

Intervenciones terapéuticas en el lenguaje y la memoria

Mercè Jódar Vicente
Pilar Martín Plasencia

P06/80045/02311

Índice

1. Rehabilitación del lenguaje en el niño y en el adulto	5
1.1. Recuperación funcional	5
1.1.1. Recuperación funcional y concepto de plasticidad cerebral	5
1.1.2. Variables de pronóstico: factores que influyen en la recuperación	6
1.2. Aspectos generales de la rehabilitación del lenguaje	9
1.2.1. Estrategias de rehabilitación	9
1.2.2. Elaboración de un programa de rehabilitación	16
1.2.3. Ámbitos de intervención	17
1.3. Rehabilitación de la afasia en el adulto	18
1.3.1. Intervención de la expresión lingüística	18
1.3.2. Intervención de la comprensión del lenguaje	23
1.4. Rehabilitación de las alteraciones del lenguaje en el niño	23
1.4.1. Introducción	23
1.4.2. Consideraciones generales y estrategias de intervención	24
1.4.3. Trabajo con la familia	25
1.4.4. Intervención	26
2. Amnesias y programas de rehabilitación	29
2.1. Introducción: ¿puede recuperarse la memoria?	29
2.2. Objetivos y estrategias de rehabilitación	30
2.2.1. Rehabilitación de la capacidad amnésica	31
2.2.2. Utilidad de las capacidades amnésicas preservadas: estrategias mnemotécnicas	33
2.2.3. Ayudas externas	34
2.3. El papel de la familia	38
3. El lenguaje y la memoria en los programas de intervención cognitiva en la vejez y la demencia	40
3.1. Introducción	40
3.2. Los programas de entrenamiento de la memoria para gente mayor	40
3.2.1. Los objetivos	41
3.2.2. Dinámica de grupo	42
3.2.3. Un material específico	42
3.2.4. Los resultados de una experiencia	43
3.3. Los programas de estimulación en demencias	44
3.3.1. Justificación neurobiológica	44
3.3.2. Los objetivos	45
3.3.3. La relevancia del rol del psicólogo	46

3.3.4. Estimulación de la memoria y del lenguaje	46
Bibliografía	48

1. Rehabilitación del lenguaje en el niño y en el adulto

1.1. Recuperación funcional

La rehabilitación de los déficits neuropsicológicos es relativamente nueva, comparada con otros ámbitos de investigación en neuropsicología, si bien la rehabilitación de las afasias es la que tiene más tradición, con más estudios y, por lo tanto, con más bagaje con respecto a otras funciones cognitivas.

Rehabilitación es un término amplio, que incluye aspectos como recuperación funcional, intervención, etc. Todos estos conceptos, relacionados con la rehabilitación, son claramente distintos. Por lo tanto, ahora los definiremos.

1.1.1. Recuperación funcional y concepto de plasticidad cerebral

La recuperación funcional, en líneas generales, se refiere a los distintos mecanismos que el sistema nervioso pone en marcha para responder a los daños producidos por una lesión cerebral. Estos mecanismos se sitúan en ámbitos diferentes: neuroquímicos, neuroanatómicos, cognitivos, psicosociales, etc. (Barroso, 1994).

El término de *recuperación* es similar al de la *plasticidad cerebral*, entendida como la capacidad del sistema nervioso para modificar sus patrones, adaptarse al daño y recuperar las funciones perdidas. No obstante, no en todos los casos la plasticidad cerebral tiene un carácter positivo, sino que puede tener un efecto no adaptativo cuando el restablecimiento de nuevas sinapsis no crea recuperación funcional.

Además de los mecanismos cerebrales que se ponen en marcha, al hablar de recuperación de funciones, centrándonos en el ámbito de la rehabilitación, podemos adoptar dos objetivos diferentes: **recuperación de medios** o **recuperación de objetivos**.

- La **recuperación de medios** se refiere más a los mecanismos cerebrales indicados anteriormente y pretende reactivar los mismos medios que el paciente utilizaba antes de la lesión cerebral. Este tipo de recuperación se suele producir más espontáneamente; es decir, sin una intervención directa, y se manifiesta cuando un paciente, después de una lesión, recupera todas o parte de las capacidades alteradas. Este objetivo de recuperación de funciones está relacionado con el término de recuperación espontánea¹.

Ejemplo

Un paciente que sufre una afasia global y al cabo de unas semanas recupera la capacidad de comprensión lingüística y mantiene las dificultades en la expresión, o bien recupera totalmente las dos capacidades.

⁽¹⁾Cualquiera que haya estado en contacto con personas que hayan sufrido daños cerebrales ha observado que algunos pacientes recuperan las funciones perdidas pasadas unas pocas horas. Este fenómeno se conoce como *recuperación espontánea*, y se produce gracias a la liberación de sustancias endógenas (sustancias tróficas) que permiten la supervivencia de las neuronas. Estas sustancias se encuentran en las áreas próximas a la lesión y se ponen en marcha los días posteriores. Es importante fijarse en la evolución de esta capacidad de recuperación espontánea e iniciar la rehabilitación después de que ésta se haya producido.

- La **recuperación de objetivos** se centra en conseguir una serie de objetivos (normalmente las capacidades perdidas), de manera independiente de los medios utilizados. Por lo tanto, puede ser la compensación de la función alterada o su sustitución.

La **rehabilitación**, como hemos comentado anteriormente, es un concepto más amplio que el de recuperación funcional, e incluye los dos objetivos de ésta: en algunos casos, pretende entrenar directamente la capacidad perdida, es decir, reestructurarla, como se hacía antes de la lesión cerebral (recuperación de medios) y/o también el entrenamiento de actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento del paciente, compensando o sustituyendo la capacidad perdida. Por lo tanto, se refiere tanto a la intervención sobre la capacidad dañada como sobre todas las actuaciones que se dirigen a mejorar las habilidades del paciente, como por ejemplo puede ser la adaptación ambiental, la utilización de métodos de compensación, de sustitución, etc.

Los conceptos de compensación y sustitución se deben a Zangwil en la década de los sesenta.

- **Compensación.** Se refiere a la reorganización funcional para reducir los efectos de las lesiones cerebrales.
- **Sustitución.** Se refiere a la construcción de un método nuevo de respuesta que sustituya la capacidad perdida por la lesión cerebral. Estos conceptos fueron reanudados y ampliados por Luria, que se basó en su teoría de la "organización cerebral de las funciones cognitivas" (referencia), la cual plantea que cuando la severidad de la lesión cerebral es grande el sujeto puede compensarla mediante niveles más básicos de la capacidad perdida (compensación) o bien mediante otras funciones (sustitución).

1.1.2. Variables de pronóstico: factores que influyen en la recuperación

El objetivo de la rehabilitación, es decir, hasta dónde creemos que el paciente se puede recuperar, está determinado por una serie de factores o variables que nos indican el posible pronóstico de la rehabilitación. Es importante conocerlos y manejarlos adecuadamente para plantearnos una estrategia correcta (aspectos que se tratarán más adelante) y un objetivo realista.

Los factores de pronóstico se refieren, por una parte, a variables relacionadas con las características de los sujetos, por otra, a la lesión cerebral, y por otra, al trastorno lingüístico.

Ejemplo

Cuando un paciente sufre una lesión cerebral en el hipocampo izquierdo y ha perdido la capacidad para almacenar información nueva, se le enseña a utilizar una agenda para apuntar los datos relevantes para su vida.

Características de los sujetos

Dentro de las características de los sujetos, destacan:

- **La edad.** Tradicionalmente se ha considerado que las personas más jóvenes se recuperan mejor de las consecuencias de un daño cerebral que las personas de más edad. Este planteamiento está en relación con la mayor plasticidad cerebral en los sujetos más jóvenes. Además, este razonamiento ha sido discutido por muchos autores, los cuales lo relacionan más con la etiología de la lesión cerebral, y los traumatismos craneoencefálicos son los que presentan un mejor pronóstico, de manera que la mayor parte de los sujetos que sufren este tipo de alteración suelen ser personas jóvenes. En cambio, en el caso de los trastornos vasculares es relativamente independiente de la edad.
- **Dominancia manual,** en relación con la posibilidad de una menor asimetría en la lateralización cerebral, por lo tanto muestran más capacidad de reorganización funcional (Springer, Deutsch, 2001, Barroso, 1994).
- **Ambiente sociocultural.** Se ha constatado que los sujetos con más nivel cultural tienen un pronóstico más favorable, de manera que un ambiente enriquecido favorece la recuperación, lo que puede ser debido a una mayor "reserva cerebral" premórbida que posibilitaría una recuperación más óptima.
- **Déficits motores y/o neuropsicológicos.** En este sentido, los pacientes con afectación en el lóbulo frontal, que muestran una afasia de Broca, pueden presentar hemiplejías o hemiparesias del lado derecho del cuerpo, lo cual hace más difícil la rehabilitación, dado que tendríamos que enseñar a los pacientes diestros, que constituyen el 90% de la población, a escribir con la mano izquierda. Por otra parte, los pacientes con afectación en la corteza posterior, como pueden ser las afasias transcorticales sensoriales o transcorticales mixtas, pueden presentar alteraciones en los campos visuales (hemianopsias²) y otros déficits neuropsicológicos, además del trastorno afásico, como pueden ser apraxias visuoconstructivas³ y déficits amnésicos. Obviamente, cuantos más déficits neuropsicológicos, peor pronóstico para la rehabilitación del lenguaje.

⁽²⁾La hemianopsia consiste en la pérdida de visión en alguna parte del campo visual debida a una afectación del nervio o el tracto óptico. Están las variantes siguientes:

- La hemianopsia bitemporal consiste en la pérdida de la visión en los dos campos temporales (laterales) debido a una lesión en el quiasma óptico.
- La hemianopsia homónima consiste en la pérdida de la visión de las dos partes laterales o centrales del campo visual a causa de una lesión en el tracto óptico o en el cuerpo geniculado lateral del tálamo.
- La hemianopsia nasal consiste en la pérdida de la visión por una parte central del campo visual a causa de una lesión en la parte lateral del quiasma óptico.

⁽³⁾La apraxia visuoconstructiva es un déficit neuropsicológico causado por lesiones parietales unilaterales o bilaterales que se definen como la dificultad para hacer movimientos en el espacio guiados visualmente.

- **Personalidad.** Esta variable influye en dos sentidos, por una parte hay que tener en cuenta que las lesiones cerebrales afectan a la personalidad, y las lesiones frontales causan alteraciones como agresividad, irritabilidad, desinhibición y falta de juicio sobre las consecuencias de la conducta y de las alteraciones neuropsicológicas. También las lesiones localizadas en el lóbulo temporal pueden causar trastornos en la esfera afectiva relacionados con apatía, desmotivación, etc.

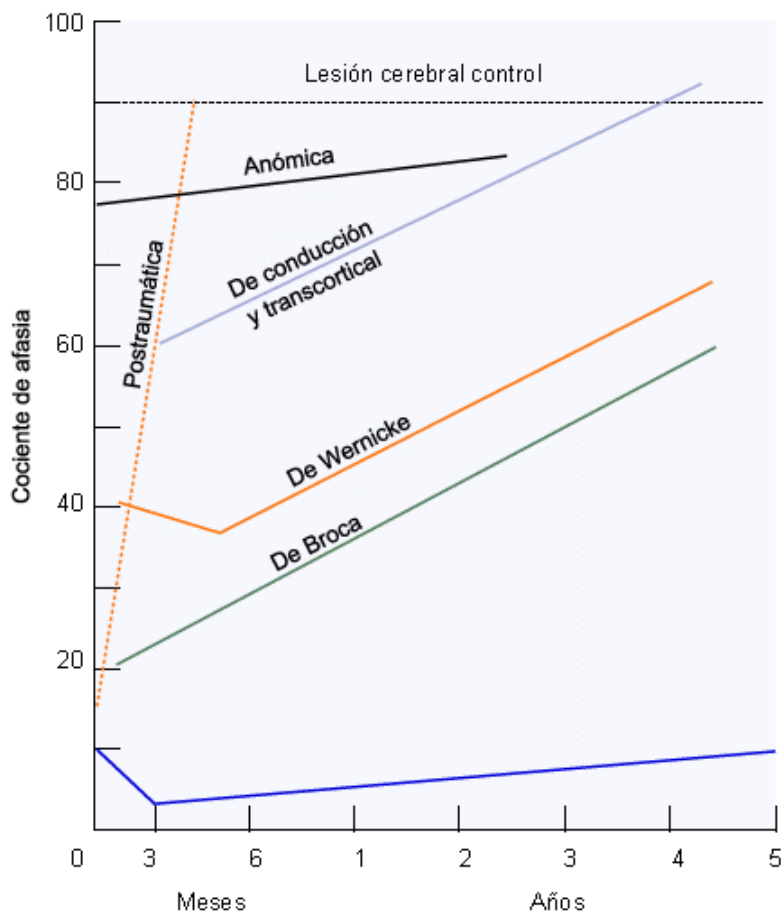
Características debidas a la lesión

Las características de la lesión son un factor determinante para el pronóstico de la rehabilitación. En primer lugar, la manera en la que se produce la lesión cerebral se relaciona con el daño neuropsicológico que produce. De este modo, las lesiones que se desarrollan lentamente causan menos daño cognitivo que las que aparecen de manera abrupta, independientemente de dónde se localice la lesión y su extensión. Por lo tanto, en relación con estos aspectos, las etiologías que se instauran de manera abrupta tienen un peor pronóstico, dado que causarán más trastorno y peor recuperación, como es el caso de los trastornos vasculares agudos, mientras que otras, como los tumores, si éstos son de instauración lenta, provocarán alteraciones cognitivas menores.

La severidad del trastorno del lenguaje

La severidad del trastorno del lenguaje también es un factor de pronóstico importante. De esta manera, las afectaciones más graves presentan una recuperación menor que las más leves.

Cuadro de recuperación de acuerdo con el tipo de afasia



Fuente: Kertesz, McCabe (1977).

Como es posible apreciar en la figura superior, los tipos de afasias que se pueden recuperar casi al 100% son la afasia anómica y las afasias transcorticales, si bien éstas son los cuadros clínicos más leves. Las afasias de Broca y Wernicke difícilmente pueden llegar a un 100% de recuperación, y las que menos se recuperan son las afasias globales, que muestran las características más severas, y en la mayoría de los casos la recuperación se reduce a los aspectos más sencillos de la comprensión lingüística.

Por otra parte, la recuperación está determinada, como muestra la figura, por el tiempo: los primeros meses se producen los cambios más importantes, fundamentalmente en las afasias de Broca y Wernicke y en las afasias de tipo transcortical, si bien en las afasias globales el tiempo no influye significativamente, y también en la afasia de tipo anómico.

1.2. Aspectos generales de la rehabilitación del lenguaje

1.2.1. Estrategias de rehabilitación

Para abordar la rehabilitación del lenguaje podemos aplicar diferentes estrategias de rehabilitación. La elección de una u otra estrategia dependerá del objetivo que nos planteemos en la rehabilitación, y éste a su vez está determinado

por las variables de pronóstico que hemos comentado en el apartado anterior. Además, las estrategias no son excluyentes, de tal manera que se pueden utilizar simultáneamente para diferentes aspectos de la rehabilitación.

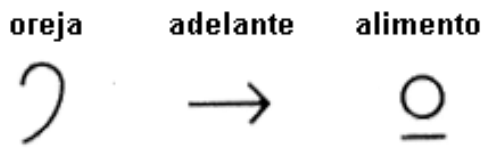
- **Estrategia de reactivación o restauración.** Es posiblemente la estrategia más utilizada en la rehabilitación del lenguaje y su objetivo es "reactivar" la actividad afectada, partiendo de la asunción de que las capacidades perdidas se pueden reactivar. Para esto, la técnica más conocida es *la estimulación* planteada por Schuell (1965), basada en la progresión desde una producción inadecuada y a veces estereotipada o provocada por el terapeuta hasta llegar a una respuesta voluntaria y adecuada. Las técnicas de estimulación más utilizadas son auditivas, y también se ha trabajado la reactivación del lenguaje por medio de la estimulación del hemisferio derecho con la utilización de dibujos o la estimulación por medio de la música, como los trabajos sobre terapia de entonación melódica (MIT) (Albert, Spark, Helm, 1973).
También dentro de esta estrategia encontramos los planteamientos de Basso (1984, 1987), que basa la rehabilitación en el establecimiento del uso intencional del lenguaje partiendo de las capacidades residuales, aunque ésta ya se aplica en los casos más graves, de las secuencias sobreaprendidas o expresiones emocionales involuntarias, que pueden estar preservadas en los pacientes afásicos. Además, esta estimulación se lleva a cabo en todo tipo de tareas (repetición, denominación, comprensión, habla espontánea, etc.).
- **Estrategia de sustitución o reorganización.** El objetivo de esta estrategia es sustituir o reorganizar las capacidades lingüísticas alteradas por otras preservadas y utilizarlas de manera que compensen los daños. Dentro de esta estrategia encontramos el trabajo de "reorganización funcional de Luria" (Luria, 1963, 1970).
- **Estrategias de compensación.** Este abordaje se utiliza en los casos más graves, en los que no es posible aplicar ninguna de las estrategias anteriores, y se asume que las capacidades perdidas no se pueden recuperar. Su objetivo es sustituir el lenguaje perdido por algún sistema de lenguaje no oral, como puede ser utilizar sistemas de voz asistida por ordenador, sistemas gestuales, simbólicos o dibujos, cuya finalidad es la comunicación.

Sistema de comunicación mediante dibujos



Fuente: Sotillo (2001).

Sistema alternativo de comunicación mediante símbolos

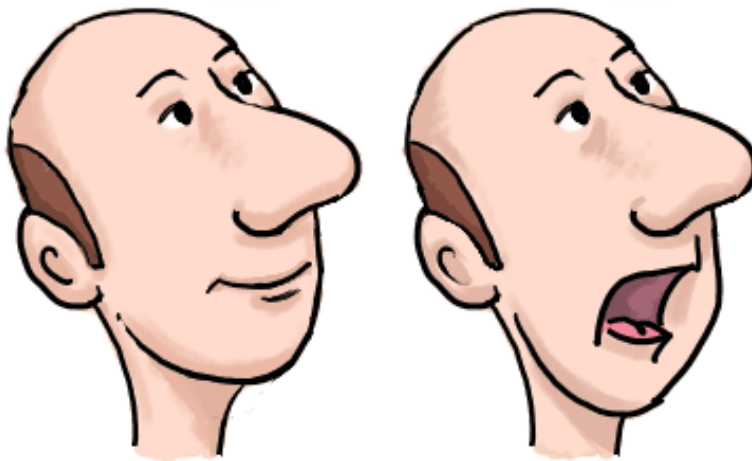


También pueden constar de diferentes unidades:



Fuente: Hehner (1985).

Ejemplos de ejercicios logocinéticos



Abrir y cerrar la boca.



Apretar los labios el uno contra el otro.



Morderse la lengua doblada hacia arriba.



Labios de tapir (muy juntos hacia fuera y hacia arriba).



Enseñar los dientes de abajo.



Hacer sonar los labios cuando se juntan.



Sacar la lengua un poco, entre los dientes, en forma de canal.



Abrir la boca todo lo posible.



Enseñar todo lo posible los dientes.



Hablar sin voz, articulando tanto como se pueda.

1.2.2. Elaboración de un programa de rehabilitación

A la hora de elaborar un programa de rehabilitación, es necesario tener en cuenta los factores y variables indicados anteriormente y plantearse un objetivo final **realista**, dado que es importante no crear falsas expectativas en el paciente y sus familiares. Además, un objetivo no alcanzable puede crear una frustración importante en el terapeuta que le impida conseguir lo que sí sería posible.

Principios generales de procedimiento

En las sesiones iniciales el objetivo principal es conseguir una buena relación con el paciente, que sea activa e interactiva, para que la rehabilitación sea finalmente lograda. La actitud del terapeuta tiene que ser firme y segura, y con objetivos claros tanto inmediatos, como a medio y largo plazo. El paciente y los familiares también deben conocer estos objetivos. Por otra parte, para que la comunicación sea lograda en las situaciones de terapia, se tiene que utilizar un lenguaje lento⁴, concreto⁵ y repetitivo⁶.

El programa de rehabilitación sobre la base de los datos obtenidos de la evaluación tiene que establecer una planificación o jerarquía de los parámetros lingüísticos que se deben tratar. De este modo, inicialmente hay que empezar por la producción de lenguaje voluntario, si es necesario partiendo de las capacidades automáticas, como pueden ser secuencias automatizadas⁷ y/o trabajar la conciencia del déficit en el caso de los pacientes con déficit de comprensión. Una vez alcanzados estos objetivos, se incorporan de manera progresiva otros parámetros lingüísticos como la repetición, la lectura y la escritura.

⁽⁴⁾El rendimiento tiene que ser más lento que en situaciones normales, ya que muchos pacientes tienen un proceso de pensamiento más lento que las personas normales.

⁽⁵⁾La información que se transmite debe hacer referencia a contenidos concretos, ya que muchos pacientes pueden tener dificultades en la capacidad de abstracción y de las funciones ejecutivas con dificultades en la planificación tanto de acciones como de pensamiento.

⁽⁶⁾Se debe repetir de manera lenta, clara y concreta la información que se transmite, ya que muchos pacientes tienen dificultades de memoria y pueden necesitar recordar y practicar distintas veces.

⁽⁷⁾Las secuencias automatizadas hacen referencia a secuencias sobreaprendidas, como contar los días de la semana, los meses del año, etc., que normalmente los pacientes afásicos pueden producir, ya que no dependen de las áreas afectadas en la afasia.

En la rehabilitación de los trastornos del lenguaje las técnicas de aprendizaje constituyen un buen instrumento de actuación, fundamentalmente en los trastornos expresivos. Éstos se basan en el control de los estímulos para mantener las respuestas adecuadas y eliminar las inadecuadas. Igualmente, se utilizan como técnicas para la facilitación lingüística el modelado, con aproximaciones graduales, el condicionamiento, operando con aproximaciones sucesivas y el *feedback* de la emisión producida por el sujeto (Hilgton, Kraetschmer, 1983).

El tratamiento se tiene que iniciar cuanto antes mejor, cuando el estado de salud del paciente lo permita. Las sesiones de tratamiento al principio deben ser las máximas posibles y fragmentadamente, y no superar en tiempo los cincuenta-sesenta minutos. Igualmente, el material que se utilice tiene que ser variado y de diferentes modalidades sensoriales-visuales (como dibujos, objetos reales y fotos), auditivas y táctiles.

La duración de la terapia depende de la participación y cooperación del paciente, del apoyo emocional y del estado de salud. La duración es variable. Si bien tiene que ocupar un tiempo suficiente para conseguir los mejores resultados, se estima que no debe ser inferior a seis meses ni superior a dos años. Se tiene que plantear el final de la terapia cuando observamos que no se consiguen progresos nuevos; es decir, cuando se ha tocado "techo". Esto no implica que no se pueda continuar con otro tipo de tratamiento más dirigido a reorientar la actividad del paciente.

Una de las dificultades de cualquier intervención cognitiva es el problema de la generalización; es decir, que el paciente utilice las estrategias aprendidas en la rehabilitación en su vida diaria. Para garantizar la generalización es muy importante, en el caso de la intervención de las afasias, la colaboración de la familia (aspecto que se tratará en el apartado siguiente).

1.2.3. Ámbitos de intervención

La rehabilitación de la afasia es un proceso largo, lento y costoso, en el cual es imprescindible la participación activa no sólo del paciente, sino también de la familia. Por lo tanto, en la rehabilitación de la afasia tenemos dos ámbitos de intervención: el familiar y el cognitivo.

Ámbito familiar

La colaboración de la familia es un aspecto fundamental en la rehabilitación del lenguaje, ya que de ésta puede depender la posibilidad de generalización del trabajo de rehabilitación y, por lo tanto, el éxito de la intervención.

La intervención con la familia tiene un doble objetivo:

- **Información.** En primer lugar, es necesario informar, de la manera más sencilla y clara, sobre las consecuencias prácticas de la lesión cerebral que ha sufrido su familiar, y de la previsión de algunas conductas que se pueden presentar para ayudarles y enseñarles a manejarlos. Para esto se puede utilizar bibliografía dirigida a los familiares con este objetivo (Rusk, 1982). Igualmente, tienen que conocer los objetivos de la rehabilitación, tanto a largo como a medio o corto plazo, así como sus distintas fases.
- **Colaboración activa en la intervención.** Es necesario hacer periódicamente sesiones específicas para la familia que garanticen que los familiares se puedan entrenar, de manera muy práctica y concreta, para utilizar las mismas estrategias de facilitación y fomentar, por ejemplo, la producción verbal del paciente. También se les tiene que entrenar en cómo extinguir los errores y cómo reforzar las producciones correctas, y también a no crear ni favorecer hábitos incorrectos, por ejemplo decirles las palabras cuando ellos pueden hacerlo aunque les comporte un esfuerzo. De esta manera, fomentan la generalización de los logros conseguidos en la intervención cognitiva.
Finalmente, los familiares pueden requerir en algunos casos apoyo psicológico y social, por lo que se les debe orientar sobre los lugares a los que pueden acudir, como por ejemplo asociaciones.

1.3. Rehabilitación de la afasia en el adulto

En este apartado nos referimos a la intervención directa sobre las alteraciones del lenguaje, independientemente de las estrategias utilizadas. Las áreas de intervención inicialmente se dividen en expresión (repetición y denominación) y comprensión. Los dos aspectos se trabajan tanto conjuntamente como independientemente. Sin embargo, los expondremos de manera separada para explicarlos mejor y propondremos algunos ejemplos de ejercicios a modo ilustrativo.

1.3.1. Intervención de la expresión lingüística

Las alteraciones de la expresión pueden referirse tanto a una expresión pobre o nula (no fluida) como a una expresión fluida o hiperfluida.

Intervención de la expresión nula o no fluida

El objetivo general es favorecer la producción voluntaria del lenguaje oral y aumentar el vocabulario.

La secuencia de ejercicios depende del nivel de severidad del paciente. La exposición de los ejemplos de ejercicios parte de este nivel de severidad.

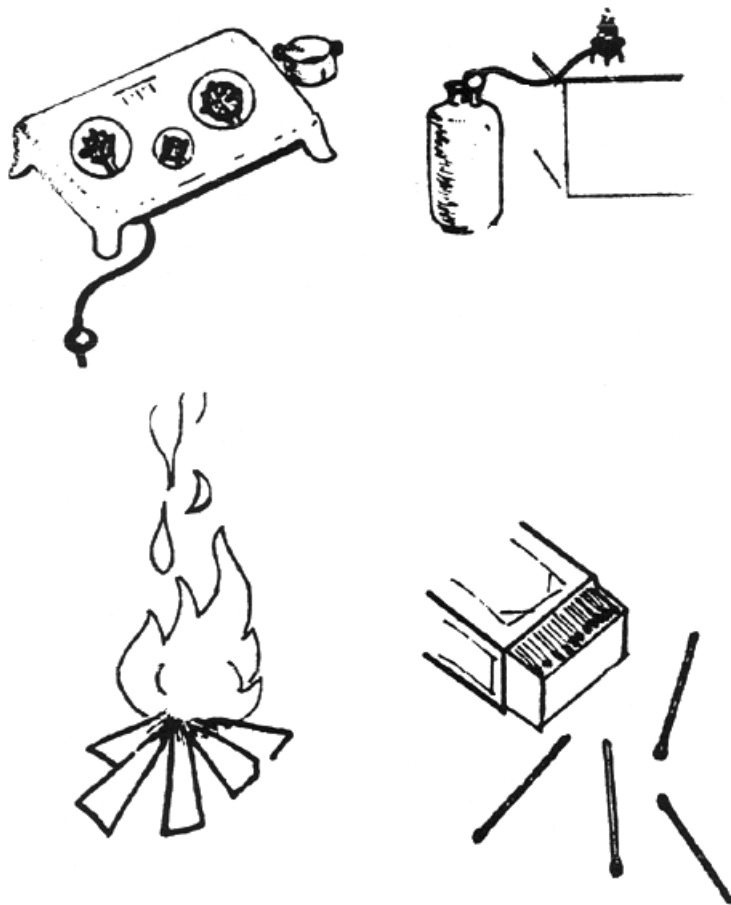
1) La alteración más severa es una incapacidad para la expresión lingüística, de tal manera que los pocos elementos lingüísticos que el paciente puede emitir son su nombre, dirección, etc., y éstos producidos con mucha dificultad y una gran fatiga para el paciente. En estos casos hay que empezar la rehabilitación con ejercicios logocinéticos y a continuación de pronunciación fonética. Éstos se llevan a cabo delante de un espejo, trabajando cada fonema con su sonido y un dibujo del movimiento específico de la cara para la pronunciación.

Ved también

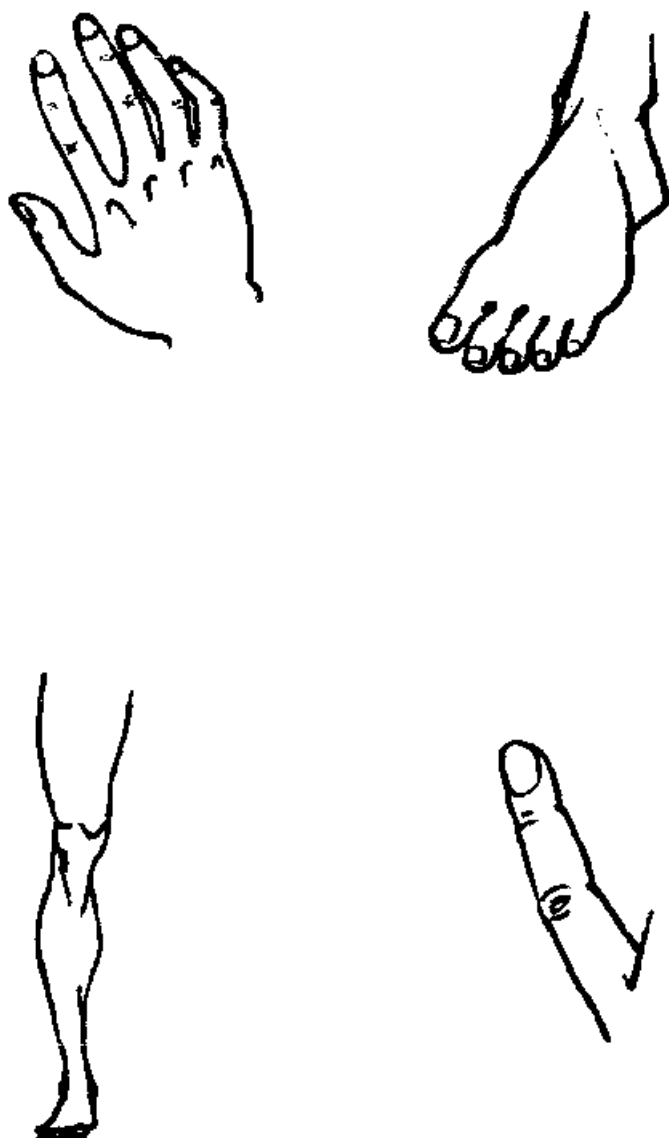
Podéis consultar el módulo "Trastornos de la memoria".

Ejercicios logocinéticos

Ejemplos de dibujos relacionados semánticamente:







2) En otros casos, además de esta severidad en el habla espontánea, puede aparecer una estereotipia⁸. En estos casos es importante e imprescindible "extinguir la estereotipia", dado que ésta se produce automáticamente e impide la emisión de otro tipo de lenguaje. Para producir esta emisión voluntaria, tenemos que partir de las capacidades preservadas, que en estos casos acostumbran a ser el **lenguaje automático** (el lenguaje automático preservado suele ser las secuencias automatizadas; dado que en los casos más severos tenemos que partir de estas secuencias automatizadas, es necesario evaluar el estado funcional de manera precisa). En estos casos con alteraciones expresivas tan severas, puede ser conveniente enseñar algún sistema alternativo de comunicación para facilitar la comunicación en su entorno familiar, siempre que no comporte una acomodación del paciente y no intente una reactivación más directa.

⁽⁸⁾La estereotipia consiste en la emisión involuntaria de un fragmento silábico, una palabra o una frase que el paciente utiliza para toda emisión lingüística.

Ved también

Podéis consultar el apartado "Estrategias de rehabilitación".

3) A continuación se trabaja la producción de palabras concretas. Se inicia con palabras muy conocidas, es decir, de uso muy frecuente, concretas y muy diferenciadas semánticamente. Es conveniente elegir estímulos concretos y trabajar no sobre cualquier palabra, y éstos suelen ser inicialmente los más utilizados en la vida cotidiana. Para esto, la estrategia más utilizada es la reactivación estimulando o facilitando tanto a partir de "claves fonéticas" (iniciar delante del espejo el fonema inicial de la palabra), como dibujos. En esta fase también hay que trabajar los errores que los pacientes producen al intentar emitir las palabras, y con este objetivo se pueden hacer ejercicios de **discriminación fonética** (por ejemplo, trabajamos la palabra *cuchara* y el paciente emite la palabra *trubara*, e inmediatamente le preguntamos si es *cuchara* o *trubara*). Una vez trabajados unos grupos de estímulos, se va progresivamente aumentando vocabulario.

Paralelamente, se trabaja la repetición de los mismos estímulos con los que trabajamos, y con los errores que se pueden producir en esta tarea. También se pueden mostrar frases en las que falten las palabras que trabajamos para que el paciente las produzca en el contexto lingüístico en el que se utilizan (por ejemplo, con la palabra *cuchara*, podemos utilizar frases como: para comer sopa utilizamos una: ----- o pon la ----- al lado del plato, etc.). Igualmente, se pueden hacer ejercicios de rimas.

4) Posteriormente se trabaja la **agramaticalidad**, utilizando estimulación audiovisual que muestre historias con imágenes (poned ejemplo), con palabras (escritas y escuchadas), y se trabaja progresivamente en la autogénesis del lenguaje con frases sencillas (sujeto, verbo) y más complejas (sujeto, verbo y predicado), etc. En último lugar se trabajan las relaciones sintácticas entre las frases, oraciones compuestas y consolidación de las relaciones sintácticas en una narración.

La intervención de la expresión fluida o hiperfluida

El objetivo, en este caso, se dirige a controlar y limitar la producción lingüística y dotarla de más significado. Es necesario tener en cuenta que la mayor parte de estos pacientes con habla espontánea fluida pueden tener problemas de comprensión, hecho por el cual se tendría que trabajar conjuntamente.

1) En primer lugar debemos trabajar el diálogo controlando el débito y disminuyendo el argot. Para esto se puede iniciar el trabajo con gestos que sirvan al paciente de indicativo de control e indicativos verbales que le ayuden a mantener una conversación controlada. Incluso en algunos casos, en los cuales los pacientes no son conscientes de su argot, puede ser conveniente grabar al sujeto y que el paciente se escuche.

2) Para dotar de sentido los elementos léxicos y en caso de que haya errores de tipo semántico, se trabaja con dibujos relacionados semánticamente y marcando las diferencias formales y de utilización, y también podemos utilizar

Ved también

Podéis consultar el apartado "Estrategias de rehabilitación".

Ved también

Podéis consultar el apartado "Las agrafías".

estos ejercicios de discriminación semántica como palabras. En el caso de que el paciente haga errores de tipo fonológico, se puede trabajar con tareas de deletrear (resaltando los cambios fonológicos), y posteriormente se hacen tareas de repetición, de lectura y de escritura.

3) Igualmente, los pacientes con afasia fluida pueden presentar paragramatismo, lo que se trabaja de manera similar a la agramaticalidad, pero incidiendo en el orden correcto de los elementos de la oración. Para esto se pueden utilizar ejercicios de discriminación sintáctica, como hacer seleccionar cuál de dos oraciones está bien construida sintácticamente.

Ved también

Podéis consultar el apartado "Las agrafías".

1.3.2. Intervención de la comprensión del lenguaje

El objetivo de la intervención del lenguaje se dirige a dotar de significado a los elementos auditivos desde los fonemas a las palabras y las frases. Este parámetro lingüístico es el que más se beneficia de la recuperación espontánea y de la rehabilitación. La secuencia sería la siguiente:

1) Se inicia con tareas de discriminación fonética (utilizando tarjetas con los fonemas y su sonido) y de palabras con un apoyo en dibujos, y se refuerza este trabajo también con tareas de repetición. También es conveniente hacer ejercicios semánticos con dibujos y palabras (podéis ver el apartado anterior).

Ved también

Podéis consultar el apartado "Intervención de la expresión lingüística".

2) Posteriormente, se llevan a cabo tareas de órdenes verbales con un gradiente de complejidad; en primer lugar, órdenes sencillas y relevantes, con un apoyo con dibujos y audiciones y muchas contextualizaciones; y, en segundo lugar, se hacen más complejas tanto las oraciones como las acciones que pedimos al paciente.

3) Finalmente se analizan historias, destacando los elementos principales y estableciendo relaciones lógicas.

1.4. Rehabilitación de las alteraciones del lenguaje en el niño

1.4.1. Introducción

Las alteraciones del lenguaje producidas como consecuencia de lesiones cerebrales en la infancia se pueden dividir en dos grandes grupos: por una parte tendríamos los trastornos del desarrollo del lenguaje, es decir, las disfasias, y por otra las alteraciones adquiridas, como las afasias infantiles.

Ved también

Podéis consultar el módulo "Trastornos de la memoria".

- En cuanto a las primeras, las **disfasias**, es importante definir bien y delimitar los trastornos, dado que estos trastornos coinciden con otras alteraciones, como retrasos simples del lenguaje o las dislalias. De hecho, en algunos estudios se hace referencia a un mismo trastorno con grados diferentes de severidad, mientras que en otros se tratan como alteraciones di-

ferentes. En este caso nos centramos en las disfasias infantiles, pero vistas estas características, es importante para la rehabilitación una evaluación precisa de cuáles son las dificultades específicas, con vistas a realizar un programa adecuado y específico para cada caso.

- En cuanto al segundo tipo de alteraciones, las **afasias infantiles**, las características son las mismas que hemos planteado para los adultos, dado que éstas se producen por lesiones cerebrales insidiosas, si bien en el caso de los niños adquiere algunas características importantes de resaltar. En primer lugar, la edad a la que se ha producido el daño cerebral en relación con la extensión y localización de la lesión. Ésta es una variable que tiene una gran relevancia, dado que si la edad del niño es temprana, la localización se sitúa en zonas centrales del lenguaje y la lesión es extensa, puede impedir que el niño adquiera esta capacidad, o bien el caso contrario, vista la gran capacidad de plasticidad del sistema nervioso en estas edades, otras zonas podrían asumir estas funciones.

Otra variable importante es conocer con más exactitud el nivel de adquisición previo del niño, tanto para hacer un diagnóstico correcto de los efectos de la lesión cerebral como para poder elegir una estrategia correcta de rehabilitación.

Ejemplo

Si el niño ha desarrollado totalmente la capacidad lingüística antes de la lesión cerebral, podemos utilizar una estrategia de reaprendizaje o de estimulación, mientras que si esto no es así, tenemos que usar una estrategia diferente, como la reestructuración o la compensación.

1.4.2. Consideraciones generales y estrategias de intervención

En los niños, la rehabilitación del lenguaje tiene que ser lo más ecológica y natural posible, a manera de juego e integrando a la familia de manera activa (este aspecto se tratará en un apartado específico). El material debe incluir todas las modalidades, dado que las fijaciones amnésicas son más rápidas cuando actúan simultáneamente distintas vías de entrada sensorial, pero además tiene que ser claro y atractivo para el niño. Es muy importante incorporar en el material o actividad de rehabilitación cualquier iniciativa que el niño tome.

Si en la intervención con sujetos adultos hay que controlar el estilo de comunicación, con los niños esto resulta mucho más evidente; de este modo, es importante transmitir de manera clara la información, y asegurarse de que el niño ha comprendido las instrucciones. Además, esto puede acompañarse de gestos y otras vías para asegurar su comprensión.

Las estrategias de intervención en la rehabilitación del lenguaje en niños son básicamente las mismas que para el adulto, si bien con particularidades específicas, como se indica a continuación:

- **Estrategias de estimulación funcional.** Su objetivo específico en el caso de los niños es facilitar el acceso al lenguaje en situaciones estructuradas en las que se puedan percibir los elementos lingüísticos, controlando el material y el contexto. Esta estrategia es útil en los casos más leves.
- **Estrategias de reestructuración.** Esta estrategia, a diferencia de la anterior, se utiliza en los casos más severos, dado que se parte de la reconstrucción de las fases de adquisición normal del lenguaje, mediante técnicas de facilitación (la secuencia se abordará en el apartado siguiente).
- **Estrategias de compensación.** Esta estrategia se suele utilizar en los casos más graves, en los que después de una intervención previa de reestructuración no se han obtenido resultados positivos. El objetivo de esta estrategia es enseñar sistemas alternativos que permitan más autonomía y la posibilidad de comunicarse con los otros. La elección de una u otra dependerá de la edad del niño y de las habilidades adquiridas y preservadas.

Ved también

Podéis ver ejemplos en el apartado "Rehabilitación de la afasia en el adulto".

1.4.3. Trabajo con la familia

El trabajo en el medio natural en el que se desarrollan los pacientes es importante para generalizar los resultados de la intervención, independientemente de la edad del sujeto. Sin embargo, en el caso de los niños la familia es uno de los pilares fundamentales de la rehabilitación, y esta se establece en diferentes polos.

1) **Información y control de la conducta.** En primer lugar es importante informar claramente de las características de las alteraciones del hijo/a, explicar las posibles causas y cuáles otras conductas o circunstancias se pueden presentar, y también explicar todos los aspectos que puedan preocupar a los padres. Esta información ayuda a los familiares a combatir la ansiedad que sufren.

El control de la conducta es fundamental en la rehabilitación, ya que permite crear una interacción más adecuada y controlar las posibles alteraciones conductuales, que normalmente acompañan a las alteraciones del lenguaje. Se trata, en definitiva, de cambiar las actitudes con vistas a favorecer más participación en el tratamiento.

2) **Colaboración en la rehabilitación.** Se trata de que la familia favorezca una actitud permanente de estimulación del lenguaje, modificando sus propios patrones lingüísticos. Enseñarles a corregir los errores en el lenguaje y a dar y reforzar alternativas correctas. Y también contribuir a la generalización de los progresos conseguidos en las sesiones de rehabilitación.

Por lo tanto, los programas de entrenamiento con los padres se tienen que dirigir con el objetivo de valorar la problemática específica, resolver problemas, reducir la ansiedad, corregir los errores y servirles de refuerzo, modificar las pautas alteradas de interacción lingüística, y también analizar la generalización de los resultados de la intervención.

Ejemplo

Si se trabaja el aumento de vocabulario, enseñar a los padres a fomentar el vocabulario, denominando a los objetos cotidianos con frases sencillas, en las actividades de la vida diaria y con juegos. En estos casos, también se les puede explicar cómo pueden corregir los errores específicos y reforzar las producciones correctas. También forma parte del aprendizaje saber desarrollar estas actividades en un clima cálido y reducir la ansiedad tanto de los padres como del niño.

1.4.4. Intervención

En el caso de la rehabilitación del lenguaje en el niño es importante adoptar una perspectiva multidisciplinaria, dado que en la mayoría de los casos no sólo se tiene que trabajar la capacidad lingüística, sino también otros aspectos como por ejemplo los siguientes.

- La psicomotricidad, tanto global como específica.
- Las praxis, tanto de actividades globales como específicas (fonoarticulatorias).
- La percepción, en todas las modalidades sensoriales (visual, auditiva y táctil). También el esquema corporal.
- Orientación espacial y temporal.
- La atención: vigilancia y distractibilidad.
- Memoria operativa y memoria declarativa, poniendo el acento en la capacidad de codificación y de recuperación a largo plazo.
- Procesamiento simbólico, formación de conceptos y dominio categorial.

A continuación se dan las fases y pautas de rehabilitación desde los trastornos más severos a los más leves, y nos centraremos en las dos grandes áreas de intervención: la intervención en la expresión lingüística y en la comprensión del lenguaje, si bien teniendo en cuenta que estas áreas se trabajan paralelamente, y además considerando que se pueden hacer ejercicios compartidos de las dos áreas.

Intervención en la expresión lingüística

La intervención en la expresión lingüística sigue estas fases:

- 1) Reeducación de los movimientos articulatorios (estos ejercicios se completan con los expuestos en el apartado anterior sobre praxis orofonatoria).
- 2) Estimulación del sistema articulatorio y fónico trabajando los contrastes significativos de los rasgos fónicos (fricción/oclusión; nasalidad/oralidad; sonoridad/no sonoridad). Estos contrastes se asocian a las pautas motoras que se instauran. En estos ejercicios hay que tener en cuenta las pautas de desarrollo del lenguaje (vocales, consonantes posteriores, m, n, k, gr, p, dentales y nasales).
También se pueden llevar a cabo ejercicios de imitación y producción espontánea de ruidos, música y onomatopeyas de animales y objetos y ejercicios para aumentar el número de fonemas articulados, para posteriormente pasar a sílabas y después a palabras.
- 3) Estimulación del uso y aumento de vocabulario, mediante ejercicios de denominación de objetos comunes, dibujos, etc. Y también de verbalización (sugerida), identificando estímulos y por el recuerdo de palabras (memoria de palabras).
- 4) Finalmente, facilitar y fomentar el uso de frases sencillas basadas en las palabras conocidas y en escenas de la vida cotidiana. Estos ejercicios se pueden hacer con colores que marquen cada parte de la frase.
Posteriormente se trabaja el uso de abstracciones como el color, el tamaño, las preposiciones y las negaciones para formar frases complejas. Finalmente, se trabaja el uso intencional del lenguaje, utilizando el lenguaje en tareas concretas, es decir, la verbalización de acontecimientos que sigan a la actividad.

Intervención en la comprensión

Después de la intervención de la comprensión, es necesario llevar a cabo las fases siguientes:

- 1) Estimulación perceptiva con ejercicios de presentación de estímulos sensoriales repetitivos para conseguir habituación, inducir reacciones de alerta a las palabras (atención léxica selectiva) y ejercicios de reconocimiento de sonidos, fonemas y sílabas con apoyo de material visual y auditivo.
- 2) Estimulación de la secuenciación, la pertinencia del sonido y los conjuntos o patrones de sonidos con ejercicios de ritmos (identificación y reproducción de estructuras rítmicas) y con ejercicios de reconocimiento de la temporalidad de los elementos fónicos, con ejercicios de secuenciación de fonemas y sílabas. También se pueden realizar ejercicios de contraposición silábica y de asociación de palabras en rimas.

- 3) Estimulación de la comprensión de palabras con ejercicios de identificación semántica y con ejercicios de señalamiento y asociación palabra-imagen, afirmándola con ejercicios de repetición.
Posteriormente se consolida con ejercicios de reconocimiento de las dimensiones de los símbolos de los objetos y de comprensión de palabras (señalar objetos y dos objetos relacionados: "dame un lápiz de la caja"), y también de respuestas a preguntas instrumentales: "¿Para qué sirve el peine?".

- 4) Estimulación de la comprensión de frases. Para esto, se inicia el trabajo con ejercicios de comprensión situacional de la frase global, y posteriormente se realizan ejercicios de comprensión de grupos de introducción de las frases ("Aquello sirve") y de comprensión de patrones funcionales específicos ("¿De dónde vienes?").

2. Amnesias y programas de rehabilitación

2.1. Introducción: ¿puede recuperarse la memoria?

Las alteraciones de memoria producidas por lesiones cerebrales afectan muy significativamente a la vida de los individuos que la sufren y a sus familiares y afines. Las manifestaciones o problemas que estos sujetos presentan son muy diferentes. De esta manera, por ejemplo, un paciente puede no recordar qué acaba de comer, pero sí qué le pasó la semana pasada, o puede recordar a un amigo que no ve desde la infancia y no recordar a su vecino.

Esto es debido al hecho de que esta capacidad, la memoria, no es única, sino que, por el contrario, es una capacidad compleja, que está constituida por distintos sistemas o almacenes de memoria. Por una parte, almacenamos los acontecimientos que nos han sucedido a lo largo de la vida -memoria episódica-, por otra, los conceptos que aprendemos -memoria semántica-, y también almacenamos las habilidades que adquirimos a lo largo de nuestro aprendizaje -memoria de procedimiento. Igualmente, para recordar cualquier información se han descrito distintas fases: primero codificamos o fijamos la información, posteriormente la almacenamos y, finalmente, si se requiere, la recuperamos o la evocamos.

Todos estos sistemas y procesos se localizan en distintas zonas cerebrales, si bien las bases cerebrales de la memoria son amplias. En los últimos años, gracias a las técnicas de imagen cerebral, se han podido diferenciar las estructuras cerebrales responsables de los diferentes tipos de memoria y de sus procesos. La etiología⁹, es decir, la causa de la lesión cerebral, también es un factor que afecta al déficit de memoria que el paciente presenta.

⁹Las etiologías que se asocian con alteraciones de memoria son tanto de carácter focal (epilepsia, traumatismos craneoencefálicos, trastornos vasculares, tumores cerebrales), como de carácter generalizado (demencias, esclerosis múltiple). De acuerdo con la etiología y en relación con la localización cerebral, hablamos de los efectos siguientes: amnesias bitemporales o diencefálicas, vasculares, síndrome de Korsakoff o degenerativas.

Clasificación de los diferentes sistemas de memoria y su clasificación cerebral

Sistema de memoria	Localización cerebral
Declarativa (episódica/semántica): Hechos y acontecimiento Conceptos	Lóbulo temporal medial (diencefalo) Corteza asociativa y lóbulo frontal

Sistema de memoria	Localización cerebral
No declarativa (procedimiento): Habilidades y hábitos Facilitación Aprendizaje asociativo	Estriado Neocorteza Amígdala y cerebelo

La recuperación de la memoria, hasta el nivel previo, que el paciente tenía antes de la lesión cerebral, se consigue en muy pocos casos, como plantean los trabajos de Bergt (1991), Schater y Glisky (1986) o Wilson (1996). Sin embargo, esto no implica que no se pueda dirigir la rehabilitación hacia otros objetivos, como por ejemplo compensar los problemas de memoria, bien por medio de las capacidades que hayan quedado preservadas o bien por medio de ayudas externas.

Por lo tanto, para diseñar un programa de rehabilitación adecuado hay que basarse en una evaluación neuropsicológica exhaustiva que nos informe sobre:

- A qué sistema de memoria ha afectado la lesión cerebral.
- A qué material (verbal o visual) ha afectado la lesión cerebral.
- A qué proceso dentro del déficit amnésico ha afectado la lesión cerebral.
- Qué capacidades amnésicas han quedado preservadas después de la lesión cerebral y en qué material.
- Qué otros déficits neuropsicológicos presenta el paciente.

2.2. Objetivos y estrategias de rehabilitación

En la rehabilitación de la memoria se pueden plantear diferentes objetivos de rehabilitación, y de acuerdo con éstos es posible utilizar estrategias distintas:

- a) En primer lugar, la rehabilitación se puede dirigir a recuperar la función alterada. El objetivo es volver a activar la capacidad perdida por el daño cerebral. Se utiliza fundamentalmente para mejorar los procesos implicados en la memoria episódica, como es la codificación, el almacenamiento y la evocación o recuperación.
- b) En segundo lugar, la rehabilitación de la memoria se puede dirigir a reestructurar la capacidad amnésica perdida. En este caso se trata de potenciar los sistemas de memoria preservados mediante estrategias mnemotécnicas y de utilizar la memoria de procedimiento.
- c) En tercer lugar, el objetivo de la rehabilitación puede ser compensar el déficit amnésico por medio de ayudas externas, como agendas, alarmas o

libros de memoria. Este tipo de estrategia suele ser más útil para los casos en los que hay dificultades para codificar y recuperar información nueva.

Utilizar una u otra estrategia dependerá de distintos factores, como:

- El tipo de trastorno de memoria que el paciente presente.
- Las capacidades de memoria que hayan quedado preservadas.
- La conciencia del déficit que el paciente tenga.
- Las capacidades intelectuales, y también la capacidad de razonamiento y habilidades de planificación para iniciar la conducta.

Estas estrategias no son excluyentes, se puede iniciar la rehabilitación con el objetivo de volver a activar o reestructurar y posteriormente, si esto no ha sido posible, utilizar ayudas externas. En otros casos se pueden plantear los dos objetivos o bien directamente el uso de compensaciones.

2.2.1. Rehabilitación de la capacidad amnésica

La rehabilitación de la capacidad mnésica tiene como objetivo mejorar los procesos implicados en la memoria, es decir, la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información.

1) Codificación. Para mejorar la codificación se tiene que trabajar con el material que se fijará y recuperará más adelante, para lo cual resulta útil:

- Simplificar y reducir inicialmente el material que se tiene que codificar, para posteriormente incorporar de manera progresiva más información.
- Profundizar sobre la información, trabajando sobre la comprensión del material con el fin de facilitar la codificación.
- Asociar la información con algo conocido y profundizar en la relación entre el material que se tiene que codificar y la asociación.
- Organizar la información con algún criterio visual, verbal o espacial.

Ejemplo

Se trabajará sobre una lista de cosas para comprar.

Lista para ir a comprar

- Una lechuga
- Chocolate
- Lejía
- Crema para los zapatos
- Jamón dulce
- Galletas

- Limpiacristales
- Queso
- Naranjas

El paciente primero tiene que organizar la lista por secciones del supermercado e incluso en orden de ubicación espacial.

Droguería	Frutería	Dulces	Embutido
Lejía Crema para los zapatos Limpiacristales	Una lechuga Naranjas	Chocolate Galletas	Jamón dulce Queso

Trabajar cada sección por separado, describiendo cada apartado e incorporar progresivamente los otros.

Se puede empezar por acciones en orden temporal (según se llevan a cabo durante el día) o por orden alfabético.

Es importante evitar el aprendizaje por ensayo y error, dado que se ha observado que cuando los pacientes codifican una respuesta errónea ésta se mantiene en el tiempo y es difícil de modificar.

2) Almacenamiento. En este caso, los modelos utilizados por Landauer y Bjork (1978). *Expanding Rehearsal*, y el de Shacter y Glisky (1986). *Spaced Retrieval*, han mostrado ser muy útiles para trabajar el almacenamiento. Estos modelos consisten en un trabajo a intervalos y en aumentar progresivamente el tiempo que el paciente debe mantener la información.

3) Recuperación. Para trabajar la recuperación se utilizan "claves". Las claves más habituales son las semánticas y las fonológicas. Sin embargo, parece que las primeras son más fáciles y por lo tanto más útiles para la mayoría de los pacientes.

Ejemplo

Indicar al paciente que "cuando suene una alarma nos tiene que decir su nombre y la dirección completa". Inicialmente, el intervalo de tiempo es pequeño (1 minuto) y progresivamente se amplía.

Ejemplo

El paciente tiene que recordar una lista de palabras.

Lista de palabras

Tren
Perro
Bicicleta
Naranjas
Avión
Pájaro
Manzana
León
Melón

Trabajamos inicialmente sobre la codificación, como se indica en el ejemplo anterior sobre la lista para ir a comprar, y posteriormente se le pide que las separe por categorías semánticas.

Finalmente utilizamos las claves:

¿Cuántas categorías semánticas has separado?

Di cuántos y qué animales había en la lista.

Di cuántos y qué medios de transporte había en la lista.

Di cuántas y qué frutas había en la lista.

Posteriormente se puede trabajar una única categoría y separar por subcategorías, como por ejemplo alimentos.

2.2.2. Utilidad de las capacidades amnésicas preservadas: estrategias mnemotécnicas

El uso de las capacidades preservadas en la rehabilitación de la memoria es una estrategia muy utilizada, fundamentalmente en los pacientes que muestran un déficit específico de un tipo de material, es decir, pacientes que muestran una alteración para material verbal, pero el material visuoespacial está preservado o al revés. Igualmente se pueden utilizar almacenes preservados, como es el caso de la memoria de procedimiento, que no se suele alterar por afectaciones neurológicas focales ni corticales.

En cuanto a las primeras, las principales estrategias verbales que se pueden utilizar en casos de afectación de la memoria visual se dirigen a potenciar la adquisición de la información por medio del lenguaje, de tal manera que se mejore la codificación. De la misma manera, cuanto más profundamente se realice esta codificación más posibilidad de consolidación obtendremos y más se favorecerá el recuerdo (Craick, Lockhart, 1972). Las estrategias verbales son las siguientes:

- Codificar verbalmente los estímulos no verbales.
- Establecer relaciones entre los elementos que pueden ser de asociación fonológica, por medio de rimas, o buscar palabras clave que favorezcan el recuerdo posterior o asociaciones semánticas, que suelen ser las que se han mostrado más útiles.
- Repetición de la información, organización y categorización.

Ejemplo

Si queremos recordar un recorrido, tenemos que describir verbalmente cada fase y dar etiquetas verbales a algunos elementos específicos, y también "debo torcer a la derecha del edificio de correos, continuar recto hasta el parque", etc. Además, se pueden utilizar estas indicaciones como palabras clave: "correos", "parque", etc.

En cuanto a las estrategias visuales, que se dirigen a potenciar la adquisición por medio del uso de imágenes y se utilizan en los casos de afectación de la memoria verbal, son las siguientes.

- Repaso visual y atención visual.
- Imaginación: tanto mental, crear imágenes, como externa haciendo un dibujo.
- Localización visual. Basado en localizar visualmente cualquier información que se quiera retener: ¿dónde estaba?

Ejemplo

Un paciente debe recordar una serie de actividades que tiene que hacer en una mañana, como por ejemplo: ir a comprar el pan, recoger a los niños del colegio y leer una noticia de la prensa y resumirla. Hacemos que el paciente dibuje cada acción, que cree una imagen visual de cada acción y que la describa detalladamente.

En el caso del uso de estrategias mnemotécnicas, es importante el trabajo con la familia para favorecer la generalización.

El uso de la memoria de procedimiento¹⁰ para rehabilitar otros sistemas de memoria ha sido desarrollado por autores como Wilson (1996) sobre aprendizaje sin errores, dado que, como se ha comentado anteriormente, los errores que se codifican crean hábitos difíciles de modificar.

⁽¹⁰⁾La memoria de procedimiento, también denominada *memoria implícita* o *motriz*, hace referencia a un conjunto amplio de capacidades como el aprendizaje de hábitos, aprendizaje asociativo, *priming*, etc. En este tipo de memoria el sujeto no es consciente, por ejemplo aprender a escribir a máquina.

Otro ejemplo de uso de la memoria de procedimiento es el "entrenamiento hacia atrás", que implica dividir la conducta en pasos sucesivos, y ejecutarlos de manera diferenciada y reforzando el último paso conseguido. Paralelamente, hay que corregir los errores. Este tipo de procedimiento ha sido utilizado tradicionalmente como técnicas de aprendizaje en niños o en el uso de hábitos de autonomía en el caso de sujetos con deficiencia mental.

2.2.3. Ayudas externas

El uso de estrategias de ayudas externas es la técnica de procedimiento más utilizada en la rehabilitación de la memoria. Se dirige a los casos de amnesias anterógradas, es decir, de trastornos en los que está alterada la capacidad para codificar y almacenar información nueva, dado que parecen las de más utilidad para reducir las dificultades que comportan los déficits de memoria en la vida cotidiana, y además proporcionan más independencia a los sujetos.

Las ayudas externas implican una estrategia de compensación: no se trabaja sobre el propio déficit, sino que su objetivo es compensar, por medio de sistemas externos, las dificultades del paciente.

Los tipos de ayudas externas son varias y dirigidas a aspectos diferentes:

a) Dispositivos que operan por medio de claves o indicaciones. El ejemplo más característico es el uso de alarmas o avisadores. Estos tipos de ayudas externas permiten el acceso a una información almacenada y se intenta avisar al sujeto cuando tiene que hacer algo, como tomar la medicación, hacer una llamada por teléfono, etc.

El uso de este tipo de ayudas externas presenta algunas dificultades, como por ejemplo que deben ser **eficaces**, es decir, tienen que estar al alcance del sujeto cuando las necesita, y además deben ser **útiles**, tienen que indicar al

sujeto lo que debe hacer, la información que está en la base del aviso; para esto, es necesario que se apunte la información previamente y que la asocie al aviso. Finalmente, tienen que ser **específicas**, ya que deben contener una información muy concreta, clara y fácilmente identificable. Por lo tanto, es imprescindible un entrenamiento exhaustivo y específico.

b) Sistema que registra la información externamente, mediante ayudas externas que son más efectivas en los pacientes que muestran alteraciones para codificar información nueva. Como se ha comentado anteriormente, para utilizar estas estrategias es necesario que los pacientes tengan al menos un rendimiento intelectual medio, un nivel adecuado de procesamiento y una conciencia clara de sus déficits de memoria.

Dentro de este tipo de estrategia, la más conocida y utilizada es la agenda o "libros de memoria". Éstos se encuentran divididos por secciones. El número y el tipo de secciones dependerá de las necesidades de los sujetos. Entre otras, se incluyen:

- Calendario, con la finalidad de que el paciente se oriente temporalmente. También puede incluir un mapa en el que se trabaje la orientación espacial, así como los medios de transporte y los mapas de los servicios de transporte públicos (RENFE, metro, autobuses).
- Nombre y dirección propia y de las personas más afines.
- Medicación y horario.
- "Qué se debe hacer". En esta sección se intentan anotar los acontecimientos o actividades que el paciente tiene que realizar.
- Notas personales que sean importantes para los pacientes y que se tengan que recordar.
- Diario, en el que el sujeto apunte las actividades que haya llevado a cabo.

El libro de memoria requiere de un entrenamiento exhaustivo, dado que en muchos casos nos encontramos con pacientes que no saben utilizarlo o se sienten desmotivados para hacerlo. Por lo tanto, requiere de un entrenamiento que se puede especificar en distintas fases (Sohlberg, Mateer, 1989):

- Adquisición, que se dirige a aprender las diferentes secciones, qué objetivos tiene cada una de las mismas y su utilidad.
- Aplicación, que se orienta con el fin de aprender dónde y cuándo se utiliza el libro de memoria. Esto se puede hacer con ejercicios de *role-playing*.

- Adaptación, que se dirige a adecuarlo al contexto en el que se utilizará. Se puede hacer esta fase en los contextos naturales en los que el paciente lo utilizará para resolver problemas concretos.

Es importante insistir en el entrenamiento previo para utilizar el libro de memoria si queremos que sea realmente útil para el paciente. También es importante hacer partícipe a la familia en el proceso de adquisición, aplicación y adaptación, hasta que se sistematice su utilidad. Uno de los problemas que se pueden presentar es cómo apuntar las cosas en la sección de "Qué se debe hacer", y para esto es necesario que la información que contenga esta sección sea clara, concreta y comprensible. También hay que incidir en el hecho de que hay que apuntar las cosas inmediatamente, para que no se pierda la información, y que ésta tiene que ser concreta pero, al mismo tiempo, completa.

Ejemplo

Si hemos anotado que el paciente ha quedado con su hermana, se tiene que especificar dónde ha quedado, a qué hora, cómo puede llegar (para esto se tiene que relacionar con la sección de planos o mapas) y por qué ha quedado.

Libro de memoria

El libro de memoria, en general, sirve para:

- Apuntar las cosas que suceden.
- Recordar qué debe hacer en el futuro.
- Comprobar qué cosas recuerda.

El libro de memoria consta de seis secciones:

- La sección de medicación sirve para saber el nombre de la medicación que tiene que tomar, el momento en el que debe hacerlo y la cantidad.
- La sección de información refleja toda aquella información en lo que respecta a los datos personales, nombres y datos personales de nuevas amistades, números de teléfono más importantes, direcciones, etc.
- La sección de horario sirve para las cosas que debe hacer cada hora. En general, se refiere a aquellas cosas "fijas, estables", que se repiten de una manera constante a lo largo de cada semana.
- La sección de diario sirve para anotar información personal, sobre aquello que ha ocurrido a lo largo del día, resulte interesante y además no lo quiera olvidar. Se anotará tan pronto como ocurra.
- La sección de calendario sirve para planificar acontecimientos y citas futuras, con días y horas concretas.
- La sección de cosas para hacer sirve para apuntar encargos, acciones, planes futuros en forma de lista, sin días y horas concretas. Cuando acabe una cosa de la lista de "cosas para hacer", se tachará con una raya.

¿Cuándo se tiene que escribir en el libro de memoria? Siempre que se finalice una actividad y se empiece otra nueva.

Momentos del día en los que se tiene que mirar el libro de memoria

- 1) Por la mañana
 - Cosas para hacer: lista de las cosas que se tienen que hacer durante el día.
 - Horario: anotar todas las horas del día de media a media hora (9-24:00) y poner las cosas que se deben hacer en el día hora por hora.
 - Medicación: se tiene que mirar en la sección de "Medicación", y tomar la medicación de la mañana.
- 2) Comida
 - Mirar en la lista de cosas para hacer y comprobar que se han tachado las cosas que ya se han hecho; si no se habían tachado, tacharlas entonces.

También es aconsejable que cuando se hayan hecho las tareas o acontecimientos importantes del día se anoten en el diario. Primero de manera inmediata, pero progresivamente se pueden intercalar intervalos temporales. Este tipo de trabajo se debe hacer en colaboración con la familia.

c) Para finalizar, un modelo mixto de ayuda externa y utilizar la memoria de procedimiento planteada por Sohlber y Mateer con el método PROMPT. Este programa utiliza las situaciones de la vida cotidiana en las que se ponen en marcha las capacidades de memoria, y por lo tanto tiene una gran validez ecológica. El objetivo de este programa es incrementar progresivamente el tiempo que el paciente es capaz de mantener una información y recuperarla. Se basa en los principios de aprendizaje y en la práctica distribuida. Progresivamente se incrementa el intervalo de tiempo, hasta conseguir cinco respuestas correctas. También utiliza las ayudas externas como dispositivos de aviso.

2.3. El papel de la familia

El papel de la familia, igual que ocurría en la rehabilitación del lenguaje, es muy importante para el éxito de la rehabilitación: la intervención con la familia se tiene que llevar a cabo en dos puntos.

- Información: en primer lugar es necesario informar de manera clara sobre la naturaleza del déficit, y en segundo lugar se tiene que informar sobre algunas conductas que el paciente puede presentar, como las repeticiones constantes, dificultades para seguir un tema en una conversación o el guión de una película, olvidarse los nombres de las personas, dificultades para aprender una habilidad o saber dónde se han dejado las cosas, etc. Y cómo actuar ante estos hechos. Se puede proporcionar bibliografía específica para la familia (Clare, Wilson, 1997).
- Afianzamiento de las estrategias, mostrando a la familia las estrategias mnemotécnicas que se enseñan al paciente para que las utilice en su medio natural, y también regular y sistematizar el uso de ayudas externas.

Se ha observado que cuando se trabaja con claves para mejorar la recuperación puede aparecer una dependencia del contexto, es decir, que el paciente sólo sabe utilizar estas claves en la consulta pero no las generaliza a otras situaciones. Por lo tanto, para reducir esta dependencia del contexto se tienen que enseñar las claves en diferentes situaciones, en las que el paciente las necesite, y para esto es importante la colaboración de la familia.

Ejemplo

Si un paciente tiene una afectación en el hipocampo izquierdo por sufrir una epilepsia cuyo foco se localice en esta zona, debemos informar de que su familiar no podrá recordar la información nueva si se le dice verbalmente. Sin embargo, sí que recordará la información anterior a la lesión cerebral y además podrá fomentar el uso de la información visual, que sí que está preservada, para recordar la nueva información, en la medida en que sea posible. Igualmente, se debe explicar que las conductas que los pacientes presentan se deben a estas dificultades para registrar la información.

3. El lenguaje y la memoria en los programas de intervención cognitiva en la vejez y la demencia

3.1. Introducción

Actualmente hay programas de entrenamiento o estimulación dirigidos a personas mayores, con o sin demencia, que poco a poco han llegado a tener relevancia entre el conjunto de actividades o de recursos que se ofrecen en estos grupos de población.

Dado que los objetivos son diferentes en el caso de las personas sanas que en el caso de los individuos afectados de demencia, trataremos los dos tipos de intervenciones separadamente.

Mientras que en el ámbito de la gente mayor sana, es decir, sin alteraciones de la memoria justificadas por enfermedades neurológicas, los programas de intervención cognitiva se reducen a la memoria, en el ámbito de las demencias la forma de actuación que se ha mostrado más eficaz es el trabajo integral sobre todas las funciones cognitivas (Schmidt, Berg, Deelman, 2001, 2000, Yesavage et al., 1999).

3.2. Los programas de entrenamiento de la memoria para gente mayor

Se constata que, durante la vejez, la posibilidad de aprender y de generar estrategias que ayudan a mejorar el funcionamiento cognitivo sirve de base para el objetivo preventivo que tienen estos talleres. Por otra parte, la afirmación lógica, que entiende que la estimulación de las funciones superiores contribuye al hecho de que éstas se mantengan durante más tiempo, proporciona una justificación para poner en marcha estos programas de tipo preventivo.

Los talleres de entrenamiento de la memoria surgieron como una necesidad de proponer un espacio lúdico, pero al mismo tiempo activador y estimulador para personas de edad avanzada. La oferta, hasta el momento, se limitaba a talleres manuales y a salidas lúdicas, salvo los encuentros culturales propuestos por algunas asociaciones o centros cívicos, específicos para gente mayor.

Ejemplo

En el año 1993 se introducen en Barcelona los primeros talleres de entrenamiento de la ciudad, a iniciativa de la Diputación de Barcelona, siguiendo una tradición corta, pero con éxito, que procedía del sur de Francia (Israel, 1982). Posteriormente, el Ayuntamiento de Madrid creó la Unidad de Memoria, que se ha dedicado a realizar y difundir los talleres, y también a formar a profesionales.

En nuestro entorno, la Diputación de Barcelona ha formado a monitores de talleres que se dedican a organizar talleres de memoria en más de 190 municipios de la provincia. Y otras entidades privadas han seguido la misma práctica y han ofrecido cursos y talleres. Actualmente se hacen talleres en prácticamente todas las comunidades autónomas.

3.2.1. Los objetivos

Los talleres de entrenamiento de la memoria se proponen enseñar a las personas mayores cuáles son los procesos que están implicados en el funcionamiento de la memoria (los tipos de memoria, los factores que influyen en su déficit, etc.), y también entrenarlas en utilizar estrategias que aumenten su potencial de memoria.

Entre los objetivos concretos, destacan los siguientes:

- 1) Educar e informar a las personas mayores sobre cuáles son los procesos de memoria y los déficits que son propios del envejecimiento. Esto contribuye a reducir la incertidumbre que genera el desconocimiento de lo que biológicamente es normal o esperable.
- 2) Reducir la ansiedad que puede generar la percepción subjetiva de pérdida de memoria. La falta de información es una fuente de ansiedad, y el conocimiento sobre los factores que pueden determinar las dificultades de memoria contribuye a reducirla.
- 3) Proporcionar y enseñar estrategias que contribuyan a mejorar el rendimiento. Enseñar a despertar los sentidos, a incorporar la información de manera que su recuperación posterior resulte menos dificultosa.
- 4) Enseñar a entender todos los aspectos que pueden estar relacionados con las dificultades de memoria, como por ejemplo la ansiedad, tomar medicamentos, la capacidad atencional, etc.
- 5) Contribuir a aumentar la autoestima y el sentimiento de autosatisfacción personal que se desprende de la mejora del rendimiento en sus actividades cotidianas. Al mismo tiempo, poner a prueba las propias capacidades, en relación con los otros, y enseñar a apreciar aquellos aspectos de la memoria que estaban infravalorados.

Ejemplo

Ya hemos visto anteriormente que la pérdida de memoria en el envejecimiento no es global, sino que hay aspectos de la memoria que se conservan. Por otra parte, no todas las personas muestran los mismos déficits de memoria. En estos talleres, se realizan un gran número de ejercicios que ponen en juego diferentes aspectos de la memoria verbal y de la memoria visual, con lo que todos los participantes tienen la posibilidad de mostrarse inhábiles en un tipo de ejercicio y más hábiles en otro. Esta percepción de que es posible destacar en algún aspecto contribuye al aumento de la autoestima personal.

Además de ofrecerse una actividad nueva que entrene las capacidades cognitivas, se trata de crear un espacio de encuentro en el que se aprenda de la memoria y de las capacidades de uno mismo. Se comparte y se generan vínculos y hábitos de funcionamiento nuevos.

Ved también

Podéis consultar la unidad "Memoria y envejecimiento" del módulo "Trastornos de la memoria"

3.2.2. Dinámica de grupo

Los participantes en estos talleres son personas que no cumplen criterios de demencia, y que no tienen alteraciones de memoria patológicas como consecuencia de una enfermedad psiquiátrica o neurológica. Se trata de talleres con carácter preventivo, y por lo tanto, las personas candidatas son aquellas que plantean los problemas propios de la vejez.

El diseño de trabajo es grupal, con un número de entre diez a doce personas. La elección del grupo de los participantes en un taller de memoria es relevante, pero no depende de la edad, sino de la homogeneidad en cuanto a nivel de escolarización.

Los talleres están pensados para toda la población, pero las posibilidades de realizar los ejercicios son distintas si el grupo no ha tenido la oportunidad de aprender a leer y escribir. En este sentido, la dinámica de trabajo es diferente, pero igualmente efectiva.

3.2.3. Un material específico

La elaboración del material para utilizar en el entrenamiento de las personas mayores se basa en los conocimientos sobre las características de memoria de la gente mayor. No se trata de establecer ejercicios sin criterio, sino de elaborar un material que tenga en cuenta no sólo las características de memoria, sino también las emocionales y culturales de la población a la que van dirigidos.

El material idóneo tiene que contener ejercicios que estimulen todas las áreas de memoria, pero sobre todo que trabajen los distintos factores que están relacionados, como la atención, la capacidad organizativa y de estructuración o la secuenciación de la información.

Ejemplo de ejercicio utilizado en un taller de entrenamiento de la memoria

Objetivo del ejercicio: mejorar la memoria visual inmediata y la capacidad para establecer asociaciones visuales.

Material:

- Una transparencia que contiene el dibujo de un mapa de Cataluña en el que están situados los nombres de ocho pueblos distintos. Cada nombre está escrito con un tipo de letra diferente.
- Una hoja de respuesta con un mapa en blanco.

Desarrollo: el ejercicio consiste en mostrar la transparencia durante 45 segundos, y pedir a los participantes que establezcan alguna referencia visual, por la forma, por la asociación con la geografía o por el tipo de letra utilizado. Inmediatamente, deberán escribir los nombres de los pueblos que recuerden en su mapa de respuesta. Para finalizar, se corregirá en grupo y se comentarán las asociaciones que ha establecido cada uno de ellos.

3.2.4. Los resultados de una experiencia

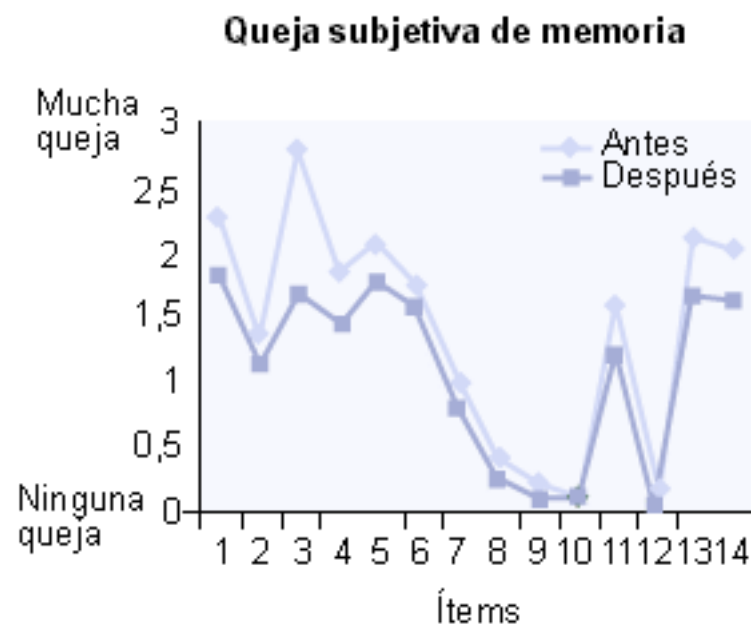
El análisis de los resultados de los talleres de memoria prevé dos vertientes distintas, las dos con la misma relevancia:

- 1) La mejora objetiva de la memoria después de participar en el taller.
- 2) La mejora subjetiva, es decir, la mejora que los participantes mismos creen que se ha producido, independientemente de si ésta es objetiva o no.

Hay pocos trabajos que hayan publicado resultados objetivos. En general, estos trabajos describen una mejora en tests específicos de memoria que se extiende hasta los seis meses posteriores a la aplicación de los talleres (Schmidt, Berg, Deelman, 2001, Brooks et al., 1999).

En cuanto a la mejora subjetiva, la experiencia de la Diputación de Barcelona es suficientemente espectacular: en la gráfica siguiente se recogen los resultados de la valoración subjetiva de mil doscientos participantes, a los que se pasó un cuestionario antes e inmediatamente después de hacer los talleres.

Mejora subjetiva de la memoria



Como podéis observar, la percepción de que la memoria mejora se refleja en la puntuación más baja en todos los ítems, al final de los talleres. Los ítems del cuestionario constaban de preguntas del tipo "necesito una lista para ir a comprar, tengo dificultades a la hora de recordar citas", etc., en las que una puntuación de 0 no significaba ningún déficit y una puntuación de 4 significaba el déficit máximo (Jódar, 2000).

3.3. Los programas de estimulación en demencias

La estimulación de la memoria y del lenguaje en los pacientes con demencia no se realiza de manera aislada, sino en el contexto de una estimulación global de las funciones cognitivas. No obstante, éstas son dos de las funciones que están presentes en el trabajo estimulativo que se hace desde todos los ámbitos.

La memoria se estimula desde el trabajo cognitivo con los enfermos, pero también desde la psicomotricidad, la musicoterapia, los talleres de reminiscencia o la terapia ocupacional. Y lo mismo es aplicable en el caso del lenguaje.

Dado que las personas con demencia presentan un deterioro progresivo de las funciones cognitivas que se acompaña muchas veces de alteraciones motoras y también de alteraciones conductuales o psicopatológicas, los programas de estimulación que se desarrollan en este campo han optado por combinar distintas estrategias de abordaje, y se han centrado en lo que se ha denominado una *estimulación integral*, o *estimulación global* (Moore et al., 2001).

El trabajo interdisciplinario es fundamental en el trabajo de estimulación de los enfermos con demencia. Los profesionales, desde distintos ámbitos de formación, trabajan conjuntamente con un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de estos pacientes y frenar el proceso de deterioro, mantener al máximo su autonomía y contribuir a su estabilidad emocional.

Los programas de estimulación específicos para enfermos con demencia son un recurso nuevo, que se inició en nuestro país hace tan sólo una década. Cataluña ha sido pionera en poner en marcha los primeros centros de día dedicados íntegramente a la estimulación de las demencias, aunque los primeros programas específicos se desarrollaron por primera vez en Bélgica, Holanda y en España (Hernando et al., 1988).

3.3.1. Justificación neurobiológica

El entrenamiento del lenguaje, de la memoria y del resto de las funciones cognitivas se fundamenta inicialmente en el concepto de neuroplasticidad y regeneración cerebral surgido de las teorías de Luria y de la escuela neurofisiológica rusa y, posteriormente, en los descubrimientos de los estudios realizados

con animales, en los que se puso de manifiesto que las lesiones neuronales en áreas cerebrales específicas pueden compensarse mediante la estimulación (Hécaen, Alber, 1978).

Desde el primer estudio sobre plasticidad cerebral hasta hoy día, se ha podido demostrar que la estimulación específica de las funciones cognitivas desemboca en una mejora funcional, después de que el tejido cerebral se haya lesionado. Este trabajo se inició con pacientes que sufrían lesiones focales, como traumatismos craneoencefálicos o accidentes vasculares cerebrales. Más recientemente se ha defendido su utilidad en los pacientes con demencia y se ha probado su efectividad, tanto en lo que respecta a los aspectos cognitivos como a las actividades de la vida diaria o la esfera psicoafectiva o incluso física (De Rotrou, Forette, 1991, Josephsson et al., 1993).

La mejora que se aprecia en los enfermos con demencia que son sometidos a estimulación cognitiva se justifica por lo siguiente.

- La estimulación continuada produce un aumento del número de sinapsis, que potencia el funcionamiento de los circuitos neurales implicados en las distintas funciones cognitivas. Esta potenciación actúa retrasando la manifestación clínica de déficits nuevos.
- La estimulación constante contribuye al mantenimiento cognitivo y facilita de este modo la sustitución de la función de un determinado circuito afectado por la degeneración por otro grupo de circuitos neuronales que normalmente están altamente implicados en esta misma función. De esta manera se compensan los síntomas secundarios a la degeneración progresiva.

3.3.2. Los objetivos

El objetivo subyacente en los trabajos de estimulación en demencias es la mejora de la calidad de vida de los enfermos. Más concretamente, esto se consigue por medio de los objetivos siguientes:

- Estimular las funciones cognitivas y frenar al máximo el curso de la enfermedad. Potenciar las capacidades que todavía se conservan. El paciente mantiene sus capacidades durante más tiempo y puede compensar algunos déficits.
- Estabilizar emocionalmente al enfermo: reducir la ansiedad.
- Crear automatismos y rutinas de actuación diaria que reduzcan la desorientación y permitan más autonomía.

Contenido complementario

La estimulación diaria de los enfermos con demencia tiene un sentido especial en las fases iniciales de la enfermedad, cuando los enfermos todavía tienen muchos recursos y habilidades conservadas que son las que se deberán potenciar.

- Modificar conductas no deseadas que se instauran en el curso de la enfermedad y que contribuyen a la angustia y desestructuración familiar.

3.3.3. La relevancia del rol del psicólogo

El psicólogo tiene un papel fundamental en la intervención, ya que la base de la estimulación es el trabajo sobre las funciones cognitivas. Resulta imprescindible su intervención en las áreas siguientes:

- 1) Diagnosticar qué habilidades están alteradas y cuáles preservadas, con el objetivo de poder programar una estimulación ajustada a sus necesidades.
- 2) Diseñar ejercicios y pautas de actuación de los educadores o rehabilitadores, de acuerdo con los déficits y los potenciales conservados en cada individuo.
- 3) Valorar, por medio de exploraciones permanentes a lo largo del tiempo, cuál es el estado cognitivo de los enfermos y, por lo tanto, valorar la efectividad de los programas de intervención establecidos.
- 4) Trabajar informando y asesorando a los familiares, y también generando estrategias de intervención común.
- 5) Asesorar y trabajar con el resto de los profesionales que intervienen en este ámbito, con el objetivo de saber la manera en la que se pueden llevar a cabo otras intervenciones para que resulten igualmente eficaces en la mejora de las funciones cognitivas.

3.3.4. Estimulación de la memoria y del lenguaje

Como ya hemos dicho, la estimulación de estas dos funciones cognitivas se enmarca en un proceso de psicoestimulación más amplio y no se puede dissociar del trabajo que llevan a cabo otros profesionales. El lenguaje no sólo se trabaja con ejercicios específicos, sino por medio de todas las actividades que implican comunicación oral. Sucede lo mismo en el terreno de la memoria.

- La memoria: la estimulación continuada de las habilidades mnésicas contribuye a mantener la información que el paciente todavía recuerda. Ya que la memoria reciente es la primera que se altera en el comienzo de la enfermedad, y puesto que sabemos que no es posible recuperar funciones gravemente alteradas, la estimulación de la memoria se centra básicamente en la recuperación de recuerdos consolidados, es decir, sobre la memoria remota y su evocación. Para esto, resulta especialmente eficaz trabajar la memoria asociada a la emoción. La memoria procedimental también

mejora cuando se somete a los enfermos a programas específicos de estimulación (Zanetti et al., 2001).

- El lenguaje: adquiere una relevancia especial, dado que es una función que facilita la comunicación, y que permite al enfermo participar en más tareas grupales en casa y en los lugares de estimulación. Los déficits del lenguaje ya se observan en fases muy iniciales de la enfermedad (Jódar, Junqué, 1992), pero permiten el desarrollo de muchos ejercicios específicos. La estimulación se centra en:
 - La capacidad de denominación.
 - La comprensión auditiva.
 - La fluidez verbal.
 - La lectura y la escritura de palabras de uso familiar en las personas escolarizadas.

Ejemplo de un día de trabajo en estimulación integral que se desarrolla en un centro de día para enfermos con demencia

9 h. Bienvenida.

9.45 h. WC.

10 h. Orientación a la realidad: consiste en recordar al enfermo la fecha, los acontecimientos más importantes de la semana y sus datos personales más relevantes.

11 h. Estimulación cognitiva: se hacen ejercicios combinados que trabajan el lenguaje, la memoria, la percepción, el cálculo, etc., en el contexto de ejercicios de papel y lápiz.

12.30 h. Psicomotricidad/relajación: Programa combinado de ejercicios físicos en el que el fisioterapeuta combina la activación de la motricidad con la estimulación cognitiva (ejercicios que implican memoria, recordar colores, nombres, etc.).

13.30 h. WC.

14 h. Comida y sobremesa con conversación guiada.

15.45 h. WC.

16 h. Talleres de trabajo ocupacional: se llevan a cabo trabajos manuales que estimulan las praxias, la capacidad de mantener la atención, al mismo tiempo que tienen un carácter más lúdico que permite la relación social.

Despido.

Actividad

- 1) Reflexionad sobre las ventajas y las desventajas que tiene el hecho de realizar la estimulación cognitiva en un centro de día, y también las que tiene hacerlo en el propio domicilio.
- 2) Elaborad un ejercicio de memoria para un grupo de personas sin demencia y tratad de reflexionar sobre los inconvenientes de hacer este mismo ejercicio con un grupo de personas afectadas de la enfermedad de Alzheimer.

Bibliografía

- Albert, M., Spark, R., Helm, N. (1973). Melodic intonation therapy for aphasia. *Archives of neurology*, 29, 130-131.
- Arroyo-Anlló, E. M. (2002). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*. Barcelona: Prous Science.
- Barroso, J. (1994). Especialización hemisférica. C. Junqué, J. Barroso (Eds.). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Basso, A. (1984). *Il paziente afásico*. Roma: Feltrinelli.
- Basso, A. (1987). Approaches to neuropsychological rehabilitation: Language disorders. M. Meier, A. Benton, L. Diller (Eds.). *Neuropsychological rehabilitation*. New York: Churchill Livingstone.
- Bergt, I. J., Koning-Haanstra, M., Deelman, B. G. (1991). Long term effects of memory rehabilitation: a controlled study. *Neuropsychological Rehabilitatio*, 1, 97-111.
- Brooks, O. et al. (1999). Mnemonic training in older adults: Effects of age, length of training, and type of cognitive pretraining. *International-Psychogeriatrics*, 11, 1, 75-84.
- Clare, L., Wilson, A. (1997). *¿Cómo afrontar los problemas de memoria? Guía práctica para personas con problemas de memoria, sus familiares, amigos y cuidadores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Craik, F., Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: a framework for memory research. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 11, 671-684.
- De Rotrou, J., Forette, F. (1991). The cognitive efficiency profile: description and validation in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 6, 501-509.
- Hécaen, H., Albert, M. L. (1978). *Human Neuropsychology*. New York: JohnWiley & Sons.
- Hehner, B. (1985). *Símbolos Bliss (diccionario guía)*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Hernando, A. L. et al. (1988). Demencia senil-rehabilitación: Aportaciones al tratamiento sintomático con programas integrados de reducción. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 3, 154-164.
- Hilton, L., Krestschner, K. (1983). International trends in aphasia rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 64, 462-467.
- Israel, L. (1982). Une Thérapéuthique non médicamenteuse nouvelle: la stimulation de ma memoire chez les personnes âgées. *La Revue de geriatric*, 8, 387-390.
- Jódar, M. (1999). Demencias y estimulación cognitiva: Un enfoque neuropsicológico. 247-260. S. Yubero et al. (coord.). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, Servicio de Publicaciones.
- Jódar, M. (2000). *Els tallers d'entrenament de la memòria per a gent gran*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Jódar, M., Junqué, C. (1992). Envejecimiento normal versus demencia senil tipo Alzheimer. Valor del lenguaje en el diagnóstico diferencial. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 12, 171-179.
- Josephsson, S. et al. (1993). Supporting everyday activities in dementia intervention study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 395-400.
- Junqué, C., Barroso, J. (1994). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Kertesz, A., McCabe, P. (1977). Recovery patterns and prognosis in aphasia. *Brain*, 100, 1-18.
- Landauer, T. K., Bjork, R. A. (1978). Optimum rehearsal patterns and name learning. M. Gruneberg, P. Morrus, R. Sykes (Eds.). *Practical aspects of memory*. London: Academic Press.
- Luria, A. (1963). *Restauration of function after brain injury*. Elmsford: Pergamon Press.
- Luria, A. (1970). The functional organization of brain. *The scientific American*, 222, 66-78.

- Moore, S. et al. (2001). Memory training improves cognitive ability in patients with dementia. *Neuropsychological-Rehabilitation*, 11, 3-4, 245-261.
- Rusk, H. A. (1982). *Qué es afasia. Guía para la familia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Schuell, H. (1965). *Differential diagnosis of aphasia with the Minnesota Test*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Shacter, D. L., Glisky, E. L. (1986). Memory remetiation: restoration, alleviation and the acquisition of doindicativo specific knowledge. B. Uzzell, Y. Gross (Eds.). *Clinical neuropsychology of intervencion*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Schmidt, W., Berg, J., Deelman, G. (2000). Memory training for remembering text in older adults. *Clinical-Gerontologist*, 21, 4, 67-90.
- Schmidt, W., Berg, J., Deelman, G. (2001). Prospective memory training in older adults. *Educational-Gerontology*, 27, 6, 455-478.
- Sohlberg, M. M., Mateer. C. A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitaci3n: theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Sotillo. M. (2001). *Sistemas alternativos de comunicaci3n*. Madrid: Trotta.
- Springer, S. P., Deutsch, G. (2001). *Cerebro izquierdo-Cerebro derecho*. Barcelona. Ariel Psicología.
- Wilson, B. (1996). Rehabilitaci3n de los desordenes de memoria. F. Ostrosky, A. Ardila, R. Chayo-Dichy (Eds.). *Rehabilitaci3n neuropsicol3gica*. M3xico: Planeta.
- Yesavage, A. et al. (1999). Mnemonic training for older Spanish-speaking Hispanic adults. *Clinical-Gerontologist*, 21, 1, 61-65.
- Zanetti, O. et al. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: A controlled study. *Neuropsychological-Rehabilitation*, 11, 3-4, 263-272.

