



PROGRAMA de

Prevención del Deterioro Cognitivo y Detección Precoz e Intervención en la Demencia

Mercè Llach Forcada

Neuropsicóloga

Responsable de Consultas Externas.

Con la edad el sistema nervioso sufre múltiples cambios que afectan a todos los niveles funcionales en mayor o menor grado. Su localización, mecanismo y consecuencias son los elementos característicos que configuran y definen el proceso de envejecimiento. El curso de este proceso no sólo viene definido por cambios físicos cerebrales, el contexto sociocultural también tiene una repercusión directa, haciendo que hoy en día el envejecimiento sea un proceso muy largo (aumento de la esperanza de vida) y activo, es decir, el individuo envejece con unas exigencias intelectuales mucho más elevadas, y por tanto esto le hace ser mucho más sensible a los cambios que sufre. Todo esto lleva a una demanda creciente de conocimientos sobre cómo detectar todos aquellos cambios, que propios o no de la edad, pueden afectar en las actividades sociales y de la vida diaria del individuo, y cómo intervenir con el objetivo de prevenir o retrasar la pérdida de independencia y autonomía.

Con este objetivo ISPA desarrolla este Programa con la pretensión de:

1.

Detectar de forma precoz todos aquellos cambios que se suceden en el individuo, tanto a nivel cognitivo, emocional como conductual con el fin de determinar si estos cambios están asociados al propio proceso de envejecimiento o, por el contrario, son debidos a una causa neurológica de tipo degenerativo. Para ello es necesario realizar una evaluación breve (screening cognitivo) que contemple las tres áreas que se encuentran directamente implicadas en una enfermedad neurológica degenerativa. Ésta evaluación, por tanto, consta de cuatro tests con una gran sensibilidad para detectar el deterioro intelectual, de dos escalas para evaluar el funcionamiento del individuo en su vida diaria y finalmente de un escala para detectar alteraciones conductuales.

2.

Intervenir de forma adecuada a los resultados encontrados en la evaluación anteriormente descrita. Existen tres líneas diferenciadas de intervención no farmacológica. Por un lado, **talleres de entrenamiento de la memoria y/o talleres de mantenimiento de la memoria y otras capacidades cognitivas** orientados, hacia la prevención y que consisten en “entrenar a los sujetos de un modo sistemático en el conocimiento, utilización y control de los procesos, estrategias, técnicas y vivencias implicadas en el funcionamiento de la memoria” (Montejo et al., 2001). Estos programas están dirigidos a personas de distintas edades que no presentan alteraciones cognitivas, funcionales ni conductuales significativas, a aquellas que presentan un deterioro asociado a la edad o a aquellas que manifiestan una alteración leve sin cumplir criterios de enfermedad neurológica.

Por otra parte, **talleres de estimulación cognitiva** orientados a retrasar el avance de la enfermedad y que consisten en la aplicación de múltiples actividades orientadas a ejercitar la función intelectual. Estos talleres están dirigidos tanto a personas con un deterioro cognitivo leve como a personas que padezcan alguna enfermedad neurológica como la demencia tipo Alzheimer.

Para el adecuado diseño y funcionamiento de estos talleres es necesario un diagnóstico previo que establezca el tipo de enfermedad neurológica. Este diagnóstico debe ser realizado por un médico especialista a través de una exploración neurológica, con el soporte de una evaluación neuropsicológica, realizada por un neuropsicólogo.

Finalmente el Programa también pretende abarcar otras patologías neurológicas, secundarias a otra patología médica y que no cursa de forma progresiva, como por ejemplo, los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes vasculares cerebrales (AVC), la encefalitis, etc. En estos casos y previo diagnóstico a través de una exploración neurológica y neuropsicológica completa se ofrecen **talleres de rehabilitación cognitiva y funcional**, con el fin de que “la persona con déficits cognitivos pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas” (Ponsford y cols, 1995; Sohlberg y Mateer, 2001).

QUÉ ES UN TALLER DE MEMORIA

En los últimos años y debido a que la pérdida de memoria es una de las quejas más frecuentes en la población tanto joven como de la tercera edad, se han diseñado numerosos programas de estimulación, que para diferenciarlos de los que van dirigidos más específicamente a población con demencia u otras patologías neurológicas, han adquirido otros nombres, como por ejemplo entrenamiento de la memoria, mantenimiento de la memoria, etc, teniendo cada uno de ellos definiciones, objetivos, metodología y ámbitos de aplicación diferentes.

Entrenar es adiestrar de un modo sistemático en el conocimiento, utilización y control de los procesos, estrategias, técnicas y vivencias implicadas en el funcionamiento de la memoria y en la mejora de su rendimiento.

Mantenimiento significa ejercitar la memoria y otras capacidades cognitivas con el fin de conservar el nivel de funcionamiento propio de cada individuo

Por lo que se refiere a los destinatarios deben ser personas sin ninguna patología neurológica y que por tanto su queja de memoria no debe constituir un déficit cuantificado a través de tests psicométricos, sino que debe ser una sensación subjetiva de funcionamiento en la vida diaria. Habitualmente son personas que su queja tiene una relación directa con el fenómeno de la distractibilidad. Por lo que se refiere a las personas de edad avanzada la queja más común hace referencia a la dificultad de recordar nombres propios pero esto en ningún caso afecta a las actividades de la vida diaria y por tanto la queja de memoria no constituye un cuadro de demencia, sino un cambio propio del proceso de envejecimiento y que generalmente no afecta a las demás capacidades cognitivas.

En conclusión antes de iniciar cualquier tipo de actividad estimulativa deben evaluarse las capacidades cognitivas y funcionales del paciente para determinar si su problema de memoria es benigno y forma parte del propio proceso de envejecimiento o de alguna otra causa distinta de aquellas patologías del sistema nervioso central cuyo síntoma principal es la pérdida de memoria (demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, deterioro cognitivo leve, etc.), pero que también afecta a las demás capacidades cognitivas y funcionales. En estos últimos casos el tratamiento más adecuado será distinto al del taller de memoria.

Objetivos

Dar a conocer el funcionamiento básico de la memoria.
Cambiar las actitudes y estereotipos negativos sobre la irreversibilidad de las alteraciones o el déficit de memoria.
Entrenar en estrategias y técnicas de memoria.
Estimular el proceso básico de la atención.
Estimular otros procesos básicos cognitivos como: percepción, lenguaje, capacidad lógica,...
Aplicar las estrategias adecuadas para resolver los fallos de memoria de la vida diaria.
Promover la transferencia de los conocimientos y hábitos adquiridos en el entrenamiento a la vida diaria.
Conocer el funcionamiento de la propia memoria (metamemoria) y tener una adecuada percepción de este fenómeno.
Mejorar la ejecución de memoria evaluada por los tests.
Disminuir la puntuación en el cuestionario de quejas.
Mejorar el estado de ánimo tal y como se mide en la escala de depresión.
Mejorar la autoestima
Facilitar la comunicación entre los participantes en el Programa
Favorecer la participación de los usuarios en otras actividades de la comunidad
Disminuir la ansiedad previa a la tarea mediante la relajación y favorecer su práctica.

Metodología

Fase de selección. En esta fase se usan tests neuropsicológicos breves para diferenciar aquellos pacientes que no sufren ningún tipo de deterioro neurológico (candidatos al taller) de aquellos con posible demencia (no candidatos al taller)..

Fase de evaluación de la memoria y del estado de ánimo. Mediante el Cuestionario de Olvidos Cotidianos (COC) y la Escala Hamilton de depresión se evalúa la sensación subjetiva de pérdida de memoria y si existe sintomatología depresiva que repercuta en el rendimiento cognitivo.

Fase de Taller. El número óptimo de sesiones oscila entre 10 y 12.

Evaluación post entrenamiento. Deben utilizarse los mismos test que en la fase de evaluación de la memoria y además se pasa la escala de depresión para evaluar el impacto del entrenamiento de la memoria en el estado de ánimo del sujeto.

¿Cómo se organiza un taller?

Normalmente un taller de mantenimiento de la memoria tiene una duración de 1 hora y 15 minutos. Se inicia con una sesión de relajación para pasar a recordar brevemente lo que se había realizado en la sesión anterior. Seguidamente se hace una introducción teórica de los conceptos que se van a trabajar para después realizar los ejercicios propuestos. Por tanto teóricamente un taller queda organizado de la siguiente forma:

- . Relajación (15 minutos)
- . Repaso (15 minutos)
- . Introducción (15 minutos)
- . Ejercicios (30 minutos)

El tiempo en cada una de las etapas es aproximado y siempre se ajusta a las características del grupo y a sus necesidades.

LA ESTIMULACION COGNITIVA

La estimulación cognitiva es un tratamiento no farmacológico que pretende actuar sobre las funciones superiores de aquellos pacientes afectados por un síndrome de demencia.

Básicamente consiste en estimular las capacidades cognitivas y funcionales que el paciente mantiene todavía preservadas mediante diferentes actividades adecuadas a su grado de deterioro. En base a esto la estimulación cognitiva pretende estos

Objetivos.

- * Mejorar la autonomía personal del paciente, incidiendo en la mejora del desarrollo funcional en las actividades de la vida diaria.
- * Ralentizar el curso evolutivo de la enfermedad actuando sobre aquellas capacidades que aún están preservadas y sobre aquellas que están parcialmente deterioradas por su falta de uso.
- * Mejorar la calidad de vida del paciente, reduciendo la sintomatología ansioso-depresiva reactiva muchas veces al deterioro cognitivo.

Con todo esto lo que se pretende en último término y, como objetivo principal de la intervención cognitiva, es mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares cuidadores. Si por un lado intentamos que el paciente se mantenga autónomo en las actividades de la vida diaria el mayor tiempo posible y lentificamos el proceso de pérdida de las capacidades intelectuales, disminuimos en cierta manera los niveles de dependencia de sus cuidadores..

Metodología

Desde un punto de vista formal hay toda una serie de técnicas específicamente desarrolladas para intervenir en el campo de las demencias, orientadas todas ellas a trabajar específicamente las tres áreas básicas del paciente, la funcional, la cognitiva y la emocional.

- **Terapia de Orientación a la Realidad (TOR).** Hay dos formas diferenciadas de utilizar esta técnica; la más formal, que se denomina *TOR a clase* y la más informal, denominada *TOR 24 horas*. La primera consiste en sesiones de un hora en las que primero se trabajan aspectos de orientación temporal (fecha completa), espacial (lugar donde se encuentran) y personal (nombre y edad de los participantes) y en segundo lugar se introducen ejercicios variados para trabajar otros aspectos cognitivos. Hay tres tipos o niveles, el básico, el estándar y el avanzado en función de la gravedad de los participantes. La de 24 horas es más informal y se basa en la realización diaria de actividades de tipo rutinario que ayuden al paciente a mantenerse permanentemente orientado. El objetivo principal de esta técnica es el de fomentar la autonomía y las relaciones sociales incidiendo en sus capacidades de orientación temporo-espacial y personal.

- **Terapia de Reminiscencia.** Como la anterior, también es una técnica que se puede hacer de manera formal a través de sesiones dirigidas o de manera más informal a lo largo de todo el día. Es una técnica que consiste en recordar hechos de la vida pasada. No persigue estimular la memoria biográfica, pues generalmente los pacientes afectados de demencia mantienen la memoria pasada preservada hasta fases avanzadas de la enfermedad. Lo que pretende es estimular las emociones y las relaciones interpersonales a través del recuerdo con el objetivo de mantener la propia identidad de la persona el máximo tiempo posible. En función de las limitaciones del paciente se pueden utilizar refuerzos visuales como fotografías, objetos personales, etc, todos aquellos elementos que ayuden a estimular el recuerdo. Las fases leves y moderadas (GDS 3,4,5) son las mejores para practicar esta técnica.

- **Programa de Estimulación y Actividad Cognitiva.** Consiste en un conjunto de actividades y/o ejercicios destinados a estimular las diferentes capacidades cognitivas. La selección de los ejercicios debe hacerse en base a una exploración neuropsicológica previa, para ver el estado cognitivo del paciente y poder trabajar sobre aquellas capacidades que están preservadas.

- **Adaptación Cognitiva y Funcional del Entorno.** Se trata de adaptar el entorno a las limitaciones de los pacientes derivadas de la demencia. Hay diferentes maneras de intervenir,

inciendiando en el entorno físico del paciente adecuándolo a sus déficits mediante el establecimiento de una rutina diaria que favorezca la orientación en el tiempo Facilitar el reconocimiento de los lugares con señales o rótulos. Creando un ambiente agradable, con luz, colores y decoración suaves y sencillas. Evitar los riesgos de caída o accidente de cualquier tipo y utilizar ayudas técnicas para el baño, alimentación, movilizaciones. Otro modo de intervenir sería favoreciendo y facilitando la relación y comunicación entre el paciente y su cuidador/a . Los seres humanos somos “animales sociales” y necesitamos relacionarnos con nuestros semejantes. El lenguaje es la herramienta fundamental para comunicarnos, pero no es la única, la comunicación no verbal (tono de voz, sonrisa, caricias, miradas) juega un papel muy importante en todo proceso de comunicación, llegando a suponer el 80% del mensaje en personas sanas. Esto en el caso de personas con demencia adquiere todavía más relevancia, siendo la comunicación no verbal prácticamente el único medio que tenemos para comunicarnos con los pacientes. Por eso nuestra actitud, de serenidad, cariño, comprensión y buen humor es lo más importante para nuestros pacientes, mucho más que las palabras que podamos decirles, que en muchos casos ya carecen de significado para ellos.

- **Actividades Ocupacionales de la Vida Diaria.** No hay técnicas específicas para intervenir en esta área, lo que se pretende por un lado es estimular las aficiones y preferencias del paciente mediante la propuesta de actividades recreativas y por otro lado estimular las actividades de tipo funcional teniendo en cuenta siempre las capacidades reales del paciente para intervenir de forma adecuada.

Todas estas técnicas comparten muchos elementos en común y no son excluyentes las unas de las otras. Lo importante es seleccionar la mejor o las mejores a utilizar en función del momento evolutivo, la gravedad y el perfil cognitivo del paciente. Además todas estas técnicas pueden ser utilizadas de forma informal en el día a día del paciente, ya sea en su domicilio o en una institución.

LA REHABILITACIÓN COGNITIVA

La rehabilitación cognitiva es el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar, laboral y social en aquellos sujetos que sufrieron un daño cerebral debido a traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares y otros. Su fundamento neurobiológico es la plasticidad sináptica (neuroplasticidad), entendida como la respuesta del cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones para restablecer su equilibrio alterado (Geschwind,1985). Se trata de una flexibilidad morfológica del sistema nervioso que posibilita algunos fenómenos como la sinaptogénesis y el botonamiento axonal y colateral (Guzman, 1993)) ya que se ha evidenciado la capacidad de las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas, así como la posibilidad de que las neuronas supervivientes a una lesión puedan recuperarse y adaptarse funcionalmente. La plasticidad neuronal depende de dos tipos de factores: la información genética o factores intrínsecos y las influencias ambientales o factores extrínsecos como por ejemplo la educación (López-Lozano, 1989). Sobre estos últimos factores ambientales, es posible incidir mediante tratamientos no farmacológicos.

Objetivos

-*Restitución de la función.* Favorecer la recuperación de funciones, es decir, la recuperación de la función en sí misma y la de medios, capacidades o habilidades necesarias para alcanzar determinados objetivos.

-*Sustitución o compensación.* Favorecer la recuperación de objetivos, trabajar con el paciente para que pueda volver a alcanzar determinados objetivos usando unos medios diferentes a los utilizados antes de la lesión.

El objetivo general de la *Rehabilitación cognitiva* se centra en identificar las posibles alteraciones de las funciones reguladas por la corteza cerebral, así como las necesidades de

tratamiento que tienen las personas afectadas por alteraciones en las funciones cerebrales superiores, contribuyendo a facilitar la máxima independencia física, intelectual y emocional que sea posible para cada persona en su ambiente particular, posibilitando el mayor grado de autonomía, la reinserción socio-laboral y el aumento de la calidad de vida del paciente. El objetivo principal de la rehabilitación es por tanto la optimización en el funcionamiento físico, vocacional y social después de una enfermedad o daño neurológico. Muñoz y Ruíz (1999) proponen como objetivos básicos de un programa de rehabilitación neuropsicológica los siguientes:

- Proporcionar un modelo que ayude al paciente y a su familia a entender lo que ha ocurrido.
- Ayudar a la paciente a afrontar lo que significa el daño cerebral en su vida.
- Proporcionar estrategias de entrenamiento y habilidades para recuperar y compensar los déficit cognitivos.
- Mejorar la actuación del paciente en diferentes situaciones sociales.
- Ayudar al paciente a establecer compromisos realistas de trabajo y de relaciones interpersonales.
- Promover un ambiente de esperanza realista.

Metodología

En coherencia con el objetivo anteriormente enunciado, antes de comenzar el programa de rehabilitación, los pacientes serán inicialmente evaluados neuropsicológicamente. Esta evaluación se realizará al finalizar el programa, de modo que se puedan objetivizar los avances obtenidos mediante la rehabilitación al comparar de forma directa las capacidades del paciente en su actuación antes y después del tratamiento. Partiendo de esta evaluación se diseñara un programa de rehabilitación enfocado a proporcionar el máximo grado posible de independencia y potenciando lo más posible sus capacidades, mediante la rehabilitación cognitiva. El tratamiento se abordara desde una aproximación unitaria, integradora y multidisciplinar para que la rehabilitación alcance su máxima potencialidad.

Antes de iniciar un programa de rehabilitación, es necesario conocer que cambios o mejoras son explicadas por la *recuperación espontánea*, y no pueden ser atribuidas a nuestra intervención. Cualquier lesión cerebral siempre se acompaña de cierto margen de recuperación funcional espontánea, ya que superados los procesos traumáticos que acompaña a la lesión, se produce una reorganización de las sinapsis en las zonas que no han resultado dañadas. Es un proceso que puede durar varios años, pero que es más activo tras los primeros meses posteriores al daño cerebral. Lógicamente, las posibilidades de recuperación espontánea serán menores en el caso de las lesiones más extensas y graves. Según León Carrión y Machuca (2001), a partir del octavo mes de haber sufrido el traumatismo ya no es de esperar ningún tipo de cambio espontáneo, por lo que los cambios observados a partir de esta fecha, pueden ser atribuidos a la intervención desarrollada.

Los programas que diseñemos deben ser *individualizados* y enfocados a las necesidades de cada persona detectados previamente en la evaluación neuropsicológica. Según Fernández – Guinea (2001) es conveniente llevar a cabo sesiones individualizadas para trabajar determinados aspectos cognitivos (p.ej. entrenamiento de la atención), emocionales (p.ej. aceptación de las dificultades presentes y futuras) y conductuales (p.ej. la agresividad). Éstas, según el mismo autor, deben ser combinadas con *sesiones de grupo* en las que se pongan a prueba las técnicas y las estrategias que se han ensayado de forma individual y que sirvan para generalizar los resultados a situaciones más ecológicas y comunes. Aunque las evaluaciones y los procesos de rehabilitación deben ser *individualizados y personalizados*, no se pueden obviar las *intervenciones grupales*. Las intervenciones grupales, según Tirapu, Martínez, Casi, Albéniz y Muñoz (1999) reportan ventajas, cuando el objetivo del tratamiento se centra en conductas sociales, puesto que la propia situación de grupo es una situación real, además la presencia de otros miembros con dificultades similares tranquiliza y desinhibe al sujeto, además de ayudarlo a mejorar su conciencia de enfermedad. Las intervenciones grupales proporcionan una amplia variedad de modelos de conducta y de afrontamiento, factores que mejoran el aprendizaje y la generalización y supone un importante ahorro de tiempo y dinero al posibilitar la atención simultánea de varios pacientes con uno o dos terapeutas.

Los programas de rehabilitación deben caracterizarse por ser programas *holísticos*, desarrollado por profesionales especializados en el ámbito de la neuropsicología, *interdisciplinarios*, con *validez ecológica*, haciendo uso tanto de la evaluación cuantitativa como de la cualitativa. Se tienen que atender a varios aspectos fundamentales:

* En la rehabilitación de las *funciones cognitivas*: Según Machuca, Madrazo, Rodríguez y Domínguez (2002) los déficit cognitivos que con más frecuencia se observan en el traumatismo craneoencefálico son los de orientación, atención, memoria, lenguaje y funcionamiento ejecutivo, destacando entre todos ellos los atencionales, trastornos visoperceptivos, solución de problemas y toma de decisiones. Las *áreas cognitivas* más favorecidas por este tipo de intervención son: la *atención*, la *memoria* y el *funcionamiento ejecutivo*.

* En la *falta de conciencia de las limitaciones* (anosognosia): La falta de "insight" sobre los propios cambios establecidos tras una lesión de los lóbulos frontales y la falta de conciencia de enfermedad y de las limitaciones que conllevan las secuelas residuales, en pacientes que llegan a reconocer verbalmente la percepción de un cambio, pero no lo valoran negativamente, pese a lo discapacitante que éste pueda considerarse, desde una perspectiva funcional o social (Tirapu, Martínez, Casi, Albéniz y Muñoz, 1999). Éste es uno de los principales puntos en los que debemos fijarnos y trabajar, ya que, si el paciente no es consciente de que tiene problemas, no va a colaborar y no va a querer participar en un programa de rehabilitación que trate de mejorar dificultades que, según él, no tiene. La conciencia de secuelas aparece como una variable de gran importancia ya que afecta a la motivación y grado de cooperación de los pacientes en las sesiones de rehabilitación, siendo un necesario prerrequisito para el éxito duradero de los esfuerzos rehabilitadores, el mantenimiento a largo plazo de las ganancias obtenidas y la aplicación en la vida diaria de las estrategias compensatorias aprendidas en la fase de rehabilitación. Por otra parte, la escasa conciencia de los déficits cognitivos y conductuales supone un condicionante en relación con la selección de los instrumentos de evaluación más adecuados para el estudio de las personas con un daño cerebral.

* En el entrenamiento en *habilidades sociales*. La reducción del nivel de habilidades sociales que se observa en estos individuos está notablemente condicionada por el nivel de funcionamiento cognitivo de la persona afectada. La intervención en este ámbito se centrará en tres dimensiones: entrenamiento en solución de problemas sociales, entrenamiento en habilidades pragmáticas de la comunicación y entrenamiento en autocontrol.

* En la *modificación de las conductas desadaptativas* e intervención en las *alteraciones conductuales y emocionales* provocadas por el daño cerebral mediante la utilización de técnicas de modificación de conducta. Los *trastornos emocionales* que persisten como secuelas de los traumatismos craneoencefálicos, dificultan la integración familiar, social y laboral de los pacientes y determinan en gran medida el pronóstico de la rehabilitación. Esto explica que sea otro ámbito de actuación importante (Muñoz y Iruarrizaga, 1995; Muñoz, Ríos, Ruano y Moreno, 1999).

* En la *rehabilitación laboral*, orientada y dirigida a la adecuación a un puesto de trabajo ajustado a las funciones cognitivas preservadas, potenciando las habilidades psicosociales necesarias para ello. Muñoz, Ríos, Ruano y Moreno, 1999) nos recuerdan que la vuelta a la actividad laboral ofrece múltiples ventajas, pero también expone a la persona a situaciones de estrés, competitividad, miedo al fracaso, cambios frecuentes en el entorno... que pueden afectar al grado de satisfacción en el empleo y a la permanencia en el mismo. Por ello, estas circunstancias no pueden ser dejadas al azar, sino que han de acompañarse de un periodo de seguimiento posterior a la reincorporación laboral y de una intervención temprana que permita reducir las experiencias de fracaso, las conductas de evitación y la pérdida de autoestima que conducen, en definitiva, a la pérdida o abandono del empleo una vez conseguida la difícil integración.

* En la *orientación y terapia familiar* como requisito indispensable tanto para facilitar el proceso rehabilitador de la persona afectada como para el bienestar y la adaptación a la nueva situación del entorno familiar.

El plan rehabilitador

Debe establecerse combinando estrategias y técnicas individualizadas, de acuerdo con las necesidades neuropsicológicas y educativas detectadas en la evaluación neuropsicológica.

Manga y Fournier (1997) consideran que la acción terapéutica puede centrarse en los puntos débiles que se muestran en el perfil neuropsicológico, en las habilidades intactas que son puntos fuertes, o bien en ambos. León Carrión (1994) y Muñoz y Tirapu (2001) distinguen diferentes orientaciones en el proceso de rehabilitación neuropsicológica: la restauración de la función dañada, la compensación de la función perdida y la optimización de las funciones residuales.

Las *técnicas y estrategias* pueden agruparse, por consiguiente, en tres niveles diferentes (Anderson, 1994)

* *Restauración*: Se estimula y mejora las funciones cognitivas alteradas mediante la actuación directa sobre ellas.

* *Compensación*: Se asume que la función alterada no puede ser restaurada y, por ello se intenta potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas.

* *Sustitución*: El aspecto central de la intervención se basa en enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas, tal y como se realiza, por ejemplo, cuando se enseña a los individuos a utilizar diferentes ayudas externas.

CONCLUSIÓN

Como resumen de cuanto se ha dicho anteriormente podemos señalar lo siguiente:

1. Las actuaciones preventivas para la detección precoz del deterioro cognitivo y, en su caso, de un proceso de demencia, son esenciales para conseguir la máxima eficacia tanto en el tratamiento farmacológico como en las terapias no farmacológicas.
2. El conocimiento del estado de la memoria es fundamental para poder iniciar estas actuaciones preventivas.
3. Los Talleres de Memoria son instrumentos útiles, tanto para las personas mayores sin patología, como para las afectadas por déficits leves, debidos a diversas causas.
4. Las personas con deterioro cognitivo, leve, moderado o grave, también pueden encontrar mejora en su estado físico y/o emocional mediante los Talleres de Estimulación Cognitiva.
5. La Rehabilitación Cognitiva es especialmente útil en los casos de traumatismos o accidentes vasculares.
6. En cada caso particular existen métodos y técnicas que permiten mejorar los síntomas de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares próximos.