

Enero-junio
I.S.S.N.: 0304-5072

CUARTA ÉPOCA
Volumen XXV No 64
2007

REVISTA IBEROAMERICANA DE REHABILITACIÓN MÉDICA



*Revista Independiente de Rehabilitación Médica.
Fundada en 1965*

Director Fundador

Dr. R. González Mas

Comité Editorial

Dr. J. J. García Jiménez

Dr. D.C. Davies

Dr. R. González Fernández

Dra. M^a M. de Mello Spósito

Dr. E. L. García García.

Dr. G. Hervás Torres.

Comité Científico

Dra. M^a Moreira Arraigada.

Dra. J. Muñoz Patón.

Dr. J.J. Baztán.

Dr. S. Sampedro Santos.

Dr. E. García Baró.

Dr. A. López Rodríguez.

Editada por la **ASOCIACION IBEROAMERICANA DE REHABILITACIÓN DE INVALIDOS**

Correspondencia: Maldonado, 54 - 3º C. 28006 Madrid (España).

Depósito legal: M.4.836 - 1965

COLABORAN EN ESTE NUMERO

M. J. Fiuza Asorey, Escuela de Formación del Profesorado de Lugo. España

M. C. Díaz Rodríguez Escuela de Formación del Profesorado de Lugo. España

G. Hervás Torres. Universidad Complutense. Madrid, España

M. de la Fuente González Universidad Alfonso X El Sabio. Hospital Central de Cruz Roja. Madrid.
España

EDITORIAL

El progreso de las Ciencias de la Salud ha traído consigo, por una parte, una diversificación de las disciplinas profesionales y titulaciones, con el riesgo a veces de pérdida de la visión asistencial unitaria del sujeto afecto de diversas patologías y discapacidades a abordar. Y, por otra parte, un incesante proceso de préstamos y aportaciones procedentes de infinidad de campos científicos y sociales. En esa dialéctica entre lo genuinamente y variado del campo sanitario y lo procedente de lo extrasanitario se debate hoy día la salud y su promoción y la enfermedad o sus consecuencias.

Por otra parte, el desarrollo de los medios de comunicación de masas y la facilidad para cualquier usuario de disponer de bases de datos sobre cualquier tema que atañe a la salud, ha indudablemente facilitado la posibilidad de incrementar el bienestar psico-físico del individuo pero también le conduce a situaciones en las que es fácil desarrollar falsas expectativas de conservación de la salud, a incrementar deseos y reivindicaciones de difícil satisfacción y, en todo caso a instalarse en campos de irrealidad. El incremento informativo sanitario puede crear ceremonias de la confusión, donde lo banal e irrealizable toma carta de naturaleza frente a lo posible y razonable. Las prestaciones tienen riesgo de convertirse en frustraciones, y las ayudas terapéuticas, técnicas y humanas serlo más de las actitudes demandantes que del verdadero bienestar de la persona

La Rehabilitación, como quehacer científico, técnico y humanizante, no está ajena a este cúmulo de tensiones y contradicciones, que sufren tanto sus profesionales como sus potenciales beneficiarios y es por ello que debe reafirmarse en sus bases conceptuales, doctrinales, docentes y asistenciales.

M. de la Fuente González

Una aproximación ecléctica al tratamiento de la disartria en la enfermedad de Parkinson

M. J. Fiuza Asorey ^{a)}, M. C. Díaz Rodríguez ^{a)}, M. de la Fuente González ^{b)}

^a Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Escuela de Formación del Profesorado de Lugo. España: mfiuza@correo.cop.es; pkarmele@lugo.usc.es

^b Universidad Alfonso X El Sabio. Hospital Central de Cruz Roja. Madrid. España

Resumen

La disartria engloba un conjunto de alteraciones del habla causadas por una enfermedad neurológica. En la enfermedad de Parkinson se produce una disartria de tipo hipocinético como consecuencia del fallo general, en mayor o menor grado, en los subsistemas que están implicados en la ejecución verbal.

Los diferentes métodos de tratamiento que se han aplicado a lo largo del tiempo se han centrado, hasta hace muy poco, en aspectos parciales de la disfunción vocal ((Fawcus, 1991). El objetivo de este trabajo es presentar un enfoque ecléctico en el que se incide en todos los subsistemas: respiración, relajación segmentaria, tono muscular, articulación y prosodia, resaltándose la importancia de iniciar, lo más precozmente posible, dicha intervención.

Abstract

Dysarthria comprises of a combination of speech alterations caused by a neurological illness. Parkinson's produces a hypokinetic type of dysarthria as the result of a general failure, to a greater or lesser extent of the subsystems involved in verbal execution.

The different methods of treatment which have always applied have centred on, until recently, partial aspects of vowel dysfunction (Fawcus, 1991). The objective of this paper is to present an eclectic approach which has a bearing on all the subsystems: respiration, relaxation, muscle tone, articulation and prosody, emphasizing the importance of initiating as soon as possible, said intervention.

Palabras clave: Disartria hipocinética, enfermedad de Parkinson, disfunción vocal.

Key Words: Hypokinetic dysarthria , Parkinson´s, vowel dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es un proceso neurológico crónico caracterizado por una lesión anatómica en la sustancia negra y un déficit bioquímico de dopamina, un neurotransmisor esencial para la regulación del movimiento; a medida que la sustancia negra se va despigmentando, disminuye la cantidad de dopamina en el cerebro.

Es una enfermedad de la segunda mitad de la vida, que comienza entre los 60-70 años y en la que los casos juveniles son muy raros.

ÁREAS AFECTADAS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por una gran complejidad que la hace manifestarse con múltiples malestares y dolencias, coexistentes en mayor o menor medida dependiendo de cada sujeto y del grado de desarrollo de dicha enfermedad. La sintomatología que la define corresponde a trastornos motores (temblores, rigidez muscular y acinesia), vegetativos (fiebre por sobrecalentamiento, percepción errónea de la temperatura, exceso de salivación, dificultades para tragar, sudores incontrolados, trastornos de la micción nocturna y pies hinchados y edematosos) y psicológicos (depresión endógena, confusión mental y lentitud en las funciones intelectivas); estos tres tipos de alteraciones inherentes al desarrollo de la enfermedad de Parkinson han sido ampliamente investigados, tanto desde el punto

de vista neurológico como rehabilitador, desde que en 1817 el médico inglés James Parkinson describió por primera vez lo que definió como “shaking palsy”, es decir, “parálisis agitante”, si bien hubo que esperar a 1950 para que Arvid Carlsson demostrase que tenía su origen en un déficit de dopamina en ciertas áreas del cerebro y, por tanto, se pudiese al descubierto su etiología. En cuanto al último tipo de sintomatología mencionado, la sintomatología de tipo psicológico, hay que resaltar que si bien la depresión endógena ha sido objeto de tratamiento prioritario, en las últimas décadas ha tenido lugar una espectacular incorporación de las funciones cognitivas alteradas al tratamiento de rehabilitación, como evidencia el importante aumento de investigaciones y textos que han sido publicados sobre el tema

A pesar de esta amplitud de intervención en todas las áreas afectadas en la enfermedad de Parkinson, hay que subrayar que el tratamiento del habla y la voz no ha seguido el mismo curso, probablemente debido a que las alteraciones típicas en la función vocal derivadas del curso normal de esta enfermedad no suelen constituir una alteración primaria. Sin embargo, cuando comienzan a manifestarse, el aumentar la potencia y la proyección vocales serán potentes aliados para evitar la voz parkinsoniana típica (incluso en los casos en que el problema se encuentre avanzado) y también el que la debilidad en los mecanismos respiratorio, articulatorio o resonancial esté muy consolidada, de tal forma que el uso óptimo de los diversos sistemas involucrados en la producción de la voz puede proporcionar evidentes mejorías en la comunicación funcional. Evidentemente, la máxima efectividad se consigue cuando se inicia el tratamiento de forma preventiva, es decir, antes de que los síntomas se manifiesten de forma clara. Teniendo en cuenta que el lenguaje oral es la principal vía de expresión del pensamiento humano, de la vida interior del individuo, resulta primordial el intentar precozmente su preservación.

CARACTERÍSTICAS DEL HABLA Y LA VOZ EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Si bien anteriormente se destacó que las alteraciones típicas en la función vocal derivadas del curso normal de esta enfermedad no suelen constituir una alteración primaria, no todos los autores mantienen un criterio similar. Así, hay que subrayar que no existe un consenso, entre otros aspectos, con respecto a la incidencia de problemas del habla y la voz en la enfermedad de Parkinson, ni tampoco en su grado de afectación y sobre cuál es el momento en que se manifiestan dichas alteraciones. Así, para Fawcus la mitad de los pacientes con EP presentan desordenes del habla y la voz, no pudiendo afirmarse que exista relación directa entre la duración de la enfermedad y el grado de deterioro fonatorio; por su parte, Torres et al. estiman que más del 70% de los pacientes parkinsonianos sufren lenguaje hipotónico, monótono, farfullante y atropellado en los estadios iniciales y que se vuelve ininteligible en estadios más avanzados; Logemann et al. (cit.en Aronson, 1983) encontraron que el 89% de los 200 pacientes objeto de su investigación referían alguna alteración fonatoria, tanto a nivel laríngeo, articulatorio o resonancial.

Las alteraciones que definen esta enfermedad se clasifican en alteraciones de la fonación (con disminución del volumen espiratorio y su consecuente afectación de la intensidad y vocalización), alteraciones de la resonancia (por dificultad en la movilidad velopalatina) y alteraciones en la prosodia y articulación (secundarias al grado de hipocinesia y rigidez del paciente). La intervención debe buscar, en consecuencia, el acercamiento hacia parámetros de normalidad en la postura, el tono y la fuerza muscular. Como estos procesos están interrelacionados, el tratamiento requiere tener siempre presente cada uno de ellos, prestándose más atención, como es lógico, a aquellos síntomas que alteren en mayor grado la inteligibilidad del habla y cuyo conocimiento resultará de la labor evaluadora de los diferentes profesionales implicados en la exploración (otorrinolaringólogo, foniatra, fisioterapeuta y logopeda, entre otros). La inteligibilidad del habla hace referencia al grado en que un mensaje intencionado del hablante es recuperado por el oyente (Kent et al, 1989). En las disartrias la dificultad se debe al deterioro de la señal de habla por falta de

precisión en los movimientos de los órganos fonoarticulatorios, debilidad muscular, lentitud y rigidez, todas ellas características definitorias de la enfermedad de Parkinson.

Una buena parte de las alteraciones observables en el proceso fonatorio de las personas aquejadas de la enfermedad de Parkinson se centran en la articulación, catalogándola de vaga, débil, imprecisa y lenta en unos casos, de confusa y acelerada en otros, lo que evidencia la existencia de más de un patrón de articulación. No obstante, existe acuerdo a la hora de destacar la mala movilidad de la lengua, el velo del paladar, los labios y la mandíbula, tanto en producción de consonantes como en vocales. Torres et al. , tras evaluar de forma exhaustiva las características articulares de 200 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson Idiopática, concluyeron que el 45% de los sujetos analizados presentaban ausencia o sustitución de fonemas, siendo los más afectados por mala articulación /k/ y /g/, seguidos de las fricativos /s/ y /z/, a la vez que el patrón más frecuente de afección fue la combinación de errores (98%). La inapropiada coordinación entre el flujo del aire espirado y el momento de articular fue el error más frecuente, junto con la inadecuada elevación de la lengua al articular oclusivas y africadas, el insuficiente cierre por constricción del flujo aéreo en sonidos fricativos linguales, lo que evidencia un problema de rigidez que obliga a una mayor fuerza para mover/desplazar los órganos articulares que provoca paradas en la ejecución de los movimientos articulares. Además, se constató que los errores articulares comienzan desde las zonas más profundas del aparato articulador para, progresivamente, ir apareciendo los errores en las zonas más externas. Los principales instrumentos de medida de la inteligibilidad del habla en la disartria emplean tareas de identificación y pueden encontrarse en Llan y González (2004).

En síntesis, puede decirse que la disartria característica de la enfermedad de Parkinson se define fundamentalmente por manifestarse en una voz monótona y débil, debilidad proveniente de la rigidez y limitación en la movilidad de los músculos extrínsecos e intrínsecos de la laringe. En la enfermedad de Parkinson, los músculos laríngeos y respiratorios presentan espasticidad, por lo que disminuye su movilidad, ya que las variaciones de la altura tonal exigen que los músculos eleven y descendan la laringe, que las cuerdas vocales estén tensadas y con el grado de

tonicidad conveniente por la contracción y relajación del músculo cricotiroides y que la presión del aire subglótico aumente y disminuya.

ÁREAS A INTERVENIR EN LA DISARTRIA HIPOCINÉTICA DEL PARKINSON

INTERVENCIÓN Desde mediados del siglo XX se han empleado múltiples métodos para el tratamiento de las alteraciones del habla y la voz en la enfermedad del Parkinson, buscando todos ellos mejorar los movimientos limitados, rígidos e hipocinéticos que caracterizan esta enfermedad y que, fundamentalmente, provocan monotonía del tono, imprecisión articulatoria, variabilidad del ritmo articulatorio y, por último, cambios prosódicos; sin embargo, presentan como principal inconveniente el poner el énfasis en algún aspecto concreto de la producción de la voz y el habla. Deane et al (2006) realizaron una búsqueda electrónica en la que el criterio de selección era ensayo controlado aleatorio y para lo que recurrieron a las bases de datos más conocidas (Medline, Reabdata, Pascal, etc.), pudiendo solamente identificar dos ensayos con 71 pacientes. Estos autores querían comparar la efectividad de dos terapias diferentes de habla y voz en Parkinson (una centrada en el esfuerzo vocal y la otra en la musculatura respiratoria), para lo que analizaron la prosodia y la comprensibilidad. Las conclusiones a las que llegaron pusieron de manifiesto que, por diversas razones (pocos sujetos objeto de investigación, deficiencias metodológicas en ambos estudios...) no se podía apoyar o refutar la eficacia de una técnica sobre otra.

Resulta, pues, fundamental proponer un método ecléctico, ya que es necesario entender que de nada sirve mejorar un aspecto si otro queda relegado a un segundo plano; el ser humano es una globalidad, resultante de la interacción de aspectos diversos y no pueden olvidarse unos para incidir exclusivamente en otros; si sólo se trabaja, por ejemplo, la articulación, el enfermo de Parkinson puede ser que llegue a articular mejor, pero se habrá olvidado valorar convenientemente el papel del aire, de la respiración, como fuente de energía necesaria para llevar a cabo dicha articulación; y, si no se trabajan ejercicios de empuje, de movilización de los

músculos implicados en la fonación y que están debilitados, tampoco se podrán obtener los resultados que cabría esperar.

Desde la concepción ecléctica del tratamiento del habla y la voz en la enfermedad de Parkinson el objetivo general a plantearse es, tras la previa identificación de la disfunción muscular, el trabajar en la mejora de dicha disfunción, estableciendo los ejercicios necesarios para detener el mayor tiempo posible el progresivo deterioro de las áreas afectadas. Dichos ejercicios comprenderán, en la mayoría de los casos, el entrenamiento en respiración, relajación, aumento del tono muscular, articulación y prosodia, lo que constituirá los objetivos específicos del programa.

Finalmente, el trabajo en estimulación de la motivación por parte del terapeuta será un pilar fundamental de la terapia que colaborará activamente en la adecuada consecución de las metas propuestas que, esencialmente, suponen el normalizar el habla y la voz en quienes presentan un mínimo trastorno y en mejorar el mayor número posible de los aspectos afectados, aprendiendo a compensar aquellos otros en los que la normalización resulte imposible, en aquellas personas cuyos trastornos se encuentren en un nivel mayor de deterioro.

INTERVENCIÓN EN LA RESPIRACIÓN

La respiración correcta conlleva un equilibrio mente-cuerpo, que facilita el control del tono muscular en general y el del aparato fonador en particular, de manera que un correcto entrenamiento en respiración costodiafragmáticoabdominal permitirá luchar contra la rigidez muscular de manera global. La respiración es básica por cuanto el aire es la energía de la voz o, lo que es lo mismo, la voz es aire sonorizado y sin aire no hay voz. Por tanto, para hacer una buena emisión, es necesario saber respirar bien y que los músculos implicados en el proceso respiratorio dispongan del grado de elasticidad y flexibilidad necesarios.

La respiración debe ser objeto de reeducación en sus dos fases, la inspiratoria de predominio nasal y diafragmático, y la espiratoria oral para facilitar la fonoarticulación.

La respiración correcta, costodiafragmáticoabdominal, se caracteriza por la contracción y descenso del músculo diafragma en la inspiración, provocando el descenso de los órganos situados bajo él (estómago, hígado, intestinos y páncreas), las costillas se abren y permiten el ensanchamiento de la caja torácica y, en consecuencia, la entrada de la cantidad idónea de aire en los pulmones; en la espiración, el diafragma asciende y el tórax vuelve a su posición. En este patrón respiratorio, se produce una extensión máxima del movimiento respiratorio en las zonas más bajas del pecho y en las más altas del abdomen y es la forma de respirar que corresponde a estados de relajación o calma, incompatibles con la ansiedad, y que permite el apoyo necesario y correcto para producir voz.

Por tanto, la respiración correcta implica el trabajo del músculo diafragma y de los intercostales externos durante la inspiración, mientras que en la espiración se requiere la acción de los intercostales internos y los abdominales. Realizar una respiración torácica superior o escapular implica, por su parte, la acción de músculos accesorios en los dos movimientos respiratorios; como los músculos se mueven con el aire que penetra en los pulmones en cada inspiración, está claro que si se hace trabajar más músculos de los necesarios, se está gastando más energía de la debida y, en consecuencia, quedará menos aire para la fonación.

El escape aéreo es uno de los síntomas más relevantes de las alteraciones de la voz debidas a la EP y que conlleva una importante disminución de la intensidad. La falta de fuelle provocada por la reducción de la caja torácica y abdominal y por la disminución de las expansiones de estas partes del cuerpo, es uno de los primeros pasos en el tratamiento de la voz. Con el entrenamiento en respiración se pretende incrementar la profundidad de las inspiraciones, el rendimiento de las espiraciones, y la coordinación de dichas espiraciones con el inicio de la voz.

Los ejercicios encaminados a mejorar la respiración comenzarán por una toma de conciencia de la respiración que se realiza. Se buscará una posición cómoda, preferentemente en decúbito supino con la cabeza ligeramente más elevada que el resto del cuerpo. La colocación de las manos encima de la zona alrededor del ombligo permitirá trabajar la estimulación táctil, un buen complemento para ayudar a sentir la respiración. Es útil comenzar por una suave espiración, ya que permite "tomar" con mayor facilidad el ritmo respiratorio correcto. A continuación, se deja

una leve pausa de 2-3 segundos, se inspira suavemente, otra vez pausa leve, se espira soplando muy suavemente, se hace otra pequeña pausa, se vuelve a inspirar y se continúa el ciclo. La regla básica es evitar sentir el llenado y el vaciado completo de los pulmones, ya que lo más común es que estas sensaciones de llenado y vaciado al máximo suelen ir acompañadas de una respiración alta, con ascenso clavicular, respiración que no sólo no es aconsejable sino que, precisamente, es la que se desea evitar. Si fuese posible, se ampliaría el tiempo de pausa entre cada movimiento respiratorio, con la finalidad de aumentar la capacidad respiratoria, normalmente mermada por el uso de la respiración torácica alta y/o clavicular.

Para trabajar el control espiratorio se intenta alargar el tiempo de espiración, primero de forma áfona y, posteriormente, de forma sonora con vocales que se alargan el mayor tiempo posible. Durante el control espiratorio áfono es útil aportar información auditiva, prolongando el sonido /z/, lo que se muestra como una importante ayuda a la hora de tomar conciencia de la necesidad de sostener el sonido. Si el paciente se oye, tiende a incrementar el esfuerzo y, por tanto, a obtener mejores resultados. En este ejercicio de control espiratorio el tiempo de pausa entre cada movimiento respiratorio ha de ser únicamente de un segundo, para diferenciar la inspiración de la espiración y permitir la toma de conciencia de ambos movimientos respiratorios. La tabla 1 presenta un breve resumen de los ejercicios descritos hasta el momento.

Una vez controlada la respiración en decúbito supino, se prosigue el entrenamiento estando el paciente sentado. La posición correcta es aquella en la que los pies se encuentran bien apoyados en el suelo y la espalda permanece recta, pero no rígida. Resulta de gran ayuda situarse enfrente de un espejo, para recibir información visual complementaria, ya que a través de las manos situadas en el vientre el paciente estará tomando conciencia de su forma de respirar a través del tacto. Por último, los ejercicios de respiración se realizan estando el paciente en bipedestación. En este caso, la respiración costodiafragmática presenta muchas más dificultades para el paciente con EP, ya que como se ha visto anteriormente, le cuesta estar erguido y mantener el eje corporal, por afectación de la musculatura flexora. Como en los demás ejercicios de respiración, es conveniente que el paciente sea consciente primero de su trastorno postural, básicamente mediante la realización

de ejercicios propioceptivos, sintiendo la sensación que produce la posición de una parte del cuerpo para, posteriormente corregirla, para lo que resulta muy útil emplear un espejo en el que pueda ver todo su cuerpo.

Tomada ya conciencia de la posición corporal se trata de corregirla, siguiendo delante del espejo, y apoyándose de espaldas en una pared, intentando que el espacio entre ésta y el cuerpo sea el mínimo. Para lograr tomar conciencia del eje corporal, una vez mejorada la posición del cuerpo, resulta muy útil ejercitar la respiración correcta caminando con un libro en la cabeza. Mientras la posición corporal sea la correcta y el cuerpo mantenga su eje, el libro no se caerá al suelo.

Es de suponer que la intervención multidisciplinar también habrá ayudado a mejorar el tono corporal en general, ya que se espera que el paciente esté realizando un tratamiento de fisioterapia simultáneamente al tratamiento vocal; así, de forma indirecta, se estará facilitando una correcta emisión de la voz.

Por último, sólo resta añadir que la respiración ejerce un importante efecto sedante y, en consecuencia, no será necesario en la mayoría de los casos trabajar ejercicios de relajación completa, aunque la relajación segmentaria es aconsejable para aquellos zonas en las que la enfermedad de Parkinson provoca importantes tensiones, fundamentalmente, la cara y el cuello.

Los ejercicios de estiramiento, como los que se realizan en una clase de yoga, son muy útiles porque mejoran la movilidad articular en todo el cuerpo, ayudan a mejorar la postura de todo el cuerpo, disminuyen el riesgo de lesiones musculares, mejoran la circulación sanguínea y, muy especialmente, favorecen la relajación. Por consiguiente, presentan importantes beneficios para la persona aquejada de esta enfermedad.

LA RELAJACIÓN SEGMENTARIA

Los pacientes aquejados de la enfermedad de Parkinson suelen manifestar tensiones en la musculatura facial y en el cuello en general, que interfieren con una correcta respiración y con la adecuada ejecución de los movimientos de la articulación. Los ejercicios recomendados a estos pacientes se dirigen a minimizar, en la medida de lo posible, las tensiones existentes para amplificar la respiración y

agilizar la articulación. Al igual que en el caso de la respiración, es fundamental realizar un esfuerzo de concentración, sentir dónde se localiza la tensión y experimentar la sensación opuesta, la de relajación o distensión; además, los ejercicios se realizarán lentamente, sin brusquedades y evitando forzar el movimiento. Siempre es más conveniente trabajar durante períodos breves de tiempo, pero varias veces al día, que ejercitar un período amplio pero dejando transcurrir mucho tiempo entre cada ejecución. Se recomienda realizar series de seis repeticiones de cada uno de los ejercicios de la tabla 2.

Los ejercicios de cuello han de ser realizados prestando especial atención al mantenimiento del eje corporal, esa especie de línea imaginaria que cruza el cuerpo (como el eje de la tierra) y que impedirá movimientos anormales y forzados del cuello, en los que la musculatura podría contraerse aún más, produciendo el efecto contrario al deseado. Por tanto, el mentón deberá formar un ángulo recto con el cuello. Suele servir de ayuda, explicar al paciente que, debe de mirar al frente, ni al techo ni al suelo de la habitación, y que tras realizar el ejercicio su mirada ha de retornar al mismo punto. En el caso de los movimientos laterales, a derecha e izquierda, es útil recordar las estatuas egipcias, cuya cabeza parece mirar hacia un lado o hacia atrás pero sin perder el eje corporal.

Una vez que el paciente es capaz de realizar los ejercicios correctamente, para evitar invertir demasiado tiempo en la ejecución de tareas y evitar la monotonía, es aconsejable ejercitar los ejercicios de cuello combinados con el entrenamiento en respiración, sentado o de pie, de tal forma que mientras se espira se realizan los movimientos de cuello presentados en la tabla 3.

En el caso de notar que los hombros tienden a inclinarse hacia delante y los brazos se sienten como entumecidos o endurecidos, suponiendo un esfuerzo y dolor el intentar levantarlos por encima de la cabeza, se realizarán los ejercicios propuestos en la tabla 4.

EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR

La hipotonía característica de la voz en la EP puede mejorarse realizando ejercicios, que buscan alcanzar un tono muscular conveniente en la musculatura laríngea mediante el incremento en la potencia del cierre glótico. Los ejercicios deben realizarse, en primer lugar, sin poner voz, es decir, áfonos, tal y como aparecen descritos en la tabla 5; una vez que el paciente es capaz de ejecutarlos convenientemente, es aconsejable emplear la voz para realizar la integración respiración-voz-vocalización. Los ejercicios con voz presentan como ventaja fundamental un significativo aumento en el trabajo de la musculatura laríngea implicada en el acto fonatorio y, por tanto, son más efectivos. Sin embargo, han de ser realizados con precaución, pocas veces al día y poco tiempo de cada vez, ya que algunos de ellos pueden provocar irritación de la laringe e incluso una laringitis que obligaría a interrumpir el tratamiento y que traería como consecuencia un retraso en los objetivos a conseguir. La tabla 6 propone un listado de los más significativos.

LA ARTICULACIÓN

La articulación precisa permite una mayor inteligibilidad del habla, con frecuencia muy alterada en la EP y, además, mejorar la articulación supone un mejor control del ritmo de emisión. Por otra parte, la mejora en la elasticidad y flexibilidad de los músculos implicados en la fonación, es decir, de la cara y cuello, tras la adecuada realización de los ejercicios que se acaban de exponer, permitirá una mejora apreciable de dicha articulación.

Los ejercicios para mejorar la articulación se realizan aplicando una determinada pauta golpeando la mesa con la palma de la mano, dando palmadas o, en caso de disponer de él, con el ritmo que marcará un metrónomo. Consisten en pedir al paciente que lea palabras o frases marcando cada sílaba según la pauta previamente establecida que, por lo general, resultará difícil para el enfermo de Parkinson, ya que, como se sabe, presenta debilidad en los órganos fonatorios y un

ritmo acelerado, destacándose, asimismo, la lentitud e incoordinación típicas de la EP.

Para potenciar el uso de la caja de resonancia y, en consecuencia, mejorar el timbre de la voz y para trabajar el tono, o frecuencia de vibración de la mucosa de las cuerdas vocales, se ejercitarán las actividades propuestas en la tabla 7.

El Método LSVT (Lee Silverman Voice Treatment) o Tratamiento Vocal Intensivo de Ramig se utiliza para la reeducación de las disartrofonías hipotónicas, especialmente en el Parkinson. Es un programa de adiestramiento terapéutico intensivo de cuatro sesiones semanales, de cerca de una hora cada una, durante un mes. Pretende reforzar las autopercepciones fonatorias, tanto propioceptivas como auditivas. Los ejercicios son sencillos y redundantes, se trata de que automatice la consigna "hable más fuerte" y de que disponga de aire suficiente para cada tramo de emisión vocal que realice, inspirar profundamente y naturalmente y que seguidamente, y sin se quede sin aire al final, emita sonidos, vocales y segmentos vocales de longitud creciente. Durante la primera semana se realizan alargamientos vocálicos, palabras y frases muy cortas; durante la segunda, frases cortas; en la tercera, lectura de textos y en la cuarta se transfieren los avances conseguidos a la conversación cotidiana.

La reeducación de los trastornos del habla en pacientes con disartrofonías parkinsonianas debe complementarse siempre con actuaciones sobre los trastornos deglutorios, ya que en el 40 - 60 % de los casos se encuentran disfagias orofaríngeas, silentes algunas de ellas lo que dificulta su diagnóstico.

LA PROSODIA

Las actividades para corregir la disprosodia, es decir, las alteraciones de la prosodia, van a dirigirse a corregir la monotonía de la voz y mejorar la entonación, marcador éste último del diferente significado que puede adquirir una misma frase ya que la entonación es la línea melódica del lenguaje con que se pronuncian las unidades lingüísticas de un mensaje, sirviendo para delimitar como un todo cada

enunciado, independientemente de su estructura interna (compuesta, entre otros elementos, por sílabas).

Los ejercicios pueden partir de la repetición de melodías muy populares, como la empleada en la tabla de multiplicar o en los sorteos de la Lotería Nacional, sobradamente conocidos por todos. Las técnicas de musicoterapia vocal tienen amplio campo de acción aquí.

DISCUSIÓN

Los efectos que el daño neurológico característico de la enfermedad de Parkinson puede causar en el lenguaje afectan a amplios aspectos de la cognición, pero también del habla y la voz. Se evidencia la necesidad de incluir un enfoque ecléctico que ponga énfasis en todos los elementos implicados en el proceso fonatorio de cara a conseguir una rehabilitación lo más integral posible, con la finalidad última de mejorar la calidad de vida del afectado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aronson AE. Les troubles cliniques de la voix. París: Masson, 1983.
- Bayés A. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Barcelona: Medicina STM, 2003.
- Deane KHO, Whurr R, Payford ED, Ben-Shlomo Y, Clarke CE. Terapia del habla y el lenguaje para la disartria en la enfermedad de Parkinson: comparación de técnicas. La Biblioteca Cochrane Plus 2006; 4. Disponible en <http://www.update-software.com>.
- Estévez A, García C. Ejercicios de rehabilitación I. Atención. Barcelona: Lebón, 1999.
- Estévez A, García C. Ejercicios de rehabilitación II. Memoria. Barcelona: Lebón, 1999.
- Fawcus M, editor. Voice disorders and their management. 2ª ed. Londres: Chapman & Hall, 1991.
- Fiuza MJ, Mayán JM. ¿Qué es el Parkinson? Guía de tratamiento para el lenguaje, el habla y la voz. Madrid: Pirámide, 2005.
- Fuente M de la. Trastornos neuropsicopatológicos de la comunicación en el adulto. Conceptos foniatrícos para disciplinas afines. Española de Foniología 1996; 2:50-57.

Gamboa I, Jiménez FJ, Mate MA, Cobeta I. Alteraciones de la voz causadas por enfermedades neurológicas. *Neurología* 2001; 33:153-168.

Kent R, Weismer G, Kent J, Rosenbeck J. Toward explanatory intelligibility testing in dysarthria. *Journal of Speech and hearing Disorders* 1989; 54: 428-499.

Llan MJ, González J. Medida de la inteligibilidad en el habla disártrica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2004; 24: 33-43.

Muñoz JM, Tirapu J. *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis, 2001.

Torres O, León M, Alvarez E, Maragoto C, Alvarez L, Rivera O. Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. *Mexicana de Neurociencia* 2001; 2: 241-244.

Torres O, León M, Alvarez E, Maragoto C, Rivera O. Particularidades articulares de la disartria parkinsoniana. *Mexicana de Neurociencia* 2001; 2: 235-239.

TABLA 1. Ejercicios respiratorios básicos en decúbito supino.

Toma de conciencia del patrón respiratorio: adquisición del patrón costo-diafragmático-abdominal.
Espiración bucal, pausa breve, inspiración nasal, pausa breve, espiración bucal, pausa breve, inspiración nasal...
El mismo ejercicio anterior, ampliando las pausas hasta un máximo de cinco segundos.
Espiración bucal, pausa de 1 seg., inspiración nasal, pausa de 1 seg., espiración emitiendo el sonido /z/.
El mismo ejercicio anterior, pero emitiendo una vocal alargada lo más posible.

TABLA 2. Ejercicios de relajación facial.

Fruncir la frente, mantener la posición de tensión y relajar
Elevar las cejas, mantenerlas unos segundos y relajar
Cerrar fuertemente los ojos, permanecer unos segundos, y relajar
Abrir los ojos todo lo posible, mantener la posición y relajar
Abrir las aletas nasales, mantener la posición y relajar
Inflar alternativamente las mejillas, mantener la posición y relajar
Fruncir los labios, mantener la posición y relajar
Subir y descender los labios superior e inferior, mantener la posición y relajar
Pasar la lengua por todo la boca
Sacar y meter la lengua de la boca, lentamente, manteniendo cada posición unos instantes
Contraer la mandíbula, apretando la lengua contra el velo del paladar, mantener la posición y relajar
Repetir el ejercicio anterior, pero realizándolo de forma rápida
Movilizar la mandíbula a derecha e izquierda, manteniendo la posición unos instantes
Abrir la boca y cerrarla al máximo
Masaje de la musculatura facial

TABLA 3. Ejercicios de relajación del cuello.

Inclinar la cabeza hacia delante, como para tocar el tórax, mantener la posición, volver a la posición de mirada al frente
Llevar la cabeza hacia atrás, con la boca abierta, quedarse quieto, volver a la posición inicial
Girar la cabeza a la derecha, pausa, girar a la izquierda, pausa, volver a la posición de mirada al frente
Movimiento de ascenso, descenso y rotación de los hombros

TABLA 4. Ejercicios de relajación para los brazos.

Extender los brazos por encima de la cabeza, dejándolos caer lentamente
Extender los brazos hacia delante, dejándolos caer a cada lado del cuerpo
Flexionar el antebrazo derecho sobre el mismo brazo, llevarlo por encima de la cabeza y con el brazo izquierdo presionar del codo hacia abajo
Flexionar el antebrazo izquierdo sobre el mismo brazo, llevarlo por encima de la cabeza y con el brazo derecho presionar del codo hacia abajo

TABLA 5. Ejercicios áfonos para mejorar el cierre glótico.

En decúbito supino, inspiración, pausa de 3 a 5 segundos, mientras se realizan tijeras con las piernas, y terminar con una espiración
En decúbito supino, espiración en tres tiempos, pausa de 1 segundo entre cada tiempo, hasta alcanzar los 3 segundos
Sentado, boca en posición de decir /i/ mientras en la espiración se hacen tijeras con las piernas
Sentado, durante la espiración llevar la cabeza hacia el lado derecho, dando pequeños rebotes
Sentado, durante la espiración llevar la cabeza hacia el lado izquierdo, dando pequeños rebotes

**TABLA 6. Ejercicios sonoros para aumentar el trabajo de la musculatura laríngea:
integración respiración-voz-vocalización.**

Sentado, emisión prolongada de la vocal /e/ mientras se dan rebotes con la cabeza hacia la derecha
Sentado, emisión prolongada de la vocal /i/ mientras se dan rebotes con la cabeza hacia la derecha
Sentado, emisión prolongada de la vocal /e/ mientras se dan rebotes con la cabeza hacia la izquierda
Sentado, emisión prolongada de la vocal /i/ mientras se dan rebotes con la cabeza hacia la izquierda
Sentado, sujetar fuertemente la silla mientras se suelta el aire de forma brusca diciendo /ek/
Sentado, sujetar fuertemente la silla mientras se suelta el aire de forma brusca diciendo /ik/

TABLA 7. Ejercicios de articulación y para trabajar el tono: integración respiración-voz-vocalización.

Pronunciación de la consonante /n/ alargando el sonido
Pronunciación de la consonante /m/ alargando el sonido
En la extensión tonal DO emitir la consonante /n/ combinada con las vocales
En la extensión tonal DO emitir la consonante /m/ combinada con las vocales
Emisión prolongada de la vocal /a/
Emisión prolongada de la vocal /o/
Emisión de secuencias combinando las vocales /a/ y /o/

El uso de la revisión de vida en las personas mayores: de la prevención de la enfermedad a la promoción del bienestar.

Gonzalo Hervás Torres.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Madrid.

CONCEPTOS BÁSICOS

La reminiscencia definida como la recuperación de recuerdos pasados es un fenómeno habitualmente observado en las personas mayores. Aunque la tendencia a recuperar recuerdos del pasado ha sido interpretada en ocasiones como un signo de senilidad, o como una forma de evasión de la propia realidad o un deseo de reclusión en el pasado, lo cierto es que hoy en día es considerado un proceso normal, e incluso, funcionalmente adaptativo. Una parte importante de este cambio de actitud es consecuencia de un clásico trabajo de Butler (1963). En este trabajo, Butler afirmaba que la revisión de vida es “un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver” (Butler, 1963, p. 66). Estas ideas generaron una nueva visión sobre estos procesos de recuperación autobiográfica lo cual dio lugar de forma progresiva a numerosas aplicaciones clínicas centradas en la reminiscencia. En este sentido, lo que ha sido denominado terapia de reminiscencia -o revisión de vida-, no es sino una forma más o menos estructurada y sistemática de recuperar y revisar los recuerdos de la propia vida. Habitualmente se realiza con un guía externa, que puede ser un familiar, un cuidador o un psicoterapeuta, que ofrece su escucha y ayuda a la elaboración de los recuerdos. Y aunque lo más habitual es realizarlo de forma individual, también puede realizarse en grupo (Haber, 2006).

FUNCIÓN DE LA REMINISCENCIA

Antes de revisar las aplicaciones de la revisión de vida nos centraremos en las funciones de la reminiscencia para favorecer una mejor comprensión de los mecanismos psicológicos que intervienen, y de qué forma se pueden aprovechar de forma terapéutica. Las funciones de la reminiscencia pueden ser agrupadas en tres grandes bloques, una función personal, una función instrumental, y una función social. Dentro de cada bloque se pueden distinguir a su vez diferentes componentes.

En cuanto a la función personal, la reminiscencia favorece el asentamiento de la propia identidad a través de la recuperación de los hechos más significativos que reflejan los rasgos con los que uno se define a si mismo (e.g. Tarman, 1988). Aunque no en todos los casos, habitualmente las personas se sienten motivadas a construir y fortalecer una identidad globalmente positiva y por ello suelen centrarse en mayor medida en recuerdos positivos. Asimismo, la reminiscencia aporta un sentido de continuidad en la percepción de la propia vida (Parker, 1995). Al redactar un guión que enlaza de forma significativa unos recuerdos con otros una percepción de continuidad emerge. De igual forma, la recuperación de recuerdos nos permite dar un sentido a nuestra historia, construir una narrativa globalmente coherente y que sitúa la propia vida en un contexto de utilidad y significado. En ocasiones esto implica plantear y afrontar conflictos no resueltos del pasado a través de una re-evaluación usando una perspectiva más amplia o más sabia (Croese, 1999).

Por su parte, la función instrumental se refiere en primer lugar al uso del recuerdo como método de obtener información que puede ser necesaria o útil para resolver problemas actuales. En otros casos, la reminiscencia puede ser usada también para sobrellevar o afrontar mejor circunstancias vitales difíciles ya sea porque el contenido específico de los recuerdos ayuda a modular el efecto negativo de la situación, o simplemente como una estrategia de distracción.

Por último, la función social se desarrolla en dos niveles. En un nivel más inmediato se refiere a la utilidad de la comunicación de recuerdos para generar o asentar vínculos sociales. Por otra parte, si observamos el proceso de reminiscencia

desde un punto de vista más amplio, nos encontramos con que tiene una función social por lo que supone de transmisión de información y aprendizajes de una generación a otra.

Por tanto, las funciones de la reminiscencia son muy variadas lo cual nos permite enfocar este proceso desde numerosos puntos de vista y aprovecharlo para diversos fines.

APLICACIONES

Por razones conocidas por todos, uno de los grandes objetivos de la investigación actualmente es desarrollar y evaluar estrategias e intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, así como prevenir los problemas más frecuentes que afectan a este tipo de población. La revisión de vida ha ido recibiendo una atención creciente por parte de investigadores, cuidadores y personal sanitario por sus diversas aplicaciones en el campo gerontológico.

De hecho, la revisión de vida se ha mostrado eficaz en el tratamiento y la prevención de algunos de los trastornos más frecuentes en las personas mayores. Por ejemplo, se ha encontrado que la revisión de vida puede ser útil en problemas de alzheimer (Baines, Saxby, & Ehlert, 1987; Rentz, 1995) o demencia (Ashton, 1993). También se ha demostrado que puede ser un tratamiento eficaz para la depresión en esta población. Por ejemplo, en un estudio se comparó la eficacia de una terapia de revisión de vida estructurada, otra no estructurada, y un placebo en una muestra de ancianos deprimidos (Fry, 1983). Los resultados mostraron que la terapia estructurada individual fue más eficaz que la no estructurada, aunque ambas fueron más eficaces en la reducción de síntomas depresivos que una intervención placebo. Un reciente estudio ha replicado la eficacia de este tipo de intervenciones, mostrando además que los participantes pueden aprender progresivamente a ser más específicos en sus recuerdos, siendo ésta una de las razones por las cuales se consiguen reducir los síntomas depresivos (Serrano, Latorre, Gatz, & Montañés, 2004). Sin duda, los datos más robustos provienen de un reciente meta-análisis, en el que se ha demostrado que la terapia de revisión de vida es una intervención efectiva

en la depresión en ancianos al mismo nivel que la psicoterapia o la farmacoterapia (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003).

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Aun remarcando la importancia que tiene este tipo de aplicaciones como estrategias de prevención y tratamiento de trastornos frecuentes en la vejez, es importante destacar que a menudo se desatienden otras aplicaciones centradas en la promoción de aspectos positivos. Sin embargo, cada vez es más reconocido que el desarrollo de estrategias eficaces para aumentar el bienestar es uno de los retos más importantes de nuestro tiempo (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). En concreto, y en el campo gerontológico, aumentar la satisfacción vital y las emociones positivas pueden ser considerados objetivos importantes al menos por dos razones. En primer lugar, porque fomentar el desarrollo del bienestar es un objetivo esencial para el desarrollo de la salud en todas sus dimensiones. Y en este sentido conviene recordar la definición de salud de la OMS que destaca que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1947). En segundo lugar, porque un nivel elevado de bienestar aparece asociado a mayores niveles de longevidad, a menor probabilidad de enfermedad, y a una mejor y más rápida recuperación (Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2004). Por tanto, además del bien que supone en sí mismo aumentar el bienestar de las personas nos encontramos con consecuencias positivas para la promoción de la salud, así como para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario.

La investigación sobre revisión de vida nos ofrece algunos datos, aunque no muy abundantes, que muestran que este tipo de intervención puede ser eficaz para mejorar el bienestar y la satisfacción vital de las personas mayores. Por ejemplo, en un estudio realizado con 36 mujeres de 3 residencias distintas se evaluó la satisfacción vital antes y después de un proceso de revisión de vida, observándose un aumento en ésta cuando se compararon las medidas pre y post (Cook, 1998). En un estudio realizado en una casa-refugio se observó que tras realizar la revisión de vida 31 personas mayores la intervención fue también eficaz para aumentar la satisfacción con la vida (Fielden, 1990). Un reciente estudio realizó un innovador

programa de revisión de vida, en el que integraba aspectos del pasado con aspectos futuros con participantes activos involucrados en un programa educativo para personas mayores (Arkoff, Meredith y Dubanoski, 2004). Los resultados mostraron que los participantes obtuvieron mejoras en las 6 dimensiones de bienestar psicológico propuestas por Ryff (1989): Autonomía, Sentido vital, Control del entorno, Relaciones positivas con otros, Crecimiento personal y Auto-aceptación.

Sin embargo la mayoría de estudios no ha utilizado un grupo control, o un tratamiento alternativo o un tratamiento placebo lo cual dificulta la interpretación de los resultados, ya que las mejoras observadas en los participantes podrían ser atribuibles al tratamiento, pero también al paso del tiempo o a las expectativas por participar en una actividad novedosa.

El estudio más controlado fue el desarrollado por Haight (1988). En esta investigación se asignó a los participantes de forma aleatoria a tres tipos de intervención: revisión de vida, una programa de visitas y un grupo control. Los resultados mostraron que la revisión de vida tuvo mayores efectos en cuanto al aumento de bienestar y de satisfacción con la vida que los otros dos grupos (Haight, 1988).

En conjunto, aunque la investigación relativa a los procesos responsables del cambio es escasa, los resultados muestran que la revisión de vida o terapia de reminiscencia puede ser útil para mejorar el bienestar de las personas mayores en distintos contextos, y por tanto, puede ser recomendable su aplicación.

POSIBLES MECANISMOS DE ACCIÓN

Como acabamos de ver, aunque hay diversos estudios que coinciden en cuanto a la efectividad de este tipo de intervenciones para mejorar el bienestar en las personas mayores, sería de gran interés conocer las vías por las cuales la reminiscencia puede dar lugar a un mejor funcionamiento psicológico y a mayor sensación de bienestar.

Dado que en muchas ocasiones las personas encargadas de realizar este tipo de intervenciones no son psicoterapeutas, en ocasiones pueden no estar claros los verdaderos objetivos de la actividad más allá de la mera recuperación de memorias,

o potenciar las funciones de la reminiscencia antes comentadas (i.e., personal, instrumental y social). En este sentido, puede ser útil describir algunas teorías que aportan claridad a los posibles beneficios que pueden aportar este tipo de actividades.

Teoría del desarrollo psicosocial (Erikson, 1968)

Este autor propuso que las personas nos enfrentamos a 8 desafíos a lo largo de nuestro trayecto vital. Su propuesta ha tenido un gran impacto sobre los trabajos sobre revisión de vida debido a que es una de las teorías del desarrollo psicológico más citadas, y describe las diferentes tensiones a las que se ve sometida nuestra existencia desde la infancia hasta la senectud. En concreto, para la última etapa vital planteaba como reto el logro de la integridad, la aceptación de la propia vida, mientras que el riesgo sería la desesperación.

Muchos autores se han basado en esta teoría para diseñar sus programas de terapia de vida. Por ejemplo, Harber (2006) ha propuesto que la perspectiva de comprender y aceptar los acontecimientos pasados puede ser muy útil para enfocar estos procesos ya que permite valorar los aspectos positivos de la propia experiencia, pero también afrontar otras experiencias vitales que no son tan positivas y que en ocasiones puede haberse estado evitando durante años.

Teoría del bienestar psicológico (Ryff, 1989)

Recogiendo toda la literatura escrita durante décadas, esta autora realizó una propuesta sobre las 6 áreas básicas necesarias para poder hablar de un funcionamiento psicológico óptimo, y por tanto de un bienestar sólido. Estas áreas o necesidades básicas se han utilizado como guía para otro tipo de intervenciones dirigidas al bienestar y podrían ser muy útiles usadas también en este campo. Las seis áreas propuestas por Ryff (1989) son las siguientes: Autoaceptación, relación positiva con los demás, autonomía, control del entorno, propósito vital, crecimiento personal. La autoaceptación se refiere a manifestar una actitud positiva hacia uno mismo, reconociendo las diferentes partes de uno mismo, aceptando tanto las fortalezas como las debilidades. La relación positiva con los demás se refiere a

disponer de un buen número de relaciones de confianza, cálidas y satisfactorias; implica la capacidad para ser empático, cariñoso y vivir compartiendo la intimidad con las demás personas. La autonomía se manifiesta como la capacidad para sentirse independiente, capaz de resistir las presiones sociales y actuar de la forma en la que uno cree adecuada. El control del entorno implica sentirse capaz, sentirse competente de manejar el entorno, aprovecha los recursos del entorno e incluso modifica dicho entorno si es necesario para que sea más satisfactorio. El propósito en la vida se refiere a tener unas metas, y también a sentir que la vida tanto presente como pasada tiene un sentido. Por último, el crecimiento personal implica tener un sentimiento de continuo desarrollo, y es estar abierto a nuevas experiencias, así como a la sensación de estar desarrollando el propio potencial.

Dentro del proceso de envejecimiento todas estas áreas son muy relevantes y se han estudiado en mayor o menor grado, y en los recuerdos de las personas mayores a menudo abundan experiencias que encajan perfectamente en una o varias de estas áreas. La forma de aplicar estos conceptos puede ser variada, pero un primer acercamiento podría ser sencillamente recordar los momentos vitales en los cuales haya vivido en plenitud cada una de estas áreas. Otra estrategia consiste en ayudar a elaborar más los recuerdos principales de los participantes para detectar fortalezas o aspectos positivos de dichas experiencias que podrían estar pasando desapercibidos. Por último, es importante recordar que el recuerdo de momentos vitales positivos puede servir al fin de aumentar las quejas con respecto al estado actual, por lo que se debe evitar desde el primer momento el ejercicio de compararse con el momento actual. Por el contrario, el objetivo debería ser concentrarse en el disfrute de revivir esas experiencias para así recuperar las sensaciones de autoestima y bienestar asociadas a dichos recuerdos.

Teoría de la identidad narrativa (McAdams, 1993, 1999)

Según McAdams las personas construimos nuestra identidad a través de una historia, de una narración. El desarrollo de esta investigación tiene su origen en una teoría de la personalidad formulada por este mismo autor en la cual dividía ésta en tres partes (McAdams, 1995): Una parte más externa en la que se incluían los rasgos disposicionales, es decir, una forma relativamente estable de ser y de reaccionar. El

segundo nivel incluiría los elementos de adaptación (Ej. metas y objetivos de la persona, valores y creencias, etc.). Por último, el tercer nivel, el más nuclear, estaría definido por la identidad de la persona. En este sentido, McAdams ha realizado numerosos trabajos para definir cómo la identidad de los individuos se puede relacionar con la satisfacción, dependiendo de cómo se desarrolle y se estructure, así como de su contenido. En concreto, este autor plantea que la identidad se construye habitualmente como una historia o una narrativa, es decir, con unos personajes, unos escenarios, un hilo argumental, ..etc. Y estudio posteriores han mostrado que las historias varían de unas personas a otras en relación a diversos parámetros como por ejemplo, la saliencia de unos temas frente a otros (i.e. sentimiento de eficacia vs. vinculación), la complejidad de su estructura, o su coherencia interna. Usando estos factores diferenciales, este autor ha estudiado el tipo de narrativas vitales que aparece más frecuentemente asociado a la satisfacción y el bienestar. Esto es relevante, ya que la revisión de vida es un momento clave en la revisión y construcción de narrativas, y puede tener un fuerte impacto en la identidad de individuo.

Por ejemplo, se ha observado que las personas que incluyeron en su narrativa vital experiencias de encontrar beneficio tras la adversidad, mostraban una mayor autoestima y satisfacción vital. La cada vez más sólida investigación sobre los procesos de crecimiento tras experiencias adversas e incluso traumáticas apunta en esa misma dirección (Castilla, Vazquez, y Hervás, 2006).

También se ha observado que un fuerte compromiso con uno o varios valores (i.e. solidaridad, justicia, ...etc.) es un elemento habitualmente encontrado en las narrativas vitales de las personas más satisfechas con sus vidas. De hecho, en ocasiones pueden llegar a ser los ejes alrededor de los cuales se construyen el resto de decisiones vitales. En este sentido, una posible estrategia aplicada podría ser conectar hechos dispersos del recuerdo alrededor de un valor común a todos ellos. Por otra parte, la sensación de generación en el sentido de "construir" algo y dejarlo en el mundo es otro aspecto de las narrativas que aparece ligado al bienestar. , son dos o a unas consecuencias o resultados duraderos. Por tanto, analizar los sucesos vitales negativos y re-evaluarlos desde una óptica positiva, y dar un espacio al

recuerdo de experiencias con un componente de compromiso o generación serían objetivos de gran relevancia en la revisión de vida.

APLICACIÓN

Como consecuencia de lo anteriormente descrito, queda patente que la terapia de vida o de reminiscencia tiene un amplio rango de aplicaciones no sólo como un forma de tratamiento o prevención de diversos trastornos, sino que también puede usarse para aumentar el bienestar de las personas mayores. Es importante recordar que la forma de aplicación puede variar considerablemente según las necesidades específicas así como los recursos disponibles (i.e. estructurada vs. no estructurada) lo cual ejemplifica la gran flexibilidad de esta técnica. Por último, y a modo de resumen final, puede ser útil enunciar una serie de directrices que permitan implementar con éxito la terapia de vida:

El objetivo más global podría ser dar sentido y coherencia al conjunto de experiencias vividas ya que esto ayuda a tener un sentido de dominio de la propia vida, y además puede contribuir a una mayor satisfacción vital.

Las experiencias asociadas a un compromiso vital con valores positivos, así como aquellas relacionadas con la generación vital, pueden ser utilizadas como puntos de referencia alrededor de los cuales ir construyendo el resto de la narrativa vital.

Las experiencias de plenitud a menudo están asociados a una satisfacción intensa de nuestras necesidades básicas (i.e. autonomía, crecimiento,...etc.). Es importante que la persona pueda conectar en la medida de lo posible cada una de sus experiencias de plenitud a la necesidad o necesidades básicas que estén involucradas en dichas experiencias. De esta forma, el recuerdo tiene una mayor implicación emocional, y la persona logra conectar mejor con dichas necesidades lo cual es muy útil para una mejor comprensión y orientación de su vida actual.

Es importante también ayudar a expresar aquellas experiencias difíciles que de alguna forma no han sido aún asimiladas. En estos casos, es muy útil centrarse en

los aprendizajes resultantes de dichas experiencias, así como favorecer una perspectiva de aceptación.

Cuando sea posible, es bueno intentar vincular aprendizajes pasados a situaciones actuales, de forma que las vivencias previas puedan ser aprovechadas para orientar mejor la propia vida futura.

En los casos en los un cierto grado de sintomatología depresiva esté presente, hay que tener en cuenta, además de todo lo anterior, la utilidad de potenciar el recuerdo a un nivel específico, así como centrarse especialmente en la recuperación de recuerdos positivos.

REFERENCIAS

Arkoff, A., Meredith, G. M., & Dubanoski, J. P. (2004). Gains in Well-Being Achieved Through Retrospective-Proactive Life Review By Independent Older Women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204-214.

Ashton, D. (1993). Therapeutic use of reminiscence with the elderly. *British Journal of Nursing*, 2, 13, 894.

Baines, S., Saxby, P., & Ehlert, K. (1987). Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. *British Journal of Psychiatry*, 151, 222-231.

Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.

Butler R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry*, 26, 65-76.

Cohen, G. (1998). Aging and autobiographical memory. In C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne & M. P. Togliola (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 105–123). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cook, E. (1998). Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Woman International*, 19, 109-118.

Cröse, R. (1999). Reviewing the past in the here and now: Using gestalt therapy techniques with life review. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 279-287.

Erikson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Fielden, M. (1990). Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study. *British Journal of Social Work*, 20, 21-44.

Fry, P. S. (1983). Structured and unstructured reminiscence training and depression among the elderly. *Clinical Gerontologist*, 1, 15-37.

Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging and Human Development*, 63, 153-171.

Haight, B. (1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 40-44.

McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.

McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63, 365-396.

McAdams, D. P. (1999). Personal narratives and the life story. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 478-500). New York: Guilford Press.

OMS (1947). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.

Parker, R. (1995). Reminiscence: A continuity theory framework. *The Gerontologist*, 35, 515-525.

Rentz, C. A. (1995). Reminiscence: A Supportive Intervention for the Person With Alzheimer's Disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 15-20.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montañés, J. (2004). Life Review Therapy: Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults with Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277.

Tarman, V. (1988). Autobiography: The negotiation of a lifetime. *International Journal of Aging and Human Development*, 27, 171-191.

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.

Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2006). Reacciones frente al trauma: Vulnerabilidad, Resistencia y Crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones positivas*. Madrid: Editorial Pirámide.

Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano-Sánchez, J. R. Cabo-Soler (eds.) *Longevidad. Tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

La Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica (ISSN: 0304-5072) se publica trimestralmente actuando como editorial la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos (A.I.R.I.), siendo el órgano de publicación y expresión de ésta. Dirección postal: C /Maldonado 54, 3C, Madrid, 28006 (España). (URL de A.I.R.I. en solicitud). Correo electrónico de la Secretaría (suscripciones, envío de trabajos,etc): 2000victoria@wanadoo.es. URL de la Revista: en solicitud.

Tarifa de suscripción personal bianual (8 números):

No existe tarifa; la Revista se envía (electrónicamente) a los asociados de A.I.R.I. con cuota bianual pagada.

Cuota de asociación bianual: € 16. Si un asociado quiere el envío de la Revista en soporte papel las tarifas bianuales son (impuestos incluidos):

	Correo ordinario	Correo certificado
España	€ 22	€ 32
Europa	€ 28	€ 36
América	€ 34	€ 38
Resto del mundo	€ 36	€ 39

Tarifa de suscripción institucional bianual (8 números):

Será el resultado de añadir € 12 a tarifa de suscripción personal.

Boletín de asociación (y suscripción para instituciones):

Para *nuevos asociados*, cumplimente y remita este impreso a la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos (A.I.R.I.). Para *instituciones* que sólo deseen la suscripción, al Servicio de Suscripciones de la Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica (R.I.R.M.). Dirección de ambas: C /Maldonado 54, 3C, Madrid, 28006 (España). Para *renovaciones*, basta con el pago hecho y un correo electrónico a 2000victoria@wanadoo.es en que se especifique su ejecución.

Marque con un aspa X donde proceda:

(.....) Tomen nota de mi alta como asociado de número de A.I.R.I.

(.....) Tomen nota del alta como institución suscriptora de la R.I.R.M.. Sírvanse iniciar sus envíos a partir de número.....

El importe del alta como socio o bien la suscripción bianual ha de realizarse por *transferencia o giro* a la Cuenta (CCC): 2038 1823 64 6000426774 de Caja de Madrid, (oficina de c/ Corazón de María 78, Madrid, España), indicando la persona que realiza el envío y el concepto de asociación o suscripción . Titular de la cuenta: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos.

La información de A.I.R.I. y revista deberá enviarse a:

Don/Doña.....

Domicilio:

Población:D.P. País.....

Tel. Fax.....e-mail

Profesión..... edad.....

NORMAS PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS (en subrayado lo que hay que incluir como tal)

La revista publica todos los artículos en castellano. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo 2000victoria@wanadoo.es, acompañando una carta en la que se exprese que es un trabajo original. Se confirmará su recepción. Serán sometidos a revisión por pares, externos a la Revista. Se mantiene anonimato entre autor y revisores. La decisión final de publicación descansa en el Director de la Revista. En caso de que se consideren *aceptados provisionalmente*, se presentaran a la misma dirección en el programa Microsoft Word tal como definen las normas en "Formato de los Trabajos". En el caso de incumplimiento de las normas de presentación, no se aceptará *definitivamente* el trabajo.

FORMATO DE LOS TRABAJOS

MUY IMPORTANTE: El texto irá con la denominación estilo Normal Usar para todo el texto Fuente: Book Antiqua (negrita para el título y epígrafes); 10. En Tablas y Figuras, 8. Para una adecuada maquetación, en los trabajos no ha de haber notas a pie de página, ni a final de texto. No usar tabuladores ni numeración ni viñetas. Serán rechazados aquellos trabajos que lo incumplan.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO:

Editorial: a demanda de la Revista. **Originales:** seguirán el sistema de epígrafes de trabajos científicos: Introducción, Material y métodos, resultados, Discusión, Conclusiones. **Revisiones:** el formato es libre.

Normas generales. Se escribirá:

Título del trabajo. Renglón en blanco.

Nombre/s del autor/es.

En el renglón siguiente la institución de origen. En el renglón siguiente: Dirección de correo electrónico para correspondencia: 2 Renglones en blanco

. En mayúsculas y negrita: **RESUMEN:** A continuación no más de seis renglones de resumen. En el renglón siguiente: PALABRAS CLAVE: (cinco máximo sin negrita; de Me.S.H.) . En el renglón siguiente: En mayúsculas y negrita: **ABSTRACT:** (mayúsculas y negrita) . A continuación resumen en Inglés. En el renglón siguiente: KEY WORDS: (cinco máximo sin negrita). Dos renglones en blanco

Ahora se coloca el primer epígrafe del trabajo en negrita. **Epígrafes** (títulos en negrita, los subtítulos en cursiva) del texto en mayúsculas, anteceditos por dos renglones en blanco y seguidos de un renglón en blanco.

En el renglón siguiente a cada epígrafe: se sigue con los **párrafos** en modo normal. Texto del trabajo deberá escribirse con letra normal, sin tabulaciones, sin separarse los párrafos por renglones en blanco. **Gráficos y figuras**, insertados en el texto con aplicaciones de Microsoft Office o como imágenes no deben flotar por el texto. Llevarán breve leyenda autoexplicativa. Las figuras se referenciarán en el texto por números árabes, y las tablas por números romanos, sin abreviaturas (ej:tabla II, Figura 1).

BIBLIOGRAFÍA: Cada obra referida se indica en el texto como cita; y al final del texto alfabéticamente, siguiendo las Normas de Vancouver; no como nota a pie de página.

Permisos y Copyright. Los autores deben obtener un original del permiso concedido para reproducir figuras, fotografías o similares, y remitir uno a la editorial. **Extensión máxima del envío:** 15000 caracteres incluyendo espacios y bibliografía; 10000 si lleva figuras y/o tablas.

CUARTA EPOCA
Volumen XXIII No 61
2005
REVISTA IBEROAMERICANA
DE REHABILITACION MEDICA



*Revista Independiente de Rehabilitación Médica.
Fundada en 1965*

SUMARIO

4 Editorial

5 Una aproximación ecléctica al tratamiento de la disartria en la enfermedad de Parkinson

M. J. Fiuza Asorey, M. C. Díaz Rodríguez, M. de la Fuente González

23 El uso de la revisión de vida en las personas mayores: de la prevención de la enfermedad a la promoción del bienestar.

G. Hervás Torres.

