

El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor

The cognitive functioning in the elderly: attention and perception in the older adult

Isis Yvonne Sánchez Gil¹; Víctor T. Pérez Martínez¹

¹Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social y Máster en Longevidad Satisfactoria. Centro Comunitario de Salud Mental, municipio Playa, La Habana, Cuba.

¹Especialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado de Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Hay que reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de validismo, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. La sociedad necesita adultos mayores sanos, los profesionales de la Atención Primaria de Salud tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo.

Palabras clave: Ejercitación, atención, percepción, memoria, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

It is necessary to recognize the importance of exercising attention and perception in the daily environment of the older adult, since both higher cortical functions are closely related to the psychological capacity of memory. It is also considered that the affectation of such functions may cause loss of validism, dependence and disability, once the cognitive deterioration has started. Society needs healthy older

adults and the professionals at the Primary Health Care level are socially responsible for developing actions of prevention and rehabilitation of mental deterioration in the older adult due to the fact that their health and quality of life are closely related to an adequate cognitive functioning.

Key words: Exercising, attention, perception, memory, cognitive deterioration.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional en Cuba mantiene un comportamiento ascendente. Al cierre del año 2006, el 15,8 % de la población total, es decir, 1 771 912 cubanos eran mayores de 60 años. El incremento de este grupo poblacional impone nuevos retos a la Salud Pública, entre los que se encuentra, en materia de salud mental, la sistematización de acciones de promoción, prevención y rehabilitación del deterioro cognitivo.¹ Para ello, es preciso actualizarnos sobre las peculiaridades del funcionamiento cognoscitivo en el adulto mayor, los cambios que se producen en su atención y percepción, teniendo en cuenta que ambas son funciones neuropsicológicas implicadas en la actividad cognitiva del ser humano, y a las que se les presta, habitualmente, menor importancia que a los problemas relacionados con la memoria en la tercera edad.²

La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia; es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes.^{3,4} Los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia.

DESARROLLO

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.⁵

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.

1- Alerta: es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante. Existen 2 tipos:

- Alerta tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite

una respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa.

- Alerta fásica: es la capacidad de activación que se encarga de prepararnos psicológicamente para la acción. Nos predispone para orientarnos mediante un control voluntario.

2- Atención selectiva: es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.

3- Atención sostenida: es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distractibilidad. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.

4- Atención dividida: es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental.

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida.^{5,6}

El déficit en la atención selectiva se ha explicado por la dificultad de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, lo que significaría que se trata de un problema perceptivo.^{5,6}

Consideramos muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

Algunas condiciones mentales, como la depresión, podrían también afectar la atención, así como el consumo de psicofármacos, fundamentalmente de benzodiacepinas.⁵⁻⁷ Esto debe ser siempre tomado en cuenta por el especialista examinador ante un senescente que, espontáneamente o por preocupación de un familiar, solicite su valoración por dificultades para concentrarse.

En los procesos demenciales la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la enfermedad avanza, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza. La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea, se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado.^{5,6}

El médico y el psicólogo de la APS deben estar familiarizados con las características de la atención en el adulto mayor sano, y tener presente que cuando las dificultades en la concentración comienzan a asociarse a trastornos en la memoria

reciente, debe sospecharse deterioro cognitivo, y encaminar al senescente a una exploración de su funcionamiento intelectual.^{5,6}

Resulta muy importante prestar atención a las quejas subjetivas de los adultos mayores o sus familiares, referentes a problemas en la concentración, porque, usualmente, incluso entre el personal de la salud, se comparte el mito del declive intelectual en el adulto mayor, lo cual impide muchas veces una correcta valoración que podría permitir acciones de prevención o de rehabilitación temprana del deterioro cognitivo.^{6,8}

La ejercitación de la atención puede ser orientada por el personal de la APS, pues no requiere necesariamente de asesoramiento por parte de un personal especializado en entrenamientos de psicoestimulación. Esta afirmación se basa en que la atención es una capacidad psicológica que está presente en cualquier actividad que emprenda o mantenga en marcha el hombre, por lo que cualquier actividad cotidiana que realicemos servirá para ejercitar nuestra atención.^{5,7,9}

En los adultos mayores sanos el ejercicio de la atención tendrá un propósito preventivo, y bastará con pedirles que mantengan su atención de manera voluntaria en las actividades que realizan, en su entorno, en señales simultáneas, que practiquen la lectura, el cálculo, estudien, escuchen música o realicen ejercicios físicos.^{3,5}

En pacientes con deterioro cognitivo identificado, el propósito será rehabilitatorio, y comprenderá sesiones de estimulación de la atención, en las cuales se le pedirá al paciente que fije su atención en el entorno, para que después describa objetos y aspectos de este; que mantenga su atención en señales determinadas, después de lo cual se le pedirá que realice acciones orientadas; que ejecute operaciones sencillas y automáticas, que después se le pedirá que realice en orden inverso; y se le estimulará a que ponga su atención en recuerdos agradables. La sistematicidad de las actividades de un plan de estimulación cognitiva es imprescindible para la obtención de resultados sostenidos, y por supuesto, será necesario primeramente explicar estos ejercicios y su importancia al familiar o al cuidador del enfermo de demencia.^{3,5,6}

Al considerar el funcionamiento intelectual en la vejez, no podemos olvidar que los límites que intenten establecerse están muy relacionados con el déficit y los cambios que en esta etapa de la vida se producen en el funcionamiento de los órganos de los sentidos, ya que dichas transformaciones van a influir en la percepción del adulto mayor.

La percepción es la capacidad mental que nos permite integrar y/o reconocer aquello que nos llega a través de nuestros sentidos. Nos permite reconocer aquellos objetos a los que prestamos atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad.³

La percepción se encarga de la integración, del reconocimiento y de la interpretación de sensaciones que pueden venir de diferentes estímulos, y en dependencia del lugar del que provengan dichas sensaciones se clasifican en:

- Exterocepción: sensaciones que provienen del ambiente externo.
- Interocepción: sensaciones que provienen del ambiente interno.
- Propiocepción: sensaciones del propio cuerpo.

Atendiendo a los órganos de los sentidos existe una percepción para cada uno de ellos: percepción visual, auditiva, olfativa, táctil y gustativa.

Usualmente utilizamos varias modalidades a la vez para integrar y percibir la realidad, y depende también de la experiencia acumulada. Si se nutre de las sensaciones que nos llegan a través de los órganos de los sentidos, los cambios que se producen en la tercera edad van a producir déficit en la percepción.³

Los adultos mayores tienen problemas de agudeza y procesamiento visual, problemas de sensibilidad a la iluminación con dificultades de visión en lugares poco iluminados, problemas para distinguir colores (especialmente verdes y azules), problemas para enfocar diferentes distancias y déficit en la percepción espacial (percepción del movimiento y la velocidad). Estas dificultades influyen en el tiempo que necesitan para identificar estímulos visuales, y por lo tanto, aumenta el tiempo requerido para resolver tareas perceptivas en comparación con los jóvenes.^{2,3}

Se conoce que los problemas de audición son mayores, la pérdida de la agudeza auditiva comienza a los 30 años y es más frecuente en los hombres. Disminuye la sensibilidad a las altas frecuencias, lo que dificulta la percepción de las consonantes y/o advertencias. La diferenciación de los ruidos de fondo y la velocidad de procesamiento se afectan, por lo que en los ancianos aumenta la inteligibilidad cuando los estímulos son rápidos. También se pierde la agudeza en gusto y olfato, lo que afecta sus preferencias alimentarias.^{2,3}

Los déficits que se presentan en esta etapa del ciclo vital en la atención y en la percepción, relacionadas con la edad, afectarán la ejecución de las personas mayores en 2 niveles:

- 1- El tiempo requerido para procesar un estímulo.
- 2- El grado de vigilancia (atención mantenida) que es capaz de mantener una persona cuando tiene que realizar una tarea.^{2,3}

La secuencia del deterioro de la percepción en el síndrome demencial se inicia en el momento en que el paciente comienza a perder su capacidad para recordar, porque se pierde el material con el que debería comparar lo que percibe. Esto trae como consecuencia que el paciente comience a tener dificultades para interpretar correctamente y reconocer adecuadamente las situaciones, las personas y los objetos que se encuentran en su entorno.^{3,5,6}

En las fases leves de la enfermedad de Alzheimer se presentan dificultades para reconocer objetos complejos o nuevos, las caras nuevas, los colores de gamas y matices sutiles, los espacios de organización compleja y las partes internas del cuerpo.^{3,6} En la fase moderada es frecuente que se altere el reconocimiento de caras familiares poco frecuentes, de olores y objetos familiares, de los espacios de organización simple, que haya trastornos del reconocimiento táctil del propio cuerpo y los colores, excepto rojo, amarillo, azul, verde y negro. En la última fase, o de deterioro avanzado, el paciente no puede reconocer su propia cara ni la de familiares más cercanos, la mayoría de los objetos, los colores, excepto el rojo y verde, los sitios con poca organización espacial, tiene, además, poco reconocimiento de su cuerpo y aparece la incontinencia.^{3,5,6}

El enfermo de Alzheimer va perdiendo paulatinamente la capacidad para reconocer lo que tiene a su alrededor, y uno de los trastornos cognitivos que presenta es la agnosia: alteraciones en el reconocimiento del mundo que los rodea en ausencia de

alteración de los órganos de los sentidos (agnosias visuales, auditivas, táctiles, olfativas y del reconocimiento del propio cuerpo).^{3,5,6}

La utilidad de la función perceptiva para incorporar nuevos conocimientos y para reconocer la realidad, a partir de los conocimientos que ya poseemos, debe ser entendida para promover el reforzamiento de su capacidad en los ancianos.⁹

Los déficits sensoriales deben ser corregidos inmediatamente, una vez que sean detectados, con el uso de los artículos de ayuda que requieran (anteojos graduados, aditamentos para sordera, etc.), los que pueden disminuir las alteraciones perceptivas derivadas de los cambios ya mencionados, y relacionados con la edad.^{2,3,9}

Consideramos que la exploración del funcionamiento cognitivo en el adulto mayor debe incorporarse a la evaluación sistemática de su estado de salud, en la consulta médica, en el primer nivel de atención. Al consejo médico de cuidar la dieta, controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, y mantener un estilo de vida saludable, deberían añadirse orientaciones preventivas de factores protectores del deterioro cognitivo: mantener la actividad intelectual, evitar la automedicación con psicofármacos, la incorporación a los espacios socioculturales creados para los adultos mayores en nuestra sociedad (Círculos y Casas de Abuelos, Universidades del Adulto Mayor, Club de los 120 Años), y la adopción de proyectos de vida que favorezcan la independencia, el autocontrol y las estrategias positivas de afrontamiento.

El equipo de APS tiene la responsabilidad de explorar e identificar tempranamente el déficit cognitivo. La asociación de alteraciones en la atención y la percepción con afectaciones de la memoria reciente, merece un pesquisaje especializado, que incluya las observaciones de sus familiares, así como el desarrollo de acciones de prevención y rehabilitación en la propia comunidad.

Debemos prestar atención a los procesos que habitualmente pueden asociarse al fenómeno del envejecimiento. Por una parte, la incomprensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad para afrontar determinados acontecimientos; y por la otra, el declive psicofísico que conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores.

El estímulo de las capacidades cognitivas del adulto mayor sano y del paciente con deterioro cognitivo, puede redundar en la mejoría de su estado funcional global y de su salud en general. Nuestros adultos mayores necesitan conocer su importancia y cómo pueden incluir en el autocuidado de la salud, la preservación y el mejoramiento de sus capacidades intelectuales.

La red asistencial del primer nivel de atención, que incluye el equipo de Atención Primaria de Salud, las Áreas de Salud Mental en cada policlínico, el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica y los Centros Comunitarios de Salud Mental, cuenta con el personal calificado para enfrentar este reto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso JC. El descenso de la fecundidad en Cuba de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1): 10-3.

2. Colectivo de autores. La atención a los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica no. 546. OPS.1994.
3. Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Ediciones Pirámide. 2000.p.21-4.
4. León González, M. Salud mental y comunidad. Monografía. Ciudad de La Habana; 1997.p.11-3.
5. Colectivo de Autores. El baúl de los recuerdos. Manual de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en ambiente familiar. Editora AFAL. 2003.p.12-5.
6. López-Pousa S, Vilalta Franch J, Llinàs Reglà J. Manual de demencias. Barcelona: Prous Science; 2001.p.44-7.
7. Colectivo de autores. Manual para médicos de atención primaria: detección y manejo no farmacológico de la depresión en adultos mayores. OPS/OMS. 2002.
8. Biurrun Unzué A. Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Geriátrica. 2000; 16(4): 45-9.
9. Izal M, Montorio I, Díaz P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. 2001;Vol II: 18-9.

Recibido: 23 de mayo de 2007.

Aprobado: 14 de enero de 2008.

Isis Yvonne Sánchez Gil. Centro Comunitario de Salud Mental. Calle 14, entre 3ra y 5ta avenida, Miramar, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: isis.sanchez@infomed.sld.cu