Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia

## Atención farmacéutica

### módulo 2

T E M A 7

# Rehabilitación cognitiva

Beatriz Pedrosa Casado

Diplomada universitaria en Trabajo Social. Máster en Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Sociolaboral de Enfermos Mentales Crónicos. Universidad de Valencia

El deterioro progresivo de las capacidades intelectuales asociado a las demencias aparece habitualmente acompañado de alteraciones funcionales, emocionales, psicológicas y del comportamiento, y afecta de forma general a todo el conjunto de funciones necesarias para el desarrollo normalizado de las actividades de la vida diaria, repercutiendo negativamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas que las padecen, y consecuentemente, afectando también a los de sus familias y su entorno.

La intervención terapéutica en el proceso de estas patologías debe contemplarse aplicando un enfoque integral: requiere un abordaje multidisciplinar y la participación de diversos profesionales.

Tradicionalmente, cuando se hace alusión al tratamiento se establece una división en dos apartados: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, recibiendo este último en algunos casos la denominación genérica de tratamiento «cognitivo».

El tratamiento no farmacológico (o cognitivo) de las demencias abarca una amplia variedad de propuestas y técnicas de intervención que ha dado lugar al

©Thinkstock



manejo de diversas denominaciones utilizadas a menudo como expresiones sinónimas. Se habla así de «intervención cognitiva», «rehabilitación cognitiva», «estimulación cognitiva», «rehabilitación neuropsicológica», etc. Estos términos, generalmente utilizados de manera indistinta, no tienen sin embargo el mismo significado, y el origen de las diferentes acepciones se sitúa fundamentalmente en los distintos campos de aplicación de los que provienen.

### Definición y concepto

El concepto de «rehabilitación cognitiva» procede de la neuropsicología y estaría integrado en el contexto de la denominada «rehabilitación neuropsicológica». Ambos términos (que tienen su origen en las nuevas concepciones del tratamiento de las enfermedades neurológicas que cobran especial auge a partir de la década de los noventa) se basan, de manera esencial, en el principio de neuroplasticidad (Arroyo, 2002), que alude a la capacidad que posee el cerebro de cambiar, modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones (Gómez-Fernández, 2000) y al hecho de que el sistema nervioso central (SNC) posee la capacidad de remodelarse a través de la experiencia y de la realización de diferentes tareas (Johansson, 2004), de forma que la práctica y la repetición (el entrenamiento) son pilares sobre los que fomentar la rehabilitación.

La rehabilitación cognitiva se define como la estructuración de un conjunto de actividades cuyo objetivo se centra en mejorar o reducir los déficits producidos por una lesión o enfermedad. En este sentido, la utilización del prefijo «re-» parece indicar que se trataría de recuperar una función que se ha perdido en un momento determinado tras haberse desarrollado previamente de forma adecuada, y que por lo tanto no podría aplicarse a situaciones en las que no hubiese una pérdida previa de la función (caso de la discapacidad intelectual, por ejemplo), ni a aquellas situaciones en que el objetivo no se cen-

tra en recuperar lo perdido, como es el caso de las enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, en un sentido amplio, el término se aplica a cualquier situación en que se ha sufrido alteración o déficit cognitivo, y ello ha dado lugar a la existencia de múltiples definiciones de la rehabilitación cognitiva.

Gran parte de los programas de rehabilitación cognitiva se encuadran en un contexto de actuación más amplio denominado «rehabilitación neuropsicológica» que contempla, además de la esfera cognitiva, otras como la neuroconductual y la psicosocial, y que sitúa sus objetivos en, además de mejorar el funcionamiento cognitivo, favorecer también la mejora del funcionamiento adaptativo y la calidad de vida del paciente (Ginarte, 2002). En este sentido, el término «rehabilitación cognitiva» es algo más restringido que el de «rehabilitación neuropsicológica»; sin embargo, los programas de rehabilitación cognitiva contemplan la utilización de técnicas y estrategias de intervención que inciden en los aspectos afectivo-comportamentales y sociales. Hay autores que se inclinan por la utilización del término «programas de intervención» (concepto unido sobre todo a los ámbitos de la psicogerontología y las demencias), si bien el de «rehabilitación cognitiva» está mucho más difundido y aceptado por la comunidad científica (Guinarte, 2002).

### Rehabilitación cognitiva en las demencias

#### Objetivos

Precisando lo señalado con anterioridad, y en el caso concreto de las demencias, los objetivos de la rehabilitación cognitiva quedan centrados en los siguientes aspectos: disminuir la progresión del deterioro y mejorar el rendimiento cognitivo y funcional (abarcando los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales), mantener las capacidades mentales, mantener el nivel de autonomía e independencia el mayor tiempo posible, evitar o disminuir los problemas emocionales, y evitar las reacciones psicológicas y comportamentales anómalas. Todos ellos enfocados



a la consecución del objetivo final y fundamental, que no es otro que la mejora de la calidad de vida del paciente y sus familiares y cuidadores.

### Estrategias de intervención

La aplicación de las terapias no farmacológicas en el ámbito de las personas que sufren deterioro cognitivo en demencias es un claro ejemplo de la importancia de situar el punto de mira de la intervención en los objetivos de aumento de la calidad de vida y el bienestar a los que hacíamos alusión más arriba, algo que tiene cada vez más auge tanto en nuestro país como a escala internacional.

Cabe destacar que ninguna estrategia en concreto puede generalizarse a todos los casos, y que si hay algo que caracteriza a la rehabilitación cognitiva es su carácter individual. Es imprescindible atender a los criterios de individualización y flexibilidad a la hora de determinar y aplicar los programas de rehabilitación.

El propósito de los siguientes apartados consiste en describir de forma breve y concisa parte del conjunto de intervenciones que se utilizan habitualmente en rehabilitación cognitiva.

### Estimulación cognitiva

Bajo esta denominación se encuentran una serie de técnicas y estrategias cuyo objetivo se centra no en recuperar, sino en mantener las capacidades mentales. Asimismo, también intenta conseguir la mejora de las funciones cognitivas y la optimización de su rendimiento poten-

ciando las capacidades preservadas y persiguiendo frenar en lo posible la progresión del deterioro.

### Características

La estimulación cognitiva es un proceso individualizado y adaptado; debe partir de un análisis detallado dirigido a establecer las capacidades preservadas y/o deterioradas en cada persona, e incluir una valoración neuropsicológica completa y la detección de otras variables (además de las cognitivas) que puedan ser relevantes para la obtención de los objetivos planteados en el programa que se pretende aplicar.

Las actividades pueden realizarse de forma individual o en grupo, no tienen una duración determinada, tienen en cuenta las capacidades reales preservadas y suelen incluir la participación de los familiares o cuidadores en el proceso.

Su metodología se basa en la articulación de los denominados «programas de estimulación», donde se planifican y desarrollan de forma sistemática y estructurada actividades o ejercicios de estimulación en los distintos ámbitos cognitivos (memoria, orientación, lenguaje, capacidades ejecutivas, atención, capacidad visuoespacial, etc.).

Estas tareas de estimulación, como decimos, atienden a distintos ámbitos o capacidades y funciones cognitivas, sin olvidar lo que al respecto se señala desde los diferentes modelos teóricos acerca del carácter integral de la estimulación cognitiva, de la dificultad de conceptualizar o establecer en una sola clasificación cuáles y cuántos son los componentes y funciones del sistema cognitivo, así como de la afirmación de que, al no ser procesos psicológicos independientes sino interrelacionados, la realización de una actividad de estimulación cognitiva no supone activar un aspecto funcional único, sino que implica la participación de diversas capacidades o distintos componentes de las mismas.

### Orientación a la realidad

Las técnicas de orientación a la realidad tienen sus inicios en los trabajos del psiquiatra James C. Folsom a finales de la

década de 1950, que estableció un método dirigido a aumentar la calidad de vida de personas ancianas que presentan estados de confusión. La técnica se fue conformando y estructurando con posterioridad, y fue una de las primeras terapias psicosociales sistematizadas que se aplicaron en contextos institucionales. Utilizada en el tratamiento de la confusión y de las alteraciones de la orientación y la memoria (su aplicación contribuye a superar problemas surgidos en la memoria a corto y medio plazo), se fundamenta en la presentación de información relacionada con la orientación en el tiempo, el espacio y la propia identidad, con el objetivo de proporcionar a la persona comprensión acerca de sí misma y de lo que la rodea, lo que favorece la integración del sujeto en su medio y el aumento de la autoestima y el bienestar.

Su metodología se asienta básicamente en dos formas de abordaje:

- **Orientación a la realidad.** Se realiza en sesiones con una duración de entre 30 y 60 minutos. Estas sesiones se desarrollan de forma individual o en pequeños grupos, y se llevan a cabo varias veces a la semana siguiendo más o menos el mismo esquema organizativo de tareas por «bloques»: actividades de orientación de la persona; orientación en el espacio, y orientación en el tiempo. Pueden dis-

tinguirse, según el estado de los pacientes, tres niveles de intervención (Peña-Casanova, 1999):

1. **Nivel básico.** Manejando y repitiendo información actual (en curso) y utilizando material de orientación a nivel elemental: orientación temporal básica (día, mes, fiestas), el tiempo, los nombres...
2. **Nivel estándar.** Se tratan aspectos de orientación básica y temas propios de la estimulación y actividad sensorial, manteniendo discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje.
3. **Nivel avanzado.** Se tratan en menor medida las informaciones básicas y se establecen temas de discusión y de trabajo que, en cierto modo, se diferenciarían poco de los que se abordarían con personas sanas.

Como herramientas de trabajo se utilizan habitualmente materiales de diversa índole: calendarios, láminas, materiales para el registro (cuadernos, diarios, agendas) relojes, etc.

- **Orientación a la realidad durante veinticuatro horas.** En este caso, la orientación se desarrolla a lo largo de todo el día y participan todas las personas que están en contacto habitual con el paciente: familiares, cuidado-

©Thinkstock



res, profesionales, etc. Se trata de suministrar a la persona información que la ayude a estar ubicada constantemente en el tiempo y en el espacio. En un primer momento la intervención consistía en ofrecer al paciente información aprovechando cualquier oportunidad; más recientemente, la orientación se ofrece sólo cuando es solicitada por el paciente, ante cualquier duda de éste y apoyándole para que intente o pueda encontrar la respuesta por sí mismo.

### Reminiscencia

La reminiscencia es conocida también con la denominación de «terapia del recuerdo» y proviene de las aportaciones de Butler, a quien se debe el concepto de «revisión de vida», que definió como «un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver» (Butler, 1963). Es una técnica que se basa fundamentalmente en la realización de sesiones (que pueden ser individuales o de grupo) con personas mayores en las que se estimula a los participantes a recordar hechos y acontecimientos personales y sociales del pasado. Esta terapia es ampliamente aplicada en los programas de intervención con personas con deterioro cognitivo o demencias, y constituye una forma de activar la memoria biográfica del paciente, si bien no está considerada como una técnica destinada específicamente a potenciar los aspectos cognitivos. Sus objetivos se centran en:

- Reactivar el pasado personal y ayudar a mantener la propia identidad (Norris, 1986).
- Centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos, más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final es estimular la propia identidad y la autoestima de la persona (Peña-Casanova, 1999).

Con respecto a la metodología, la reminiscencia puede realizarse con la frecuencia que se desee, en todo momen-

to y en cualquier lugar. Pueden utilizarse para su desarrollo distintas técnicas, herramientas o materiales, como las antiguas habilidades personales y/o relacionadas con el oficio desempeñado (pintar, coser, peinar, etc.), conversaciones informales, canciones, fotografías, películas, olores, sonidos, imágenes, etc. Los objetos que se utilicen deben ser reales o con un aspecto lo más real posible, y preferentemente deben ser objetos personales, ya que tienen un mayor componente afectivo y emotivo para el sujeto.

### Estimulación sensorial

Es una técnica de uso cada vez más frecuente, sobre todo en los casos de demencias en fases muy avanzadas en las que las funciones cognitivas superiores se encuentran muy deterioradas. Consiste en la estimulación de los receptores sensoriales con el objetivo de favorecer las operaciones cognitivas, lograr una mayor respuesta del paciente y mejorar el conocimiento sobre sí mismo y el entorno. Se incide también en la mejora de la afectividad y la conducta.

La técnica se apoya en la utilización de diferentes estímulos (luces, sonidos, olores, contacto físico, etc.) en sesiones articuladas de estimulación y utilizando diversos soportes, aparatos o técnicas que varían en función del deterioro. La estimulación sensorial forma parte en muchas ocasiones de programas de estimulación cognitiva.

Encontrada en el campo de la estimulación sensorial se encuentra también la denominada «estimulación multisensorial», que como su propio nombre indica consiste en proporcionar al paciente información emitida desde canales diversos, y se fundamenta en la necesidad de las personas con demencia de recibir múltiples pistas sensoriales que les faciliten la comprensión de lo que está percibiendo. Una variante cada vez más conocida se lleva a cabo a través de la denominada «estimulación sensorial Snoozelen», en la que se utilizan unas salas especiales equipadas con distintos aparatos y recursos para estimular,

además de los componentes sensoriales, otros componentes cognitivos.

### Otras técnicas de intervención *Entrenamiento en actividades de la vida diaria*

Su objetivo se centra en obtener el máximo nivel de independencia en la realización de tareas ocupacionales o funcionales y de actividades de la vida diaria, a través de la práctica guiada mediante una ayuda o estímulo mínimo. Generalmente se trabajan en los denominados «talleres ocupacionales», e incluyen tareas de actividades básicas como comer, vestirse, peinarse, afeitarse, etc., y actividades de la vida diaria instrumentales como el uso y manejo del dinero, la utilización del transporte público, la realización de compras, etc.

### *Musicoterapia*

Básicamente se podría definir como la utilización de la música para estimular las capacidades cognitivas, mejorar el estado anímico y socioafectivo y mejorar el estado físico. En el caso específico de personas que además tienen demencia, esta técnica ayuda en la comunicación y expresión de emociones de los pacientes. También se aplica en terapia de reminiscencia, con la utilización de música significativa para el paciente (canciones, sintonías o ritmos, por ejemplo), que le permite estimular las gnosias auditivas, la memoria episódica y autobiográfica y el lenguaje.

### *Modificación cognitiva de la conducta*

Actuaciones encaminadas a reforzar las conductas adaptadas y modificar las desadaptadas a través del empleo de técnicas específicas.

### *Ayudas externas*

Técnica consistente en la modificación o cambio del medio externo y/o la utilización de dispositivos o materiales con el fin de recuperar o mantener la actividad funcional del paciente (colocación de letreros, pictogramas, uso de agendas, calendarios, etc.).

## Caso clínico

Paciente que acude a la consulta del neuropsicólogo acompañado por sus familiares, que refieren que han observado pérdida de memoria en el último año. Dicha pérdida no guarda relación con ningún acontecimiento o cambio importante en la vida del paciente, y está asociada a aspectos cotidianos y relacionados con la memoria a corto plazo (se le olvidan detalles, razones, etc.); también empieza a confundir a personas conocidas, y le resulta difícil llegar a lugares conocidos. Asimismo, han observado que se distrae fácilmente. De momento el paciente es capaz de compensar el déficit, dado su carácter metódico y ordenado, y utiliza una agenda.

No se observan alteraciones neuropsiquiátricas ni cambios de comportamiento o vegetativos. Como antecedentes familiares importantes, se destaca que cuatro hermanos han sufrido demencia (sin especificar el tipo).

Se efectúa una valoración neuropsicológica completa aplicando diversos instrumentos de evaluación y analizando las distintas capacidades cognitivas.

## Diagnóstico

Dado al perfil cognitivo y comportamental presentado por el paciente, y teniendo en cuenta como punto de referencia la información obtenida de los familiares y del propio paciente, y junto con la observación objetiva y cualitativa de sus resultados en las pruebas de evaluación neuropsicológica, se podría decir que el paciente se encuentra ante una etapa inicial de posible enfermedad de Alzheimer, correspondiente a un GDS 3.

## Orientaciones terapéuticas

- Comenzar un programa de rehabilitación cognitiva para compensar y prevenir déficits cognitivos.
- Se recomienda evaluación y control en el servicio de neuropsicología cada 6 meses.
- Se recomienda trabajo con terapia ocupacional para planificación de actividades en la vida cotidiana.
- Se recomienda una supervisión constante en sus actividades de la vida cotidiana, ya que corre el riesgo de sufrir o de ocasionar algún accidente.

### Psicomotricidad

Consiste en la estimulación de las capacidades intelectuales mediante el movimiento. Recurre a herramientas como el ritmo, el equilibrio, el tono muscular,

la respiración, etc. Favorece la estimulación sensorial, facilita la expresión y la comunicación a través del lenguaje corporal y fomenta, entre otras, la motricidad fina y las destrezas manuales.

## Conclusión

En este punto, nos gustaría resaltar como resumen y conclusión de lo expuesto en estas páginas que, en el panorama actual de intervención en rehabilitación cognitiva de personas afectadas de deterioro cognitivo en demencias, se tiende a un enfoque integral y multidisciplinar, y es frecuente encontrar diferentes estrategias, planteamientos y abordajes que combinan diversas técnicas desarrolladas por distintos profesionales, pero siempre atendiendo y aunando objetivos comunes. ●

## Bibliografía

- Abrisqueta-Gómez J, Canali F, Aguilar AC, Ponce CS, Brucki SM, et al. A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3B): 778-783.
- Arkin S. Alzheimer memory training: students replicate learning success. *Am J Alzheimers Dis*. 2000; 15: 152-162.
- Arroyo E. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Barcelona: Proas Science, 2002.
- Butler RN. The Live Review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 1963; 26: 65-76.
- Ginarte-Arias Y. Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Neurol*. 2002; 35(9): 870-876.
- Gómez-Fernández L. Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Rev Neurol*. 2000; 31(8): 749-756.
- Johansson BB. Brain plasticity in health and disease. *Keio J Med*. 2004; 53(4): 231-246.
- Norris A. Reminiscence with elderly people. Bicester: Wislow Press, 1986.
- Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1999.

