neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Volumen 5 • Issue 1 • Jun 2018 26

Estimulación cognitiva en persona mayor invidente: Abordaje de un caso

Angel Moreno Toledo[1]

Resumen

A nivel terapéutico la intervención con personas mayores con discapacidad visual (pérdida de visión grave e irreparable), constituye un desafío. Este importante déficit altera la participación y limita fundamentalmente su intervención con iguales y el entorno.
El compromiso visual relega al individuo a un aumento de la dependencia y en consecuencia, a una dependencia mayor de sus cuidadores. La probabilidad de aislamiento, problemas anímicos y aumento de la fragilidad correlaciona con la pérdida visual en mayor o en menor grado.
La pérdida de movilidad y autonomía se asocian a la discapacidad visual junto a un deterioro de funciones cognitivas. El impacto sobre la calidad de vida en el envejecimiento es indudable, así como la desconexión con el entorno. Se requiere de acciones a nivel terapéutico para estimular capacidades conservadas y prevenir el deterioro cognitivo. La potenciación del tacto y las capacidades intelectuales persiguen una sintonía.

Palabras clave: Discapacidad visual, ceguera, deterioro cognitivo, persona mayor, Estimulación cognitiva

ISSUE Nº1
JUNIO
2018

Recibido:
22/03/2018

Aceptado:
16/04/2018

Abstract

At the therapeutic level, intervention with elderly people with visual impairment (loss of serious and irreparable vision) is a challenge. This important deficit alters participation and fundamentally limits their intervention with peers and the environment.

The visual commitment relegates the individual to an increase in dependence and, consequently, to a greater dependence on their caregivers. The likelihood of isolation, mood problems and increased fragility correlates with visual loss to a greater or lesser degree.

The loss of mobility and autonomy are associated with visual disability together with a deterioration of cognitive functions. The impact on the quality of life in aging is undoubted, as well as the disconnection with the environment. Actions at the therapeutic level are required to stimulate conserved capacities and prevent cognitive deterioration. The enhancement of touch and intellectual abilities pursues a harmony.

Keywords: Visual impairment, blindness,cognitive impairment, elderly, Cognitive Stimulation Theraphy.

Discapacidad visual en la población anciana

El creciente ascenso demográfico de la población mayor de 65 años, justifica un aumento de los casos relativos a enfermedades crónicas. La retinopatía diabética (80-95%), degeneración macular (80%), cataratas y glaucoma

(1) Psicogerontólogo, formador y autor. Psicólogo en Residencia de Mayores Infante. Experto en Gestión y dirección de centros geriátricos y de la tercera edad.

son las causas más significativas actualmente de discapacidad visual (Suárez Escudero, 2011).

El estado de la función visual dificulta la participación del individuo en las actividades terapéuticas. La visión reducida en personas mayores se asocia con una función cognitiva deteriorada, la enfermedad de Alzheimer o el padecimiento de otro tipo de demencias (Spierer y otros, 2016; Rogers y Langa, 2010). Existe también un aumento de la probabilidad de aislamiento social (Jin y Wong, 2008), el padecimiento de problemas anímicos —ansiedad y depresión— (Edwin, 2013) y de institucionalización (Brezin y otros, 2004).

Consideraciones a nivel terapéutico

La adaptación de la tarea a personas mayores con limitaciones visuales y cognitivas constituye un reto terapéutico. El padecimiento de los problemas visuales limita al individuo de involucrarse activamente en actividades terapéuticas, ocupacionales, lúdicas e interpersonales. La visión reducida en la edad avanzada jafecta significativamente a la capacidad de interacción con el entorno físico (Wahl, 1994) y precede al rechazo automático o renuncia a la participación (Stevens-Ratchford y Krause, 2004).

El camino es la activación y combatir el aislamiento ocasionado por el hándicap. El conocimiento sensorial y exploración táctil constituyen un acercamiento útil para promover el entrenamiento en AVD. De la misma manera, halla una forma para reconocer y procesar información del medio ambiente (Loh y Ogle, 2004).

La pérdida de rol relacionado con el impacto visual o la ceguera, ocasiona un aumento del estrés y la dependencia. Es por ello, que en el desarrollo de las tareas debe primar el apoyo social como estrategia de mejora del afrontamiento y la competencia (Gottlieb,

Fig1. Procedimiento en la estimulación cognitiva. Capacidad manipulativa, desarrollo y potenciación táctil (Discriminación, atención y cálculo).

2000). El sujeto debe percibirse amparado y asistido en el curso de las tareas, siendo el terapeuta básicamente su soporte tangible en el proceso (Scheafer y otros, 1981).

Normalmente, la persona mayor invidente, vivencia una separación estimular social, que limita o anula el mantenimiento de redes sociales. Así pues, evaden contacto personal y mantienen un trato marcadamente agrio e indiferente (Wang y Boerner, 2008), junto con actitudes negativas (Watson, 2001). La soledad aparece como una consecuencia inevitable que se instala en sus vidas para aumentar la vulnerabilidad.

La intervención cognitiva

Como enfatizan Whitson y colaboradores (2013), no existen protocolos de rehabilitación estandarizados para abordar el deterioro cognitivo en pacientes con limitaciones visuales. Es tan significativo el impacto del deterioro visual, que provoca un acusado deterioro en todas las facetas de la vida, causando una mayúscula interferencia en las relaciones interpersonales, la movilidad y funcionalidad así como el bienestar mental y social (Stevelink y otros, 2015). La discapacidad visual sea congénita o adquirida, queda reflejada como un importante problema de salud pública a nivel mundial (Zhu y otros, 2016) y generan en gran medida una acentuación de la dependencia (Jiménez e Hijar, 2007; Pera, 2003). Su incidencia y prevalencia aumenta con la edad, siendo la longevidad y el padecimiento de condiciones como la diabetes, los causantes de la pérdida severa de visión (Hernández-Narváez y otros, 2015).

Siguiendo a Lamoureaux y cols. (2004) , a niveles de las AVD, las actividades alteradas fundamentalmente en ancianos invidentes corresponden a la lectura, la movilidad, las actividades de ocio y el salir de compras. La persona mayor invidente percibe el entorno con inseguridad y decreciente confianza, siendo más cercano a la introversión y al aislamiento (Mañós, 1998).

La búsqueda de la motivación y la iniciativa es cardinal para encarrilar la intervención. Es importante proporcionar un ambiente silencioso y de mínima distracción (Whitson y otros, 2013) y conocer las experiencias pasadas y los aspectos personales del paciente para diseñar la intervención (Mañós, 1998). En principio, se debe destacar la relevancia de otras vías de expansión con el entorno, siendo relevantes sustitutivos como los canales sensoriales táctil y los referentes verbales y auditivos.

A nivel táctil el desarrollo de la capacidad manipulativa, el rendimiento motor fino y la activación somatosensorial suponen un importante incentivo para preservar y garantizar la interacción apropiada con el medio ambiente. El rendimiento táctil constituye una poderosa herramienta de exploración del entorno en personas mayores invidentes. Dichas habilidades motoras proporcionan una útil y requerida agudeza espacial táctil que permite discriminar estímulos, sondear y evaluar umbrales táctiles (Kalish y otros, 2008) y familiarizarse con la complejidad de la percepción háptica.

La actividad con el objeto permite al sujeto percibir e integrar completamente la información de las propiedades del objeto manipulado. De esa exploración táctil obtiene parámetros como forma, dureza, textura, cantidad (superficies y sus propiedades). El movimiento captura la naturaleza del objeto explorado, actuando como una especie de simbiosis del tacto con la sensibilidad propioceptiva. Siguiendo a Klatzky y Lederman (2011), el procedimiento se inicia con el denominado agarre o encierro, que permite una primera información estructural para determinar la identidad del objeto, posteriormente el seguimiento del contorno y la exploración de su forma da lugar a la categorización de su representación mental y su correspondiente discriminación.

La detección, discriminación, identificación y comprensión auditivas, (Lozano Mora y otros, 2017) permiten el tratamiento y procesamiento de la información, establecer comunicación verbal y focalizar la atención para abstraer la información que se le demanda. Tal y como acentúa Mañós (1998), la persona valora el estímulo en su naturaleza (distancia, procedencia, amplitud, emisor o fuente, puntual o continuo). Aporta referencia y seguridad a un contexto apreciado como extraño, indiferente y al que ahora, intenta reorientar y someter con esta combinación de referencias espacio-temporales.

La Musicoterapia constituye sin lugar a dudas, una magnífica estrategia terapéutica para trabajar estas propiedades. Alentar además, la conversación habitual (bien basada en hechos o en acontecimientos pasados), permitirá la expresión y la conservación de la capacidad verbal, unido a la posibilidad de facilitar y potenciar el intercambio social cotidiano en la comunicación con sus iguales. Para llevar a cabo con éxito la rehabilitación,

Whitson y otros (2013) sostienen la importancia de la

aceptación y el compromiso del paciente. Del mismo modo, asocian un rol determinante al cuidador o al asistente durante la estimulación cognitiva.

Conclusiones

Se precisa de una especial formación y capacitación para profesionales que se ocupan de mayores con impedimentos visuales. Es necesario un amplio conocimiento sobre la discapacidad visual y el deterioro cognitivo para proponer intervenciones terapéuticas que fortalezcan capacidades conservadas y remedien la desconexión contextual y el aislamiento.

Referencias

1. Brezin, A.P., Lafuma, A., Fagnani, F., Mesbah, M. and Berdeaux, G. (2004). Blindness, low vision, and other hándicaps as risk factors attached to institutional residence. British Journal of Ofthalmology, 88, 1330–1337.
2. Boult C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through." JAMA. 2010; 304(17):1936–1943.
3. Edwin, H.A. Visual (2013). Impairment in the Elderly and what Care Givers need to know: A Literature Review. Degree Thesis Human Ageing and Elderly Service.
4. Gottlieb, B. (2000). "selecting and planning support intervention s" social support measurement and intervention. p 195–220.
5. Hernández–Narváez,M.G,Olivares–Luna,A.N,Carillo–Hernández,A., Margarita Tovar–Méndez,G Y González–Pedraza Avilés A. Prevalencia de trastornos visuales y su relación con la funcionalidad en adultos mayores. Rev Cubana Oftalmol vol.28 no.2 Ciudad de la Habana abr.–jun. 2015.
6. Isla Pera P. El envejecimiento de la población. Rev Rol Enf 2003 26 (3): 15–20.
7. Jiménez Navascuéz, L. y Hijar Ordovas, C.A. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos vol.18 no.1 Barcelona mar. 2007.
8. Jin, Y. P., & Wong, D. T. (2008). Self–reported visual impairment in elderly Canadians and its impact on healthy living. Canadian Journal of Ophthalmology, 43 (4), 407–413. http://dx.doi.org/10.3129/I08–077
9. Kalish, T., Tegenthoff, M. and Dinse, H.R. Improvement of sensorimotor functions in old age by passive sensory stimulation. Clin Interv Aging. 2008 Dec; 3(4): 673-690.
10. Klatzky, R.J and Lederman, S.J. Haptic object perception: spatial dimensionality and relation to vision. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2011 Nov 12; 366(1581): 3097-3105. doi: 10.1098/rstb.2011.0153
11. Lamoureux EL, Hassell JB, Keeffe JE. The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. Am J Ophtalmol 2004; 137 (2): 265–70.
12. Loh K.Y, Ogle J. Age related visual impairment in the elderly. Med J Malaysia. 2004 Oct;59(4):562–8, quiz 569.
13. Lozano Mora, Y.Y., Rivera González, C.X y Vargas Arias, L.A. Rehabilitación auditiva en adultos mayores. Corporación Universitaria Iberoamericana. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de fonoaudiología. Agosto. 2017.
14. Mañós, Q. (1998). Animación estimulativa para personas mayores discapacitadas. Narce S.A. Madrid.
15. Rogers MA, Langa KM. Untreated poor vision: a contributing factor to late–life dementia. Am J Epidemiol. 2010 Mar 15;171(6):728–35. doi: 10.1093/aje/kwp453. Epub 2010 Feb 11.
16. Schaefer C., Coyne J., Lazarus R., 1981. The health–related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine 4: 381–406.
17. Spierer O., Fischer N, Barak A, Belkin M. Correlation Between Vision and Cognitive Function in the Elderly: A Cross–Sectional Study. Medicine (Baltimore). 2016 Jan;95(3):e2423. doi: 10.1097/MD.0000000000002423.
18. Stevelink, S.A.; Malcolm, E.M and Fear N.T. Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: a qualitative study among working–age UK ex–service personnel. BMC Public Health. 2015; 15: 1118. 2015 Nov 12. doi: 10.1186/s12889–015–2455–1
19. Stevens–Ratchford, R.; Krause,A. Visually Impaired Older Adults and Home–Based Leisure Activities: The Effects of Person–Environment Congruence. Journal of Visual Impairment and Blindness, v98 n1 p14–27 Jan 2004.
20. Suárez Escudero, J.C. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. Medicina UPB. 30 (2):170–180
21. Wahl, H.W. (1994). Visual impairment in later life: A challenge for environmental gerontology. Aging and Vision News, 6, 1–2.
22. Wang S, Boerner K. Staying connected: Reestablishing relationships following vision loss. Clinical Rehabilitation. 2008;22(9):816-824.
23. Watson, G.R. (2001). Low vision in the geriatric population: Rehabilitation and management. Journal of the American Geriatrics Society. 49, 317–330.
24. Whitson, H.E; Whitaker, D, Potter, G and McConnell, E. A Low–Vision Rehabilitation Program for Patients With Mild Cognitive Deficits. JAMA Ophthalmol. 2013; 131 (7): 912–919. doi: 10.1001 / jamaophthalmol.2013.1700
25. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient–physician communication. Fam Med. 2002;34(5):383–389.
26. Wolff JL, Roter DL, Given B, Gitlin LN. Optimizing patient and family involvement in geriatric home care. J Healthc Qual. 2009;31(2):24–33
27. Zhu R.R. , Shi j. , Yang, M. and Guan H.J. Prevalences and causes of vision impairment in elderly Chinese: a socioeconomic perspective of a comparative report nested in Jiangsu Eye Study. Int J Ophthalmol . 2016; 9 (7): 1051–1056. doi: 10.18240 / ijo.2016.07.19