

TITULO: PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EN EL ADULTO EN CONDICIONES NORMALES Y PATOLOGICAS.

**Autor: Olarte María del Carmen. Psicóloga
Colombia. Email. mcarmenzita@yahoo.com**

INTRODUCCIÓN.

El Interés por la conservación de la memoria y la rehabilitación cognitiva aumentó a partir de 1970, debido a un mayor conocimiento en el campo de la memoria, y otros procesos cognitivos, por parte del personal de la salud , lo cual ha traído como consecuencia la creación de métodos diagnósticos más avanzados y rápidos del daño o desgaste mental, y desarrollo de programas de rehabilitación neuropsicológica específicos para personas con diferentes tipos de daño cerebral; la memoria es una de las funciones cognitivas más sensibles, y los daños a la misma pueden afectar a largo plazo la vida de los pacientes, teniendo presente además que los problemas de atención y concentración influyen directamente en su funcionamiento; en la práctica clínica las alteraciones de la memoria adopta diferentes variaciones que incluyen el desgaste causado por el paso de los años, así como los síndromes amnésicos y sus características , se sabe además que las estrategias de rehabilitación han dado resultados positivos para muchas personas en las últimas décadas.

Las alteraciones neuropsicológicas en las personas con daño cerebral presentan síntomas de fallas en la orientación, pérdida de memoria a corto o largo plazo, actuar o responder a estímulos que se presentan en el campo contralateral a la lesión cerebral; así como alteraciones afectivas y conductuales , en las enfermedades de tipo cognitivo podemos ver como la enfermedad de Alzheimer es una de las principales causas de demencia en personas mayores de 65 años, la cual presenta un deterioro progresivo en dos o más áreas del funcionamiento cognitivo, e incapacita la persona que la padece impidiéndole desenvolverse en su entorno familiar , social y laboral , la capacidad de aprendizaje está reducida, y se ha comprobado según algunos autores que vienen investigando la enfermedad, que el establecimiento de programas de estimulación cognitiva ayuda a disminuir la progresión del desarrollo de la enfermedad.

Las técnicas utilizadas para las personas con deterioro cognitivo causado por la edad son diferentes a las empleadas con personas que han sufrido daño cerebral, o enfermedad; ya que para estos últimos , la terapia es individual después de un diagnóstico realizado por el médico especialista y de una evaluación que incluye el estado general del paciente y el estado mental , de

acuerdo al nivel de conciencia que presenta el paciente de su enfermedad y la capacidad para colaborar y seguir las instrucciones indicadas en la terapia, la cual es ecléctica por los cambios que se presentan debido a los resultados.

El presente trabajo presenta una propuesta para personas con desgaste cognitivo causado por la edad ; y que puede ser aplicada a personas en la primera etapa de la enfermedad de Alzheimer, la propuesta es para trabajo en grupos, o en forma individual; la cual se viene desarrollando en Colombia en la ciudad de Bogotá , parroquia Niza , con dos grupos de 20 personas cada uno y en el cual se vienen trabajando técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, estas técnicas han sido complementadas con Musicoterapia , produciendo gran interés y actitud positiva en los integrantes quienes participan en forma activa en los talleres respectivos, la evaluación es continua de tipo cualitativo con entrevistas semiestructuradas en forma grupal y los cuestionarios en forma grupal e individual . La propuesta incluye talleres prácticos con la memoria sensorial, memoria a corto y memoria a largo plazo, la cual se divide en semántica, episódica y de procedimiento; en las diferentes etapas de Registro o codificación, retención o almacenamiento y recuperación o evocación de la información, atendiendo a los problemas de atención focal, atención sostenida, atención alternante, atención selectiva y atención dividida según el modelo teórico de (Sohlberg y Mattheer 1987).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La memoria de un hombre es la historia de su experiencia personal tal como se registra en su cerebro (Barbizet 1970). Puede definirse como la conservación de la Información transmitida por una señal después de haberse suspendido la acción de dicha señal. (Sokolov 1970). La memoria se considera como una de las facultades más importantes del ser humano ; se cree que el incremento de la edad trae un amplio conjunto de cambios en los procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida en la edad madura , son aspectos positivos y negativos que comprenden no solamente el declive de las estructuras y funciones corporales sino que involucra procesos patológicos previos ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) o nulo en las últimas etapas de la vida ; estos cambios producen en la memoria dificultades en la fase de retención o registro de la Información, así como en el almacenamiento o conservación de la información, y en la evocación o recuperación de la huella de la memoria ; según Feggy Ostrosky – Solís y otro, el tiempo de retención de la información puede variar de segundos a semanas o años.

La terapia Cognitivo Conductual presenta una serie de Técnicas que aplicadas correctamente se cree que ayudan a la rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas estas técnicas deben estar integradas en un programa que permita al adulto conocer y comprender los cambios neuronales que se presentan en el cerebro durante el envejecimiento y que afectan la transmisión de información entre las neuronas , causando deficiencias de atención, por alteración de los lóbulos frontales así como por el uso de fármacos , enfermedades cardiacas, depresión , alcohol, presión arterial alta , desnutrición y exceso de grasa que dan origen a patologías graves como son : la demencia tipo Alzheimer , la demencia vascular, la enfermedad por cuerpos de Lewy por citar las más frecuentes y que producen deterioro de la función cognitiva , dependencia funcional, alteraciones del comportamiento y una progresiva necesidad de cuidados por parte de familiares o cuidadores.

El presente programa pretende responder a esta pregunta: ¿Qué tan efectivas son las técnicas de la terapia Cognitivo Conductual para la rehabilitación de la memoria en condiciones normales y Patológicas?

MARCO TEORICO.

El estudio del cerebro humano , ha sido de gran importancia en Investigadores y Neurólogos durante los últimos siglos ; en la década del 90 se encontraban publicadas más de 2000 teorías las cuales analizaban el envejecimiento humano y animal desde diferentes aspectos ; pero debido a la diversidad de especies y los factores cambiantes en el ser humano , se puede decir que no existe en la actualidad una teoría que explique en forma totalmente satisfactoria este fenómeno , ya que parece que es multifactorial dadas sus características holísticas , el envejecimiento es una etapa que comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, son aspectos positivos y negativos, no solamente el declive de las estructuras y funciones corporales sino que involucra procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) o nulo en las últimas etapas de la vida.

Rivera Casado nos dice que es imposible establecer un corte de edad a partir de la cual una persona deba ser considerada adulto mayor, aunque solo se admite en situaciones administrativas como la jubilación y epidemiológicas para establecer puntos de corte para estudios de prevalencia o de intervención en determinado proceso a estudiar ya que son puntos orientativos según los objetivos que se persigan. El envejecimiento presenta una pérdida de respuesta adaptativa al

estrés, deterioro de las funciones y es un factor de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte a su vez presenta cambios en la situación económica, composición familiar, y relaciones sociales que influyen en la calidad humana en la vejez.

Envejecer no es sinónimo de enfermar, es necesario tener en cuenta los aspectos fisiológicos, las patologías previas y su evolución, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida la actividad física, la alimentación, la actividad laboral en la vida productiva, el tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de drogas lícitas e ilícitas, y toda la información pertinente para conocer el estado funcional orgánico y psicológico del adulto.

LA MEMORIA. CONDICIONES NORMALES Y PATOLOGICAS.

La memoria de un hombre es la historia de su experiencia personal tal como se registra en su cerebro (Barbizet , 1970) , puede definirse como la conservación de la información transmitida por una señal después de haber suspendido la acción de dicha señal (Sokolov 1970) , la memoria sensorial implica el reconocimiento inmediato de lo que perciben los sentidos: la visión , la audición, el olfato, el gusto y el tacto, es una memoria sumamente corta y a menos que se transfiera a la memoria inmediata que es la cantidad o volumen de información que se puede registrar en forma muy rápida para pasar a la memoria a corto plazo, ; las alteraciones en este sistema se experimentan en general como un problema perceptual (Atkinson y Shiffrin 1968) ; la memoria a corto plazo representa el mínimo de información que se puede mantener en la mente en un momento dado, se pueden tener algunos detalles que se olvidan si no se repiten continuamente o se manipulan con otras técnicas para pasar a la memoria antigua, remota o de largo plazo que se refiere al recuerdo de eventos del pasado. La memoria antigua o de largo plazo y la reciente o de corto plazo pueden referirse al aprendizaje tanto de habilidades motoras (memoria procedimental) cuya adquisición puede pasar desapercibida por el sujeto por ejemplo montar en bicicleta, como de aprendizaje que puede expresarse a través del lenguaje y del cual tenemos conciencia de su adquisición y es la memoria declarativa, la cual incluye dos subtipos: la memoria episódica y la semántica ; la episódica se refiere al acopio de eventos mediante un código espacial y temporal, se le considera autobiográfica, y un ejemplo son las actividades realizadas durante el día ; y la memoria semántica incluye los aprendizajes mediados por palabras, símbolos verbales o relaciones semánticas , comprende información verbal independiente de la fuente o situación en la cual se adquirió , por ejemplo el significado de ciertas palabras , nombrar a los últimos presidentes etc.

Existen varias explicaciones de las alteraciones de la memoria por envejecimiento, se dice que es una merma en la capacidad de procesamiento de la información, reflejada en la capacidad de memoria de trabajo y de atención; también que con la edad los recursos para almacenar y recuperar la información disminuyen, es decir la persona va perdiendo la capacidad de hacer asociaciones entre nuevos aprendizajes, pero si utiliza ayudas externas, puede compensar las deficiencias que presenta ; también se habla de la lentificación con que se procesa la información, sobre todo en la percepción, y genera problemas de tipo cognoscitivo en las habilidades de recordar y evocar; otra explicación la da(Hasher et al 1999) cuando nos dice que hay una mengua en el proceso inhibitorio de la atención sobre los procesos de memoria de trabajo, disminuyendo su eficiencia para almacenar nueva información y una última la da (Zacs et al 2000) cuando dice que es la reducción de las características contextuales de experiencias vividas y de la fuente de esas memorias o sea los nexos entre las características del evento y la situación que lo rodea y que al estar debilitados el recuerdo es superficial; sin embargo parece que estas explicaciones no se presentan en todos ya que algunas personas recuerdan los hechos completos detallando las características de los mismos.

En el envejecimiento patológico la demencia constituye un síndrome caracterizado por el deterioro de las funciones cognoscitivas , vinculado a cambios emocionales y comportamentales, (Roselli 2003) los dos factores más comunes son las enfermedades degenerativas y las vasculares ; incluso puede relacionarse con algunas condiciones psiquiátricas como la esquizofrenia crónica (Arango Ferandez y Ardila 2003).según su etiología las demencias pueden ser tratables o intratables ; se calcula que de 50 a 60 % son irreversibles mientras que otras pueden someterse a tratamiento (Cummings 1985).

ETAPAS DE LA MEMORIA:

El llamado proceso de memoria se conforma de tres etapas:

Registro o Codificación: Se inicia con la llegada de un estímulo preseleccionado por el organismo, de acuerdo con el foco de atención en el momento del registro; permanece por milisegundos en la memoria sensorial, después de suspendido el estímulo este pasa a la memoria inmediata que tiene un tiempo de permanencia de uno o dos minutos.

Retención o Almacenamiento: Comienza cuando se activa la memoria a corto plazo la cual representa un almacenamiento transitorio, frágil y sujeto a agentes interferentes; en esta etapa la

atención se enfoca en lo más importante, y asocia la información que da como resultado un proceso activo que se sigue continuamente cuando se registra la información, para pasar a la memoria de largo plazo.

Recuperación o Evocación: Es el proceso de transferir la información almacenada en la memoria a largo plazo al estado consciente de la memoria a corto plazo. Existen dos formas para recuperar la información: el reconocimiento y la evocación. El reconocimiento consiste en percibir o reconocer la información entre varias alternativas; y la evocación es la búsqueda de la información en la memoria para darla a conocer; algunas veces ayuda una clave como un pensamiento, imagen sonido, palabra, olor etc. que activa la recuperación de la información (Guillund 1984, Clare y Wilson 1997).

La transferencia de memoria sensorial a memoria a corto plazo requiere atención y concentración, la transferencia a largo plazo repetición y organización , el olvido de la memoria sensorial resulta del desvanecimiento de la imagen, el olvido de la memoria a corto plazo se presenta por desplazamiento , la información nueva desplaza a la vieja y el olvido de la memoria a largo plazo se produce por interferencia entre un elemento de la información y otro aprendido previamente o por falta de uso (Ostrosky- Solís 1998-2002).

PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EN EL ADULTO EN CONDICIONES NORMALES.

OBJETIVO GENERAL:

Comprobar la efectividad de algunas técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual en la rehabilitación de los procesos de la memoria en condiciones normales y patológicas en las etapas de Registro o codificación, retención y almacenamiento de la información y evocación o recuperación de la huella memorística.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Lograr el registro correcto de la Información y que pase a la memoria a corto plazo.
2. Guardar la información teniendo en cuenta los procesos de atención, asociación y repetición.
3. Transferir la información de largo a corto plazo por medio del reconocimiento y la evocación.

JUSTIFICACIÓN: Dado que el tema de los cambios en la memoria referentes a la edad, y las patologías correspondientes revisten gravedad e importancia para el ser humano, se pretende en este trabajo complementar los talleres respectivos con la Musicoterapia que es un área que nos presenta técnicas que llevan a mejorar el ritmo, la concentración y la atención; así como complementa el desarrollo de la creatividad, indispensable en el trabajo de la memoria a corto y largo plazo.

TALLERES: Se realizarán 16 sesiones de adultos en forma grupal, con talleres interactivos de dos horas cada uno, se distribuirán en grupos teniendo en cuenta la edad y la habilidad intelectual según la evaluación que se realice. Las sesiones serán planeadas teniendo en cuenta las técnicas, estrategias y contenidos planteados pero adaptadas a la edad, país, medio ambiente y circunstancias en la cual se encuentre el personal participante.

METODOLOGIA: Grupal e Individual, activa participativa y en la cual tiene gran importancia el uso de la Musicoterapia en cada una de las sesiones.

EVALUACION PRE Y POST: Entrevista grupal e Individual; batería Neuropsi: Atención y Memoria (6 a 85 años de edad). Medición rápida de habilidad Intelectual: Barsit (se utiliza para la composición de grupos); Test Beta III para evaluar el nivel de Inteligencia, test de Goldberg de ansiedad y depresión. Al terminar las sesiones se administra nuevamente la batería Neuropsi a todos los participantes.

CONTENIDOS:

Como ya se indicó anteriormente se presentan problemas en la atención, concentración, lenguaje, cálculo, ortografía, matemática y otras como olvido de nombres de personas, lugares, fechas, cierto grado de desorientación y ubicación espacial o temporal, acompañados de dificultades en el sueño y problemas de tipo fisiológico y emocional.

La rehabilitación implica trabajar cada una de las etapas de la memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo que comprende: memoria episódica, memoria procedimental, memoria declarativa y memoria del trabajo utilizando diferentes técnicas que mejoren el registro, la retención o el almacenamiento y la evocación, estas técnicas son:

Registro o Codificación : Mantener una actitud abierta y positiva, hacer una elección consciente de lo que se desea recordar, enfocar la atención y utilizar cada uno de los sentidos para registrar

información, fijarse en los detalles y relacionarlo con lo ya conocido, comprender antes que memorizar.

Para mejorar la retención o el almacenamiento se requiere : Proporcionarse tiempo para el aprendizaje y la memorización , evitar las distracciones, dar tiempo a la consolidación, repetir y practicar, claves para revisualizar, asociar con lo conocido , generar instrucciones verbales acerca de lo que se desea almacenar.

Para mejorar la evocación: Técnicas visuales y verbales de mnemotécnica, elaboración de historias que conecten las cosas que se desean recordar, visualización, organización y asociación de la información, especialmente con nombres y caras, utilización de fuentes externas como: agendas, listas, computadores, mapas, alarmas, señales y tarjetas, cambios en el entorno etc, además las indicadas por el personal médico como son: cambios en la alimentación, higiene del sueño, y ejercicio.

TECNICAS: COGNITIVO CONDUCTUAL: Autoregistro de olvidos, Distracción Cognitiva, Encadenamiento, Relajación muscular progresiva, Relajación con Imaginación Temática, Auto instrucciones, Moldeamiento, Desvanecimiento, Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales y Técnica de resolución de problemas.

Autoregistro de olvidos: Se trata de una técnica básica de autocontrol que consiste en que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta, en el caso de los olvidos debe registrar las palabras que se olvidan, la frecuencia diaria, factores situacionales o emocionales como momentos de estrés o ansiedad, consecuencias que produce y claves que se pueden aplicar según lo analizado en la sesión.

Distracción cognitiva : Como su nombre lo indica consiste en distraer la atención del paciente para que no se focalice en sus sensaciones internas de ansiedad : se utilizan estrategias como : Implicarse en actividades que requieran atención como juegos de mesa ; decirse palabras de una categoría de cosas o animales , flores, ciudades ; escuchar piezas musicales y enfocar la atención en el significado de la letra , ritmo , instrumentos , analizar autor y época .

Encadenamiento: Es la unión de segmentos elementales en una única pauta conductual más amplia. Los procedimientos son : Presentación de una tarea completa, encadenamiento hacia adelante, y encadenamiento hacia atrás (Pear, 1991) ejemplos ; series de números en forma ascendente y descendente en grupo, formación de una cadena rítmica, conductas o hábitos

diarios, rutinas , entonar una canción , luego se reparte por frases y cada uno le va agregando una frase y repite el texto anterior etc.

Relajación muscular progresiva de Jacobson abreviada: Tiene como objetivo el control de la ansiedad en el adulto que puede llegar a ser patológico, se explican las manifestaciones físicas de la ansiedad y la tensión muscular para introducir la técnica de relajación, concentrarse en las sensaciones de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares: brazos y manos, piernas y pies, espalda, pecho, estómago, cintura y glúteos, cara, cuello, tensar y relajar. Luego se reducen a cuatro: brazos y manos, piernas y pies, cara y cuello, pecho y espalda, cintura y abdomen a la vez. Algunas veces la memoria falla por tensión, ansiedad o estrés en el paciente.

Relajación con Imaginación temática: Se utiliza en los diferentes tipos de atención, escogiendo diferentes escenas, profundizando en los detalles, recrear las escenas, con la memoria sensorial utilizando los sentidos de la vista, oído, olfato, gusto, y tacto. Comentar: Problemas, dudas, sensaciones, nivel de relajación. Se puede complementar con música adecuada al tema.

Autoinstrucciones : Se utilizan para entrenar al paciente a regular verbalmente su conducta ante la ansiedad y ante todo aquello que le cueste un esfuerzo importante ; para ello se crean frases o instrucciones que debe decirse así mismo ante determinadas situaciones, y que comprende ; frases de preparación para la situación, afrontamiento y evaluación o autoreforzamiento; en el caso de la memoria sirven para recordar situaciones que ya se han hecho anteriormente como ir a un supermercado y comprar productos; manejar un automóvil, montar en bicicleta, practicar un deporte, atravesar una avenida, viajar etc.; igualmente para memorizar una serie de instrucciones que le permitan realizar una tarea doméstica en forma adecuada.

Moldeamiento: Procedimiento utilizado para instaurar una conducta que no existe en el repertorio de una persona, porque ya se ha borrado, como sucede en diferentes tipos de demencia, o para reforzarla como prevención; se siguen los siguientes pasos: Concretar la conducta final en todas sus características, elección de la conducta inicial, elección de los pasos, tiempo que se ha de permanecer en cada paso. Puede aplicarse en grupo, otra modalidad es el automoldeamiento donde el propio individuo lleva el proceso de aproximaciones sucesivas por sí mismo. Se usa con frecuencia para desarrollar conductas como: hablar, conductas de autocuidado, aseo, alimentación etc. o conductas sociales como asertividad, habilidades de comunicación o habilidades de resolución de problemas interpersonales.

Desvanecimiento: Es la retirada gradual de ayudas que se presentan mientras se enseña una conducta. Tiene dos fases: Fase aditiva: Cuando se proporcionan ayudas cada vez mayores , pueden ser sílabas para formar una palabra, hasta que se lleva a cabo la conducta objeto; (ejemplo: claves o ayudas externas de la memoria en el caso de adultos) Fase sustractiva: En la cual se van retirando las sílabas de una palabra o las ayudas porque ya no se necesitan.

Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: En esta programación se realiza en el trabajo grupal y en la utilización de la Distracción cognitiva.

Técnica de resolución de problemas: Es un proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de... bien el carácter problemático de la situación misma o bien de sus reacciones hacia ella. Nezu 1987. En el caso de los problemas de tipo amnésico se busca que la persona recurra a técnicas de relajación y búsqueda de apoyos externos entre otros, también que sopesen sus actitudes e intereses y adquiera habilidades con las que afronte la situación; en la cual defina el problema, genere alternativas, tome decisiones o elección de la alternativa más realista y eficaz, puesta en marcha de la solución, y verificación de los pasos en caso de que el resultado obtenido no sea el deseado.

ESTRATEGIAS:

MUSICOTERAPIA:” La Musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos, la recuperación, conservación, y mejoría de la salud mental y física” National Association for Music Therapy (NAMT).

La Musicoterapia se describe como una forma experiencial de terapia y su principal metodología consiste en focalizar y hacer uso de la experiencia musical vivida por la persona , existen cuatro tipos de experiencias diferentes como son la improvisación, recreación, composición y escucha y cada una de estas experiencias involucra diferentes comportamientos sensoriales , requiere diferentes clases de habilidades perceptuales y cognitivas, evoca diferentes emociones, y conlleva diferentes procesos interpersonales.

Para la conservación o recuperación de la memoria se utilizan cada una de las diferentes experiencias , especialmente la improvisación vocal y rítmica en la terapia de encadenamiento; la recreación y escucha como para estimular los sentidos, mejorar la atención y orientación en la realidad, avivar los recuerdos en la memoria a largo plazo , promover la identificación y empatía

con los demás, interpretar y comunicar ideas y sentimientos, mejorar las habilidades de interacción y grupales, estimulación y relajación personal, estimular la memoria la reminiscencia y la regresión a la vez que la imaginación y la fantasía. Los temas utilizados en la Musicoterapia corresponden al objetivo propuesto referente a la memoria y que se relaciona directamente con el grupo con el cual se realiza la terapia. Se pueden tratar además temas de cultura general.

OTRAS ESTRATEGIAS: Para el registro de la información se utiliza la observación, diferentes tipos de atención, y concentración; para el almacenamiento de la información se requiere: Proporcionar tiempo para la memorización, revisar, visualizar y asociar lo que se memoriza con el conocimiento ya aprendido; y las autoinstrucciones verbales y otras técnicas para retener la información; para la evocación se requiere relajación, imaginación temática, organización y asociación de la información y demás técnicas indicadas anteriormente.

RECURSOS: Humanos: Adultos y Adultos mayores

Técnicos: Celular, computador, equipos o grabadoras etc.

Didácticos: Material de tipo cognitivo, elaboración de acuerdo al tema, juegos de mesa recreativos, crucigramas, sopa de letras, laberintos, música nacional e Internacional, leyendas, adivinanzas, trabalenguas, refranes y otros.

SEGUIMIENTO: Se realizará el seguimiento transcurrido un mes, en el cual se recuerdan las claves practicadas de la memoria, conceptos básicos del funcionamiento, y se realizan ejercicios de los diferentes tipos de atención, asociación, lenguaje, habilidades visomotoras, cognoscitivas, y ejercicios de registro, almacenamiento y evocación de la información.

EVALUACION FINAL: Tres meses después de realizada la sesión de seguimiento se realiza una evaluación final individual con una entrevista semiestructurada, y una batería de pruebas de evaluación Neuropsicológica; igualmente una evaluación del programa con un cuestionario que contestará cada participante.

REHABILITACIÓN DE LA MEMORIA EN CONDICIONES PATOLÓGICAS.

En las personas con daño cerebral la terapia se realiza en forma individual, de acuerdo al nivel de conciencia que presenta la persona y su capacidad de auto-regulación, se emplean estrategias conductuales, entrenamiento en tareas rutinarias, y modificaciones ambientales, que le facilite la orientación de su conducta, buscando que aprenda a responder únicamente; para las personas

con mayor nivel de conciencia y mayor capacidad de auto-regulación se emplean técnicas dirigidas al mayor procesamiento de la información, implantación y práctica de una gran variedad de estrategias compensatorias activas , rehabilitación de los déficit y estrategias de afrontamiento a respuestas emocionales que conllevan las dificultades cognitivas (Mateer , 1999), Sohlberg 2001) por tanto las estrategias de rehabilitación varían y son adaptadas por el terapeuta según las características del paciente; igualmente son importantes las ayudas externas y diferentes intervenciones tales como el entrenamiento en atención (Sohlberg eta al 2001) la utilización de reglas mnemotécnicas o estrategias metacognitivas (Fasotti et al 2000) y las modificaciones ambientales como se realiza en la terapia para enfermos de Alzheimer , ayudas visuales y auditivas. En la enfermedad de Alzheimer, que es la patología de demencia más común se distinguen tres etapas en la evolución de la enfermedad: 1) Amnésica : en la cual hay anomia en el lenguaje, amnesia anterógrada parcial, dificultades leves en las habilidades visuoespaciales, errores en las operaciones aritméticas, fluctuaciones de ánimo y depresión, en los demás aspectos es normal; 2) etapa confusional: habla vacía y ecolalia, amnesia anterógrada total y amnesia retrógrada, agnosia topográfica y apraxia construccional, acalculia primaria y espacial, indiferencia y anosognosia, inquietud, lentificación de base, y atrofia de los lóbulos temporal y parietal; 3) Demencial: Amnesia anterógrada total y aumento de la amnesia retrógrada, ausencia de habilidades visuoespaciales, concepto de número ausente, apatía, rigidez, incontinencia, lentificación difusa , atrofia cortical, y dilatación ventricular; los reflejos patológicos como la succión, la prensión, la búsqueda y el signo de Babinski se hacen evidentes, la muerte llega en general por neumonía o por infección urinaria, el tiempo de vida una vez iniciada la enfermedad va de cinco a 10 años (Cummings 1985), hay diferencias individuales en la velocidad del deterioro cognitivo y en la progresión rápida se relacionan con rigidez , mioclonias y alucinaciones. (Richards, Folstein et al 1993).

El diagnóstico de demencia requiere fuera de los exámenes cognoscitivos, la aplicación de medidas objetivas del comportamiento cotidiano del paciente, entrevistas estructuradas con preguntas extraídas de la Escala clínica de demencia (Hughes et al 1982) o de la escala de severidad de demencia, (Clark y Ewbank 1996) igualmente técnicas de neuroimagen estructural, resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones entre otras técnicas radiológicas.

La rehabilitación en la enfermedad de Alzheimer depende de la etapa de la enfermedad en la cual se encuentre la persona; para la primera etapa se realiza la evaluación como se indicó anteriormente y se hace la planeación de acuerdo al resultado, pueden ser útiles los talleres programados para la conservación de la memoria en el adulto en condiciones normales; en la segunda etapa se analiza en la entrevista y en la evaluación si la persona aún es consciente de su enfermedad y si puede responder a los ejercicios que se programen aunque probablemente se realicen en forma repetitiva utilizando las claves externas, iniciando por la Terapia de orientación a la realidad , espacial , temporal y personal, por medio del suministro constante de información, por parte del cuidador o de un familiar, utilizando la voz , la mirada y el contacto físico para lo cual se utilizan recursos como relojes, calendarios y dibujos ; igualmente se realiza por compañeros cuando el trabajo es grupal, se ha observado en esta terapia beneficios tanto en la conducta como en la cognición.

EQUIPO REHABILITADOR: PACIENTE, EQUIPO DE PROFESIONALES Y FAMILIA.

El equipo rehabilitador está conformado por el médico general, el Psiquiatra, Neurólogo, Neuropsicólogo , Psicólogo , Terapistas y otros profesionales de la salud a los cuales acuda el paciente de acuerdo a sus necesidades ; se requiere integración del equipo para dirigir el tratamiento y que este sea efectivo para el paciente , sin contradicciones; para lograr una colaboración provechosa se requiere además por parte de los profesionales a cargo , 1- Capacidad para escuchar y orientar entrevistas del paciente y su familia , 2- Poseer suficiente información sobre el problema neurológico del paciente , 3- Capacidad de observación, 4- Flexibilidad para realizar cambios en los procesos de tratamiento de acuerdo con las prioridades del sujeto afectado y su familia. 5- Capacidad para estructura un proceso terapéutico que tenga en cuenta las necesidades del paciente y su familia, y que ayude a aplicar las estrategias más adecuadas; las fases clínicas a tener en cuenta son además la Identificación y priorización de metas, y observación de los cambios y revisión de las mismas.

El grado de estrés familiar depende de la gravedad de los cambios conductuales y de personalidad del afectado, del tipo de trastornos cognitivos y físicos que determinen la discapacidad y su evolución, de la incertidumbre acerca del pronóstico y de cómo actuar frente a la persona afectada, del aislamiento social y los asuntos legales y financieros, por todo ello en el proceso de rehabilitación se tiene en cuenta aspectos como : La necesidad de abordar los problemas que

experimentan las familias, que a veces se agravan con el paso del tiempo, anticiparse a la aparición del estrés y adoptar las medidas necesarias para prevenirlo o brindar capacitación para afrontarlo.

En síntesis se puede decir que de la forma que comience y transcurra la enfermedad, del grado de discapacidad que provoque, y del pronóstico que determine su duración, depende la respuesta de la familia teniendo en cuenta la gravedad, discapacidad y frecuencia de recaídas, y que requiere una intervención adecuada teniendo en cuenta: Un análisis de la historia familiar previa, conocimiento de las características premórbidas del paciente, detección en la familia de las señales que ameritan intervención, intervención en el momento de la crisis, intervención en la fase crónica, e intervención en la fase terminal.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.

Según estudios realizados por Enrique Echeburúa, Francisco J. Labrador y Elisardo Becoña Iglesias en la Guía para la elección de tratamientos Psicológicos efectivos; la terapia Cognitivo Conductual y sus técnicas es una práctica psicológica basada en la evidencia que ha sido eficaz y está comprobada en la mayoría de estudios que se han hecho y en los respectivos tratamientos (pg. 301), ya que la terapia es eficaz si se aplica bien, y una de las aportaciones más eficaces e ingeniosas del sentido común terapéutico, constituye un enfoque muy sólido y con gran respaldo empírico y experimental, en el tratamiento de muchos cuadros clínicos.

Desde una perspectiva conductual las técnicas de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y de autocuidado, y las técnicas del control de contingencias, son útiles y generalizables a una variedad de trastornos; y desde el aspecto cognitivo, las autoinstrucciones, la reestructuración cognitiva y sobretodo el entrenamiento en solución de problemas, son las técnicas más eficaces.

En el aspecto psicofisiológico, son muy útiles las técnicas de relajación, e imaginación temática, las cuales están incluidas en la terapia de conducta ya que influyen directamente en la parte motora, fisiológica y cognitiva.

El envejecimiento de la población trae como consecuencia en muchos casos el aumento de las demencias, que requieren una concientización en general para comprender la necesidad del cuidado de la memoria utilizando las técnicas adecuadas adaptadas al medio y al tipo de población.

Igualmente vemos que los adultos mayores presentan diferentes patologías de tipo psicológico como son los trastornos de ansiedad , pánico, obsesivo compulsivo, depresión , disfunciones sexuales, adictivos como el alcoholismo; fobias y estrés ; además de enfermedades crónicas graves que requieren el tratamiento Farmacológico y las terapias correspondientes , entre las cuales vemos gran aceptación y efectividad en las técnicas de la terapia Cognitivo Conductual, terapia de Conducta y la terapia cognitiva que son tratamientos con evidencia empírica.

La musicoterapia es una gran estrategia para el trabajo con los adultos ya que permite focalizar y hacer uso de la experiencia musical vivida por la persona, en los procesos de improvisación, recreación, composición y escucha.

BIBLIOGRAFIA

Ardila Alfredo, Rosselli Mónica. *Neuropsicología Clínica*, Ed. El Manual Moderno, México 2007.

Fernández, S, & Muñoz, J. M. (1997). *Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido*. En revista electrónica de psicología. Vol.1, N 1.

Arango Lasprilla Juan Carlos .*Rehabilitación Neuropsicológica*. Ed. Manual Moderno, México, 2006

Kenneth E. Bruscia. *Musicoterapia . Métodos y prácticas*, Ed.Pax México 2007.

Quintanar, Olguín Fernando. *Atención Psicológica de las personas mayores*. Ed. Pax México. 2011
Primera edición .

Marqués Rodríguez &, Herencia Leva Antonio. *Técnicas de Modificación de Conducta*. Centro de Psicología Aaron Beck. Granada (España) N 60

American Psychiatric Association. *Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5*.Madrid (España) Ed. Médica Panamericana 2014.

Luria, A; R; (1979). *El cerebro en acción*. Editorial Fontanella. Barcelona.Cap.7pp.185-221.

Sohlberg, Mc&Mateer, C.A. (1989) *Introduction to cognitive rehabilitation*. New York. The Guilford Press, cap. 14 pp.355-380-

Sohlberg, Mc&Mateer, C.A (2001). *Cognitive rehabilitation*. New York . The Guilford Press.Cap.13 pp.400-425.

Melgar, Felipe. Geriatria y Gerontología para el médico Internista. Ed. La hoguera Investigación Bolivia. 2012 pp.644.

Albert, M.S. (1988) Cognitive Function. En : M, S, Albert y M. B. Moss (Eds). *Geriatric Neuropsychology* . Nueva York . Guilford.

Ardila, A y Ostrosky, F (1991) El diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico, Mexico. Trillas.

Ardila. A y Rosselli M. (1986). La vejez, neuropsicología del fenómeno de envejecimiento. Medellín: Prensa creativa.

Geschwind, N. (1967). Wernicke's contribution to the study of aphasia- Cortex 3-449-463.